



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**GABRIELLY SILVA LIMA**

**A estrutura do cuidado às doenças crônicas não transmissíveis e  
seu perfil epidemiológico no Distrito Federal**

**BRASÍLIA - DF**

**2022**

GABRIELLY SILVA LIMA

A estrutura do cuidado às doenças crônicas não transmissíveis e seu perfil epidemiológico no Distrito Federal

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Pública.

Professor Orientador: Dr. Natan Monsores de Sá

**BRASÍLIA - DF**

**2022**

GABRIELLY SILVA LIMA

A estrutura do cuidado às doenças crônicas não transmissíveis e seu perfil epidemiológico no Distrito Federal

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Natan Monsores de Sá  
Orientador

---

Prof. Dra. Denise de Lima Costa Furlanetto  
Membro

---

Prof<sup>a</sup> MSc. Daniela Amado Rabelo  
Membro

---

Prof. Dra. Maria Paula do Amaral Zaitune  
Membro suplente

Aprovado em:

Brasília, 15 de setembro de 2022

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de iniciar este trecho do trabalho com minha eterna gratidão a minha família, meus pais Adnaldo e Claudia e minha irmã Dayanne, por facilitarem a rotina do meu dia a dia, pelo carinho, atenção e amor, pela força nos momentos difíceis durante esse período final da graduação e por me ajudarem na realização dos meus sonhos. Agradeço ao meu namorado José Lucas, por estar ao meu lado durante todos os momentos importantes da minha vida nos últimos sete anos, obrigada por acreditar em mim quando nem eu mesma acreditei, por compartilhar os melhores sorrisos e as pequenas conquistas, me motivar nos dias difíceis e fazer com que eu me sinta segura a todos os momentos, sem você não teria conseguido finalizar esta jornada. Você é minha inspiração diária. Agradeço a minha sogra Edileusa e meu sogro José, por estarem acompanhando toda a minha jornada e por torcerem por mim sempre. Agradeço aos meus familiares (Brunna, Victor, Helenice, Getúlio, Helena, Alexandre, Rosalina, João, Felipe e Daniel) por fazerem com que essa fase tenha sido cheia de alegrias e crescimento, agradeço aos meus amigos/colegas (Karla Castro - pelos momento de conversa, distração e por sempre me incentivar nos últimos meses - Thayanara Sá pelos cinco anos de amizade durante a graduação e por estar me apoiando neste momento final e a Daniela Amado, uma mulher que me inspira muito e que reservou um tempo para me aconselhar, e que abriu a minha mente). Agradeço a todos que não citei, mas que estiveram presentes durante esta etapa da vida e que me ajudaram e estiveram comigo de alguma forma. Não poderia deixar de agradecer também ao meu orientador, grande professor e pesquisador, Natan Monsores, que abriu as portas de novos olhares da pesquisa para mim e que topou me acompanhar nesta fase final, pois ele é um profissional que tenho uma admiração imensurável.

Agradeço também a instituição Universidade de Brasília, pelo ensino de qualidade, aos grandes mestres professores que me possibilitaram e capacitaram estar aqui hoje

Poderia escrever um livro a respeito das pessoas que citei, e como cada uma fez a diferença e participou deste processo de formação, pois este pequeno trecho não é capaz de mensurar a minha gratidão pelo apoio que me deram durante esta etapa da minha vida, para me tornar sanitaria. Então aqui deixo meu eterno muito obrigado.

## RESUMO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são vistas como uma grande problemática para a saúde pública global, sendo responsáveis por cerca de 70% dos óbitos na população, o que equivale a 38 milhões de mortes anuais. Cerca de 28 milhões das mortes contabilizadas por ano ocorreram em países com baixa e média renda. No Brasil o cenário não é diferente. Em 2019 as DCNT representaram 66,2% dos óbitos registrados no Brasil, sendo 54,7% de mortes por causas crônicas e 11,5% de mortes por causas agudas. Estas condições costumam afetar populações mais vulneráveis, de baixa renda e com alta exposição a riscos. As altas taxas de morbi/mortalidade e os custos relacionados a DCNT estão associados, entre outras razões, à forma que o cuidado é estabelecido nos serviços de saúde, às lacunas na gestão de trabalho em equipe e de comunicação efetiva. E por pelas falhas no sistema de referência e contrarreferência. Em consequência, a integralidade do cuidado dificilmente é alcançada, gerando impactos sanitários e econômicos. O presente trabalho buscou descrever como se estrutura o cuidado das Doenças Crônicas não Transmissíveis nos serviços de saúde do Distrito Federal (DF) e qual o perfil assistencial e epidemiológico. O trabalho foi desenvolvido mediante pesquisa descritiva e retrospectiva. Para a construção do referencial teórico foram utilizadas as palavras chaves: Doenças Crônicas, Sistema Único de Saúde, Atenção Primária, Atenção Básica, Níveis de Atenção e Determinantes Sociais. Os bancos de busca foram: SCIELO, Google Acadêmico, LILACS e o site do Ministério da saúde. Para a coleta dos dados epidemiológicos utilizou-se o sistema do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, que dispõe de informações que auxiliam em análises, elaboração de programas e políticas de saúde e tomadas de decisão em determinada situação de saúde. Os dados foram extraídos via Tabnet, eles contêm o perfil sociodemográfico da população do DF, os serviços ofertados para o cuidado e vigilância das DCNT, apresentando-se as características da Rede de Atenção à Saúde (RAS) voltada apenas as essas condições, além do perfil epidemiológico da população, que evidencia um número elevado de caso, óbitos e alto custos de internações em relação a outras doenças. A partir desses dados se observa a necessidade de uma reestruturação dos serviços, com foco no cuidado integral e no fortalecimento de ações de educação, prevenção, promoção e comunicação dentro dos serviços.

**Palavras-chave:** Doenças Crônicas não Transmissíveis, Serviços de Saúde, Perfil Epidemiológico, Distrito Federal.

## **ABSTRACT**

Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs) are seen as a major problem for global public health, being responsible for about 70% of deaths in the population, which is equivalent to 38 million deaths annually. About 28 million of the deaths accounted for each year occur in low- and middle-income countries. In Brazil, the scenario is no different. In 2019, NCDs accounted for 66.2% of deaths recorded in Brazil, with 54.7% of deaths from chronic causes and 11.5% of deaths from acute causes. These conditions usually affect more vulnerable populations, with low income and high exposure to risks. The high rates of morbidity/mortality and costs related to CNCDs are associated, among other reasons, with the way care is established in health services, gaps in teamwork management and effective communication. And for the failures in the reference and counter-reference system. As a result, comprehensive care is hardly achieved, generating health and economic impacts. The present work sought to describe how the care of Chronic Non-Communicable Diseases is structured in the health services of the Federal District (DF) and what is the care and epidemiological profile. The work was developed through descriptive and retrospective research. For the construction of the theoretical framework, the keywords were used: Chronic Diseases, Unified Health System, Primary Care, Primary Care, Levels of Care and Social Determinants. The search databases were: SCIELO, Google Scholar, LILACS and the Ministry of Health website. For the collection of epidemiological data, the system of the Department of Informatics of the Unified Health System - DATASUS was used, which has information that helps in analyses, elaboration of health programs and policies and decision-making in a given health situation. The data were extracted via Tabnet, they contain the sociodemographic profile of the population of the DF, the services offered for the care and surveillance of CNCDs, presenting the characteristics of the Health Care Network (RAS) focused only on these conditions, in addition to the epidemiological profile of the population, which shows a high number of cases, deaths and high costs of hospitalizations in relation to other diseases. Based on these data, the need for a restructuring of services is observed, with a focus on comprehensive care and on strengthening education, prevention, promotion and communication actions within the services.

**Keywords:** Non-Communicable Chronic Diseases, Health Services, Epidemiological Profile, Federal District.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Níveis de prevenção estabelecidos por Leavell e Clark. Fonte: Elaboração própria.....	17
Figura 2: Divisão do DF por região de saúde. Fonte: GEPLAN e GEMOAS - DIPLAN/SUPLAN/SES-DF .....	27
Figura 3: Distribuição das Unidades Básicas de Saúde por região de saúde. Fonte: Info Saúde - DF.....	28
Figura 4: Internações por capítulo CID-10, segundo o ano de atendimento, no período de 2010 a julho de 2022, no Distrito Federal. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) .....	34
Figura 5: Internações por capítulo CID-10, segundo sexo, no período de 2010 a julho de 2022, no Distrito Federal. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) .....	35
Figura 6: Internações por capítulo CID-10, segundo a Região de Saúde (CIR), no período de 2010 a julho de 2022, no Distrito Federal. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) .....	36
Figura 7: Internações por capítulo CID-10, segundo ano de atendimento e Região de Saúde (CIR), no período de 2010 a julho de 2022, no Distrito Federal. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) .....	37
Figura 8: Internações por capítulo CID-10, segundo Cor/raça e Região de Saúde (CIR) no período de 2010 a julho de 2022, no Distrito Federal. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).....	38
Figura 9: Valor médio de internação por CAP CID 10 relacionado a DCNT. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)	39
Figura 10: Número de óbitos por ano e capítulos CID-10 referidos às DCNT, no período de 2010 a 2020 no DF. Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.....	41

Figura 11: Número de óbitos por faixa etária, nos capítulos CID-10 referidos às DCNT, no período de 2010 a 2020 no DF. Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.....	42
Figura 12: Número de óbitos por sexo, nos capítulos CID-10 referidos as DCNT, no período de 2010 a 2020 no DF. Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM .....	43
Figura 13: Número de óbitos por ano segundo o sexo, nos capítulos CID-10 referidos às DCNT, no período de 2010 a 2020 no DF. Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.....	44
Figura 14: Número de óbitos por cor/raça, nos capítulos CID-10 referidos as DCNT, no período de 2010 a 2020 no DF. Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM .....	45

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: As diferenças entre as condições agudas e crônicas .....	15
Tabela 2: População do último censo realizado em 2010 e projeção dos últimos 3 anos .....	24
Tabela 3: População do último censo realizado em 2010 e projeção dos últimos 3 anos segundo sexo.....	24
Tabela 4: População do último censo realizado em 2010 e projeção dos últimos 3 anos segundo a faixa etária .....	25
Tabela 5: Quantidade de Unidades Básicas de Saúde por região de saúde .....	28
Tabela 6: Serviços hospitalares do Distrito Federal. ....	29
Tabela 7: Série histórica de percentual dos fatores de risco em adultos ( $\geq 18$ anos) pactuados no Projeto de Ações para o Enfrentamento das DCNT no Distrito Federal, período de 2010 a 2016. ....	32
Tabela 8: Estimativas de gastos do SUS com DCNT - 2002. ....	40

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis

DF - Distrito Federal

DANT - Doenças e Agravos não Transmissíveis

OMS - Organização Mundial da Saúde

MS - Ministério da Saúde

DSS - Determinantes Sociais em Saúde

PPS - Políticas Públicas de Saúde

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNSILGBT - Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

PNASPI - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

PNSPCD - Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

SUS - Sistema Único de Saúde

AB - Atenção Básica

UBS - Unidades Básicas de Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

RAS – Rede de Atenção a Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

CERPIS - Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde

CADH - Centro de Atenção ao Diabetes e hipertensão - Região Leste

CEDHIC - Centro Especializado em Diabetes, Hipertensão e Insuficiência Cardíaca - Região Centro-Sul

CEDOH - Centro Especializado em Diabetes, Obesidade e Hipertensão arterial – Região Central

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

SIH – Sistema de informações Hospitalares

CID - Classificação Internacional de Doenças

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

PIB - Produto Interno Bruto

CODEPLAN - Companhia de Planejamento

SES - Secretaria de Estado de Saúde

DODF - Diário Oficial do Distrito Federal

GEDANT - Gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

NVEDNT - Vigilância Epidemiológica de Doenças não Transmissíveis

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

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

IMC - Índice de massa corporal

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	13
2. JUSTIFICATIVA.....	20
3. OBJETIVOS.....	22
3.1. OBJETIVO GERAL .....	22
3.2. OBJETIVO ESPECIFICO .....	22
4. MÉTODO.....	23
5. RESULTADO E DISCUSSÃO.....	24
5.1. DISTRITO FEDERAL .....	24
5.2. PERFIL DA POPULAÇÃO DO DF.....	25
5.3. SERVIÇOS DE SAÚDE NO DF.....	29
5.4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE DOENÇAS CRÔNICASNÃO TRANSMISSÍVEIS NO DF .....	33
5.4.1. FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO .....	33
5.4.2. MORBIDADE HOSPITALAR NO DF .....	35
5.4.3. CUSTOS DE INTERNAÇÃO NO DF.....	41
5.4.4. MORTALIDADE NO DF .....	43
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	48
7. REFERÊNCIAS .....	49

## 1. INTRODUÇÃO

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT) e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em 2019 representaram 66,2% dos óbitos registrados no Brasil. Destes, 54,7% óbitos decorrentes de causas crônicas e 11,5% por causas agudas (BRASIL, 2021). Observando o cenário mundial, as DCNT são responsáveis por cerca de 70% dos óbitos, o que equivale a 38 milhões de mortes anuais, sendo que 16 milhões dos óbitos ocorrem de forma prematura, isto é, em pessoas menores de 70 anos de idade e, cerca de 28 milhões das mortes contabilizadas no ano ocorreram em países pobres ou em desenvolvimento (MALTA, 2017).

Neste grupo de condições destacam-se as doenças cardiovasculares (ex. insuficiência cardíaca, hipertensão), as doenças respiratórias (ex. bronquite, asma, rinite), metabólicas (ex. obesidade, diabetes, dislipidemia) e os cânceres. O modo e estilo de vida dos indivíduos podem estar relacionados ao adoecimento, com ênfase nos comportamentos de risco como o tabagismo, o consumo de álcool, consumo de alimentos ultra processados e sedentarismo (BRASIL, 2021).

Além dos fatores predisponentes ou condicionantes, alguns elementos podem ser considerados determinantes para o aumento de número de casos de DCNT, como as “mudanças demográficas, as mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas” (MENDES, 2011). O impacto populacional destas condições é extenso, a ponto de autores considerarem a existência de uma “epidemia”, com grandes consequências para a população atingida, além de uma sobrecarga para os sistemas de saúde. Populações mais vulneráveis, de baixa renda, expostas a riscos e com o acesso limitado aos serviços de saúde, à prevenção de doenças e às práticas de promoção da saúde têm sido fortemente impactadas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) relata que indivíduos que possuem alguma DCNT têm a situação de pobreza agravada devido aos gastos com a procura de serviços de saúde, tratamentos, dentre outras demandas. Quando é observado o custo em países em desenvolvimento, o aporte destinado para ações de enfrentamento e controle das DCNT refletem em um expressivo impacto econômico e a estimativa é que sejam

gastos US\$ 7 trilhões entre os anos de 2011 e 2025. Dessa forma é necessário que se reduza a incidência das DCNT de forma global (MALTA, 2017).

Em 2021, o Ministério da Saúde (MS) publicou o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil - 2021 a 2030” com objetivo de reduzir as taxas de incidência causadas pelas DCNT. O plano define as diretrizes e ações em três eixos voltados para o cuidado: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde; e, cuidado integral”. Estabelece como metas:

- a) Redução da taxa de mortalidade prematura em menores de 70 anos;
- b) Deter a prevalência de obesidade em adultos, adolescentes e crianças;
- c) Diminuir o consumo excessivo de álcool, tabaco e sal;
- d) Aumentar a busca por atividades físicas, alimentação saudável (consumo de frutas e hortaliças);
- e) Oferecer uma maior cobertura de exames de mamografias nas idades de 50 a 69 anos e de preventivos do colo de útero entre 25 e 64 anos e tratar 100% das mulheres diagnosticadas com lesões precursoras de câncer (BRASIL, 2021).

Há alguns anos as DCNT não eram consideradas como prioridade de atenção à saúde nos serviços. O cuidado estava sob escopo de doenças agudas que se caracterizam pelo início súbito e o rápido desfecho, ao contrário das doenças crônicas, que se desenvolvem de forma lenta ao longo dos anos (MENDES, 2011), (BRASIL, 2021). Na Tabela 1 é possível visualizar a diferença entre elas.

**Tabela 1: As diferenças entre as condições agudas e crônicas**

<b>VARIÁVEL</b>	<b>CONDIÇÃO AGUDA</b>	<b>CONDIÇÃO CRÔNICA</b>
<b>Início</b>	Rápido	Gradual
<b>Causa</b>	Usualmente única	Usualmente múltiplas
<b>Duração</b>	Curta	Indefinida
<b>Diagnóstico e prognóstico</b>	Comumente acurados	Usualmente incertos
<b>Testes diagnóstico</b>	Frequentemente decisivos	Frequentemente de valor limitado
<b>Resultado</b>	Em geral, cura	Em geral, cuidado sem cura
<b>Papel dos profissionais</b>	Selecionar e prescrever o tratamento	Educar e fazer parceria com as pessoas usuária
<b>Natureza das intervenções</b>	Centrada no cuidado profissional	Centrada no cuidado multiprofissional e no autocuidado
<b>Conhecimento e ação clínica</b>	Centrada no profissional médico	Compartilhado pelos profissionais e pessoas usuárias
<b>Papel da pessoa usuária</b>	Seguir as prescrições	Co-responsabilizar-se por sua saúde em parceria com a equipe de saúde
<b>Sistema de atenção à saúde</b>	Resposta reativa e episódica	Resposta proativa e contínua

Fonte: MENDES, 2011.

Em 2005, um documento da OMS busca desmistificar algumas ilações a respeito das doenças crônicas e de que elas não são uma ameaça à saúde ou são menos importantes que as doenças agudas:

“Mito 1 – As doenças crônicas afetam principalmente os países de alta renda; Mito 2 – Os países de baixa e média renda deveriam controlar as doenças infecciosas antes das doenças crônicas; Mito 3 – As doenças crônicas afetam principalmente as pessoas ricas; Mito 4 – As doenças crônicas afetam as pessoas de idade; Mito 5 – As doenças crônicas afetam primordialmente os indivíduos do sexo masculino; Mito 6 – As doenças crônicas são resultados de estilos de vida não saudáveis; Mito 7 – As doenças crônicas não podem ser prevenidas; Mito 8 – A prevenção e o controle das doenças crônicas são caros demais; Mito 9 – Meu avô fumou e viveu acima do peso até os 90 anos de idade, e por fim o Mito 10 – Todo mundo tem de morrer de alguma coisa” (MENDES, 2011, p. 45).

Segundo Buss, para uma adequada compreensão dos elementos condicionantes ou predisponentes de DCNT é preciso considerar os Determinantes Sociais em Saúde (DSS), que compreendem “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais” (BUSS, 2007, p. 78). Através dos DSS pode-se sopesar as desigualdades no ambiente que o indivíduo está inserido e que estão diretamente relacionadas à educação, trabalho, moradia, renda, gênero e cor da pele. Para minimizar os reflexos da desigualdade em saúde é fundamental o desenvolvimento de estratégias e ações que sejam capazes de mitigá-las (BUSS, 2007).

Neste sentido, são desenvolvidas Políticas Públicas de Saúde (PPS) com o objetivo de garantir o acesso integral aos sistemas de atenção à saúde. Estas políticas são orientadas para a população que se encontra em maior estado de vulnerabilidade e algumas dessas são: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPCD) e tantas outras desenvolvidas com intuito de melhorar o acesso dessa população vulnerável aos serviços de saúde.

As PPS são fundamentadas nos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi firmado através da lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, rompendo o paradigma de que a saúde deve ser compreendida apenas como a ausência de doença e

ofertando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, destacando os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade (BRASIL, 2000), (BRASIL, 1990):

“Universalidade: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos” (BRASIL, 2020, p. 3).



**Figura 1: Níveis de prevenção estabelecidos por Leavell e Clark. Fonte:Elaboração própria.**

No SUS, os serviços também são estruturados em três níveis de atenção: Primária, Secundária e Terciária e possui o mesmo sentido do modelo proposto acima. O primeiro nível corresponde à Atenção Primária ou Atenção Básica (AB), que é constituída por Unidades Básicas de Saúde (UBS) e deve ser considerada a porta de entrada para o SUS. Além de estas serem responsáveis pela prática de ações preventivas com foco na educação,

promoção da saúde e preservação do bem-estar dentro da comunidade adscrita. A unidade dispõe de profissionais de formação mais ampla, enfermeiros e médicos de família, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS) e equipe de saúde bucal, sendo assim, suas atividades são voltadas para consultas rotineiras, visitas domiciliares e exames básicos (MENDES, 2011). Este nível de atenção é estruturado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, com fins de estabelecer uma revisão das diretrizes e normas para organização da Atenção Básica (AB), Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011). Em setembro de 2017 as diretrizes da política passaram por uma revisão pela portaria nº 2.436, determinando: Regionalização e Hierarquização, Territorialização e Adscrição, População adscrita, Cuidado Centrado na Pessoa, Resolutividade, Longitudinalidade do cuidado, coordenar o cuidado, ordenar as redes, e a Participação da comunidade, como nova estratégia para AB (BRASIL, 2017).

O nível de Atenção Secundário compõe os serviços de atendimento especializado, que são encontrados em hospitais, ambulatórios, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e serviços de urgência e emergência. O encaminhamento para esses serviços é realizado quando o nível primário não possui tecnologia e equipamentos necessários para o atendimento adequado ao paciente, a depender da complexidade do agravo. O último nível, Atenção Terciária, engloba hospitais e serviços de alta complexidade e que necessitam de tecnologias de ponta e profissionais especializados (MENDES, 2011).

O serviço de saúde, estruturado de forma integral, compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que se orientam com base em alguns conceitos contidos no termo “condições de saúde”, e é compreendido em três etapas: a primeira está relacionada ao período de duração da condição de saúde e, de acordo com ela, será definido o tempo de atenção para o usuário. O próximo passo é definir onde será realizado o cuidado, de acordo com a especificidade da situação de saúde do usuário, “se episódica, reativa e feita sobre a queixa principal, ou se contínua, proativa e realizada por meio de cuidados, mais ou menos permanentes, contidos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias” (MENDES, 2011). E por fim, compreender como é estruturado o sistema de atenção, se integrado ou fragmentado (MENDES, 2011).

Os níveis de atenção, junto a outros serviços que compõem o SUS, fazem parte das RAS como uma maneira de reagir à fragmentação dos serviços de saúde, de forma

coordenada, principalmente diante das condições crônicas e estabelecendo a atenção primária como a organizadora das RAS e unidade centro dentro da rede (MENDES, 2011).

Os usuários com condições crônicas em saúde possuem carência na utilização dos serviços de saúde e em todos os níveis de atenção de forma paralela e longa. Deste modo, é essencial que esse usuário seja referenciado e contra referenciado de forma adequada, pois a realização desta transição de cuidado garante “a coordenação e a continuidade dos cuidados de saúde na transferência de usuários entre diferentes serviços de saúde ou diferentes unidades dentro de um mesmo serviço de saúde” (PENNA, et.al, 2020). Essa maneira de estruturar a atenção faz com que o cuidado seja contínuo e siga o princípio da integralidade, proporcionando melhor qualidade de vida aos usuários, e com atuação direta na redução de custos para o serviço e população, contribuindo no que se refere à promoção e prevenção da saúde (OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021), (PENNA, et.al, 2020).

É fundamental discutir a estruturação dos serviços no cuidado das DCNT e compreender como os estados se organizam em relação às estratégias de cuidado, com isso, relacionar os dados epidemiológicos aos custos, qualidade e efetividade do que está sendo ofertado.

## 2. JUSTIFICATIVA

As DCNT podem ser consideradas uma grande emergência de saúde pois representam grande parte dos óbitos decorrentes além de gerarem um custo elevado em comparação a outras doenças. Estudos realizados demonstram que elas são consideradas um problema de saúde global (MENDES, 2010).

As altas taxas de morbi/mortalidade e os custos relacionados a DCNT está associado à forma com que o cuidado é estabelecido dentro dos serviços de saúde, uma vez que o sistema é entendido de forma fragmentada, em que os serviços não se comunicam de forma adequada e o paciente não faz parte do sistema de referência e contrarreferência, o que caracteriza a inexistência da integralidade. Esse cenário pode ser considerado um grande desastre sanitário e econômico (MENDES, 2010).

A ausência de integralidade no cuidado das DCNT pode estar relacionada ao fato dos serviços não terem em seu escopo inicial o cuidado focado em condições crônicas e sim em condições agudas (MENDES, 2011). É possível identificar essa característica quando não há integração dos prontuários nos níveis de atenção, na dificuldade e demora no processo de referência e contrarreferência, onde em muitas situações em que o tempo de espera longo faz com que o usuário abandone o serviço (PEREIRA, 2018). Tal situação gera agravamento do quadro do indivíduo. Nesse sentido, para reverter esse quadro sem integralidade, o sistema de saúde conta com as RAS, que se objetivam em integrar os serviços e fazer com que funcionem de forma harmoniosa e integral (MENDES, 2010).

A implementação de estratégias, programas e ações dentro dos serviços de saúde, por vezes estão acompanhadas de dificuldades que podem ser vistas como: desqualificação da gestão e a falta de incentivo financeiro que pode ser vista de duas maneiras, 1- “o gestor da saúde não detinha autonomia dos repasses fundo a fundo”, 2- “quem tinha esse poder ignorava por vezes a necessidade da população” (PEREIRA, 2015). Contudo, as RAS são um grande setor em desenvolvimento para o SUS, pois propicia qualidade, assistência e integração dos serviços, influenciando nos indicadores sanitários e aumentando a eficiência dos sistemas de atenção à saúde.

Recortando o cuidado das DCNT para o DF, os serviços são estruturados e compõem os três níveis de atenção. Nas RAS (BRASIL, 2021) o serviço é composto por:

- a) Unidades Básicas de Saúde;
- b) Equipes do Núcleo de Ampliado à Saúde da Família (NASF);
- c) Atenção domiciliar;
- d) Academia da Saúde;
- e) Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde (CERPIS);
- f) Centro de Atenção ao Diabetes e hipertensão - Região Leste (CADH);
- g) Centro Especializado em Diabetes, Hipertensão e Insuficiência Cardíaca - Região Centro-Sul (CEDHIC);
- h) Centro Especializado em Diabetes, Obesidade e Hipertensão arterial – Região Central (CEDOH);
- i) Ambulatórios de Atenção Secundária;
- j) Unidades clínicas;
- k) Unidades de cuidados intensivos;
- l) Unidades cirúrgicas.

Além destes serviços ofertados através das RAS, o DF elabora também como iniciativa de combate às DCNT o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis de 2017 - 2022 (BRASIL, 2017) que tem como metas:

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

Estas metas também podem ser observadas no plano estratégico do Ministério da Saúde para o enfrentamento destas condições de saúde para o Brasil. Diante do que foi abordado é necessário compreender o perfil epidemiológico da DCNT no DF e sua relação com a estrutura do cuidado estabelecido pelos serviços de saúde. O DF foi escolhido por ser a capital do Brasil.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL**

- Compreender a estrutura do cuidado das Doenças Crônicas não Transmissíveis dentro dos serviços de saúde do DF a partir de evidências epidemiológicas e de literatura.

#### **3.2. OBJETIVO ESPECIFICO**

- Descrever o contexto epidemiológico em uma série histórica de até 12 anos das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Distrito Federal.
- Apresentar os serviços de saúde que fazem parte das RAS e que compõe o cuidado Doenças Crônicas não Transmissíveis no Distrito Federal

## 4. MÉTODO

Para a construção do trabalho utilizou-se da pesquisa descritiva, baseada na investigação de um conjunto de informações sobre determinado assunto, descrevendo os fatos e fenômenos dentro da realidade. Na pesquisa descritiva existem alguns tipos “estudos de caso, análise documental, pesquisa ex-post-facto” (GERHARDT, Silveira. 2009). A pesquisa bibliográfica é realizada a partir da busca por referenciais teóricos já utilizados, analisadas e publicadas. Todo trabalho científico conta com esse tipo de metodologia, pois é a primeira etapa para se iniciar o estudo sobre determinado assunto,

Alguns trabalhos utilizam apenas a pesquisa bibliográfica como metodologia, os exemplos mais comuns desse tipo de pesquisa são sobre investigações de ideologias ou análise das diversas posições de um problema (GERHARDT, Silveira. 2009).

Para essa busca de referencial teórico foram utilizadas as palavras chaves: Doenças Crônicas, Sistema Único de Saúde, Atenção Primária, Atenção Básica, Níveis de Atenção, Determinantes Sociais. Os bancos de busca foram: SCIELO, Google Acadêmico, LILACS e o site do Ministério da Saúde.

Para a coleta de dados foi utilizado o sistema do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, dispondo de informações que auxiliam em análises, elaboração de programas e tomadas de decisão em determinada situação de saúde. Os dados foram extraídos do campo Tabnet, das abas:

- a) Epidemiológicas e Morbidade > Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS);
- b) Demográficas e Socioeconômicas > População residente;
- c) Estatísticas Vitais > Mortalidade – desde 1996 pela CID-10;
- d) E filtrados para o DF e por capítulo CID-10 de 2010 até o último ano disponível.

Os capítulos foram escolhidos de acordo com as DCNT destacadas pelo MS: doenças cardiovasculares, respiratórias (bronquite, asma, rinite), metabólicas (obesidade, diabetes, dislipidemia) e cânceres (BRASIL, 2021): II. Neoplasias (tumores): inclui os cânceres; IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas: incluem os diabetes, obesidade e as doenças cardiovasculares; IX. Doenças do aparelho circulatório: inclui hipertensão; IX. Doenças do aparelho respiratório: inclui bronquite, asma e rinite. Os dados extraídos foram manuseados no editor de planilhas Excel, elaborado pela Microsoft.

## 5. RESULTADO E DISCUSSÃO

### 5.1. DISTRITO FEDERAL

A construção do Distrito Federal, capital do Brasil que está localizado na região Centro – Oeste, teve sua construção iniciada em abril de 1956, no comando do presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, “com a criação da Companhia Urbanizadora da Nova Capital (NOVACAP) e o projeto de lei 2.874, o governo lançou o edital do Concurso Público para a construção do Plano Piloto” (BRASILIA, 2014). O responsável pelo projeto urbanístico do DF foi Lúcio Costa que,

“partiu do traçado de dois eixos cruzando em ângulo reto como o sinal da cruz. Um destes eixos leva às áreas residenciais, sendo levemente inclinado, dando à cruz a forma de um avião; o outro denominado Monumental, com 16 Km de extensão, abriga os prédios públicos e os palácios do Governo Federal no lado leste; no centro a rodoviária e a torre de TV e no lado oeste os prédios do Governo do Distrito Federal) e Oscar Niemeyer o autor dos principais projetos arquitetônicos da cidade” (BRASILIA, 2014).

Alguns anos depois em abril de 1960, Brasília tem sua estrutura edificada e é então inaugurada. Os primeiros habitantes do DF foram apelidados de candangos. A localização do DF foi escolhida por ter o território longe dos portos, pois iria garantir mais segurança ao país (BRASILIA, 2014).

Informações gerais sobre o DF:

- Governo: democracia representativa;
- Área territorial: 5.760,784 km<sup>2</sup>;
- Densidade demográfica: 444,66 hab./km<sup>2</sup>;
- Fuso: Horário Padrão de Brasília (GMT -3);
- Clima: Tropical;
- Relevo: Situado no Planalto Central Brasileiro;
- Vegetação: Cerrado;

- A maioria da população do DF habita a zona urbana;
- A região administrativa de Ceilândia é a mais populosa;
  - O DF é dividido geograficamente pelas chamadas regiões administrativas, que ao todo totalizam 33 regiões;
- Possui o oitavo maior Produto Interno Bruto do Brasil (BRASILIA, [s.d]).

## 5.2. PERFIL DA POPULAÇÃO DO DF

Antes de analisar o perfil epidemiológico é importante conhecer a população. No DF, segundo último censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE), a população é de 2.602.074 pessoas. A projeção para o ano de 2022 é de 3.341.325 pessoas (Tabela 2).

**Tabela 2: População do último censo realizado em 2010 e projeção dos últimos 3 anos.**

LOCAL	2010	2020	2021	2022
<b>DISTRITO FEDERAL</b>	2.602.074	3.223.048	3.282.791	3.341.579
<b>BRASIL</b>	195.497.797	212.077.375	213.440.458	214.747.509

Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

A população do DF baseada no último censo e na projeção para 2022 é perceptível concentração de pessoas do sexo feminino na Tabela 3. Esses dados são importantes para identificar as diferenças entre ambos os sexos no que diz respeito a temas relacionados à educação, economia, direitos humanos, representações políticas e a saúde (IBGE, [s.d]).

**Tabela 3: População do último censo realizado em 2010 e projeção dos últimos 3 anos segundo sexo.**

<b>SEXO</b>	<b>2010</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
<b>TOTAL</b>	2.602.074	3.223.048	3.282.791	3.341.579
<b>MASCULINO</b>	1.240.395	1.520.119	1.546.883	1.573.176
<b>FEMININO</b>	1.361.679	1.702.929	1.735.908	1.768.403

Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

A Tabela 4 apresenta a população por faixa etária do último censo realizado em 2010 e a projeção dos últimos 3 anos no DF. Através da Tabela é possível identificar

alguns pontos como: 1) Aumento da natalidade; 2) redução da mortalidade e 3) aumento da expectativa de vida que, no DF, em 2022, é de 75,9 anos, segundo a CODEPLAN (CODEPLAN, [s.d]).

**Tabela 4: População do último censo realizado em 2010 e projeção dos últimos 3 anos segundo a faixa etária.**

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>2010</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
<b>TOTAL</b>	2.602.074	3.223.048	3.282.791	3.341.579
<b>0 A 4 ANOS</b>	203.106	214.323	215.095	215.719
<b>5 A 9 ANOS</b>	202.969	204.834	206.266	207.602
<b>10 A 14 ANOS</b>	221.754	208.459	208.844	209.588
<b>15 A 19 ANOS</b>	235.677	242.204	239.516	237.327
<b>20 A 24 ANOS</b>	247.077	292.011	290.781	288.123
<b>25 A 29 ANOS</b>	269.967	302.095	307.404	311.906
<b>30 A 34 ANOS</b>	251.879	284.275	287.501	292.733
<b>35 A 39 ANOS</b>	216.799	286.515	289.451	289.780
<b>40 A 44 ANOS</b>	184.693	261.308	267.956	274.481
<b>45 A 49 ANOS</b>	154.077	222.660	231.033	239.857
<b>50 A 54 ANOS</b>	122.033	186.357	193.087	199.866
<b>55 A 59 ANOS</b>	97.049	150.025	156.615	163.071
<b>60 A 64 ANOS</b>	69.964	115.489	120.665	126.554
<b>65 A 69 ANOS</b>	47.608	92.349	96.793	100.878
<b>70 A 74 ANOS</b>	35.366	66.702	71.251	75.903
<b>75 A 79 ANOS</b>	20.962	43.558	46.705	50.338
<b>80 A 84 ANOS</b>	12.604	28.799	30.637	32.296
<b>85 A 89 ANOS</b>	5.863	14.107	15.552	17.214
<b>90 ANOS E MAIS</b>	2.627	6.978	7.639	8.343

Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

Alguns outros dados caracterizam a população do DF segundo o último censo de 2010 como: o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) era de 0,824, este índice é calculado com base em dados de longevidade, educação e renda; a maior taxa de analfabetismo do Brasil está concentrada no DF, centralizada na população com 25 anos ou mais; o índice de Gini é um

“Instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um (alguns apresentam de zero a cem). O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um (ou cem) está no extremo oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza. Na prática, o Índice de Gini costuma comparar os 20% mais pobres com os 20% mais ricos” (IPEA,2004, p. 1).

Este índice no DF representa o valor de 0,63. O Produto Interno Bruto (PIB) do DF segundo a CODEPLAN, em 2019, o valor estimado era de R\$273,614 bilhões (NESP, 2015) (CODEPLAN, 2021)

### 5.3. SERVIÇOS DE SAÚDE NO DF

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES / DF) recentemente passou por uma fase de mudanças que são estruturadas de acordo com o decreto 37.057 publicado no DODF de 15 de janeiro de 2016. Esse documento divide o DF em 07 regiões de saúde (figura 2) - centro-sul, centro-norte, oeste, sudoeste, norte, leste e sul - distribuindo a assistência, contemplando 31 Regiões Administrativas (BRASIL, 2017).



**Figura 2: Divisão do DF por região de saúde. Fonte: GEPLAN e GEMOAS -DIPLAN/SUPLAN/SES-DF**

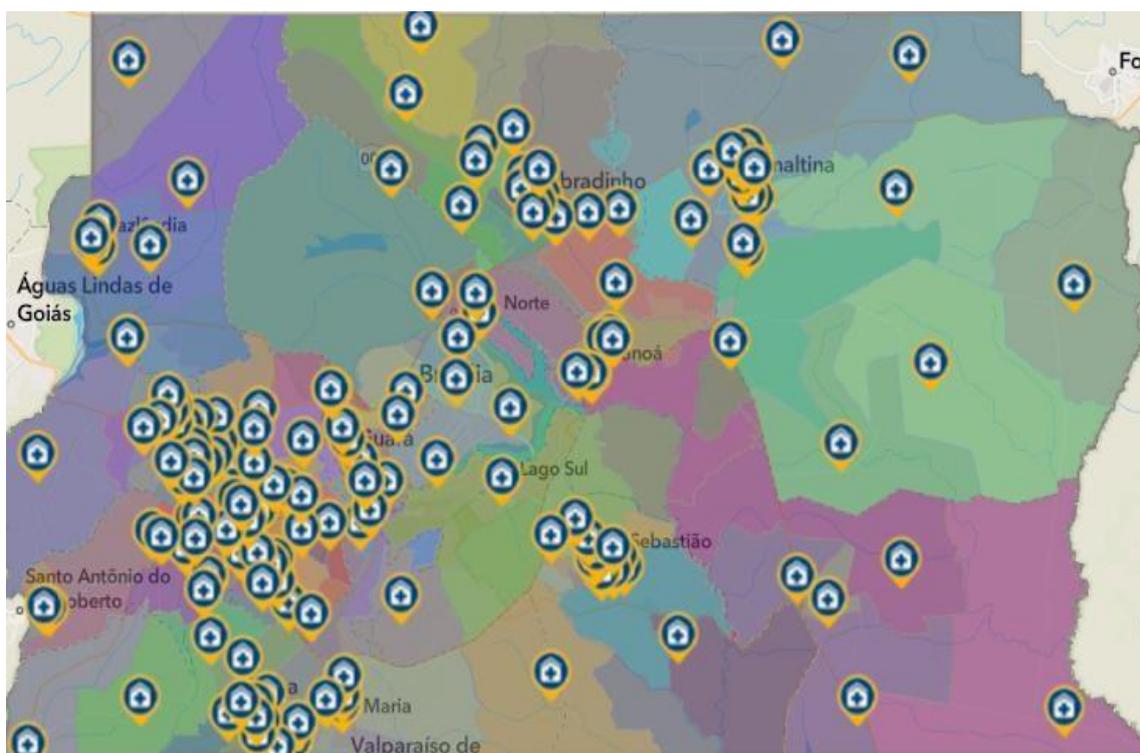
O Distrito Federal conta com os serviços de saúde voltados para os três níveis de atenção: Primária, Secundária e Terciária. Para atendimento no nível de atenção primário o DF conta com 167 UBS e para atendimento no nível terciário possui 5 hospitais de referência regional e 10 hospitais de referência distrital, conforme as Tabelas 5 e 6.

**Tabela 5: Quantidade de Unidades Básicas de Saúde por região de saúde.**

REGIÃO DE SAÚDE	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (n°)
CENTRO NORTE	7
CENTRO SUL	21
LESTE	29
OESTE	25
SUDOESTE	32
SUL	24
NORTE	32
<b>TOTAL</b>	<b>167</b>

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde e Coordenação de Atenção Primária

Conforme a Figura 3, é possível observar a distribuição das UBS pelo território do DF. A partir da Tabela 2 e da Figura 3 é notório que as UBS se concentram na região sudoeste.



**Figura 3: Distribuição das Unidades Básicas de Saúde por região de saúde. Fonte:Info Saúde – DF**

A Tabela 6 mostra os serviços hospitalares do DF separados pela referência distrital, com 5 hospitais, e os de referência regional, com 10 unidades.

**Tabela 6: Serviços hospitalares do Distrito Federal.**

SERVIÇOS HOSPITALARES	TIPO	QUANTIDADE
Hospital De Base do Distrito Federal	REFERÊNCIA DISTRITAL	5
Hospital De Apoio de Brasília		
Hospital Materno Infantil – HMIB		
Hospital Da Criança de Brasília - HCB		
Hospital São Vicente de Paulo		
Hospital Regional da Asa Norte – HRAN	REFERÊNCIA REGIONAL	10
Hospital Regional de Brazlândia		
Hospital Regional do Gama		
Hospital Regional do Guará		
Hospital Região Leste (Paranoá)		
Hospital Regional de Planaltina		
Hospital Regional de Santa Maria		
Hospital Regional de Samambaia		
Hospital Regional de Sobradinho		
Hospital Regional de Taguatinga		

Fonte: Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Hospitais. 2022.

Dentre os serviços básicos de saúde, o DF contém também os serviços voltados para o enfrentamento de DCNT. O órgão que coordena esses serviços é a Gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (GEDANT), que compõe o Núcleo de Vigilância Epidemiológica de Doenças não Transmissíveis (NVEDNT), formado no ano de 2007. Sua responsabilidade é atuar nos âmbitos da vigilância com estratégias de prevenção, promoção da saúde e fatores de risco, com o objetivo de reduzir a mortalidade, morbidade e incapacidades que as DCNT podem causar (BRASIL, 2022) (BRASIL, 2021).

Dentre estas estratégias de cuidado que estão sendo utilizadas para o controle e monitoramento das DCNT, existe a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). A vigilância estabelecida pelo

VIGITEL permite compreender a situação de saúde da população através de amostragem e, com isso, auxiliar a gestão na tomada de decisão para o enfrentamento das DCNT (BRASIL, 2021).

O VIGITEL foi implementado em 2006 em todos estados e no Distrito Federal com o objetivo de avaliar indicadores relacionados ao: tabagismo; excesso de peso e obesidade; consumo alimentar; atividade física; consumo de bebidas alcoólicas; condução de veículo motorizado após consumo de qualquer quantidade de bebidas alcoólicas; autoavaliação do estado de saúde; prevenção de câncer; e morbidade referida. O questionário é realizado por telefone e dura em média 12 minutos. A seleção é feita através de sorteios de linhas telefônicas cadastradas na base de cadastro eletrônicos de empresas telefônicas (BRASIL, 2021).

O sistema de vigilância demonstra grande importância para o monitoramento e controle das DCNT, apresentando relatórios importantes relacionados a fatores de risco e proteção, estado nutricional e consumo alimentar, tabagismo e consumo abusivo de álcool, prevenção de câncer feminino e práticas de atividades físicas (BRASIL, 2021).

Alguns outros serviços que também compõe a rede de cuidados das DCNT e que atuam nos 3 níveis de atenção são: as equipes de NASF, atenção domiciliar, academia da saúde, CERPIS, CADH (Região Leste), CEDHIC (Região Centro-Sul), CEDOH (Região Central), ambulatórios de Atenção Secundária, unidades clínicas, unidades de cuidados intensivos e unidades cirúrgicas (BRASIL, 2021).

#### **5.4.PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO DF**

A situação epidemiológica da DCNT pode ser analisada em pontos principais: 1 - fatores de risco ou de proteção; 2 – morbidade; 3 – custos e 4 – mortalidade (BRASIL, 2017).

Antes de iniciar a discussão do perfil epidemiológico é importante ressaltar algumas informações/notas contidas no DATASUS. Quanto a taxa de mortalidade, no ano de 2011 houve uma alteração na Declaração de Óbito, aumentando a quantidade e o detalhamento das informações; em 2019 os arquivos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) que se referiam ao ano de 2017 passaram por uma atualização, alterando as causas básicas de 2 registros e excluindo 1; em 2020 o SIM passa novamente por alteração nos dados de 2019, modificando as causas básicas de 4 registros e excluindo 1 novamente. Para os dados de Morbidade e Morbidade relacionados aos custos os dados dos anos de 2015 a 2016 estão sujeitos a retificação. Apesar destas alterações nenhuma delas influenciaram nos dados abaixo.

##### **5.4.1. FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO**

Os fatores de risco relacionados ao adoecimento por DCNT incluem o tabagismo, consumo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física (BRASIL, 2021).

No DF essas práticas foram analisadas num período de 10 anos, de 2006 a 2016, pela Diretoria de Vigilância em Saúde, através do Projeto de Ações para o Enfrentamento das DCNT no Distrito Federal. Na Tabela 7 foi selecionado o período de seis anos, incluindo os fatores de risco: percentual de adultos fumantes; percentual de adultos com obesidade; percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças conforme recomendado; percentual de adultos que praticam atividade física suficiente no tempo livre (lazer); percentual de adultos que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva. Para a extração dos dados foi utilizado os seguintes critérios:

“Considerando fumante todo indivíduo que fuma, independentemente da frequência e intensidade do hábito de fumar. Índice de massa corporal (IMC) = peso (kg) /altura (m)<sup>2</sup>, e foi considerado como obesos indivíduos com IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>); Consumo superior a cinco ou mais porções diárias em cinco ou mais dias da semana; É considerado ativo o indivíduo que pratica pelo menos, 150 minutos de atividade física por semana, no lazer; O consumo de bebidas alcoólicas é considerado abusivo quando há ingestão de quatro ou mais doses pelas mulheres, e de cinco ou mais doses pelos homens, em uma mesma ocasião, dentro dos últimos 30 dias. Para tal, considera-se como dose de bebida

alcoólica: uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho” (BRASIL,2017, p. 4).

**Tabela 7: Série histórica de percentual dos fatores de risco em adultos ( $\geq 18$  anos) pactuados no Projeto de Ações para o Enfrentamento das DCNT no Distrito Federal, período de 2010 a 2016.**

FATORES DE RISCO	SEXO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Percentual de adultos fumantes</b>	M	15,9	10,6	13,0	16,3	12,4	13,9	9,6
	F	12,5	10,0	8,1	5,9	7,4	9,2	7,4
<b>Percentual de adultos com obesidade</b>	M	10,9	13,8	13,5	15,7	15,8	13,8	16,6
	F	9,3	14,6	14,9	14,4	15,8	14,8	16,7
<b>Percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças conforme recomendado</b>	M	23,4	20,7	21,6	21,8	20,6	33,6	39,3
	F	30,1	31,6	34,2	36,6	36,9	44,7	38,5
<b>Percentual de adultos que praticam atividade física suficiente no tempo livre (lazer)</b>	M	47,1	45,9	45,3	49,8	44,8	61,8	54,0
	F	36,1	28,5	33,0	34,3	30,9	43,6	9,4
<b>Percentual de adultos que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva</b>	M	28,1	21,0	27,5	24,5	31,9	33,7	31,1
	F	12,6	8,7	13,1	9,3	11,5	15,4	15,1

Fonte: BRASIL. Subsecretaria de Vigilância à Saúde / SES - DF. Informativo Epidemiológico, da Morbidade, Fatores de Risco e de Proteção das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Distrito Federal. Dezembro de 2017.

Pode-se perceber, conforme os dados apresentados na Tabela 7, que houve um crescimento significativo comparando os anos de 2010 e 2016, do percentual de adultos com obesidade, de adultos que consomem frutas e hortaliças conforme recomendado, de adultos que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva o aumento foi em ambos os sexos. Na taxa de adultos que praticam atividade física suficiente no tempo livre houve

aumento apenas para o sexo masculino. O percentual de adultos fumantes ambos os sexos e o percentual de adultos que praticam atividade física suficiente no tempo livre do sexo feminino foram as únicas taxas que sofreram uma redução neste período.

Contudo, a taxa de tabagismo comparando o ano de 2016 que era de 10,7 para ambos os sexos (BRASIL, 2017), em 2021 essa taxa volta a subir para 11,8, colocando o DF como a segunda maior do Brasil como proporção de fumantes (BRASIL, 2022).

Para o combate ao tabagismo, o DF conta com o Programa de Controle do Tabagismo, que visa desenvolver ações que mobilizem a população sobre os malefícios do uso de tabaco através de campanhas que ocorrem nos dias:

- 31 de maio – Dia Mundial sem Tabaco
- 29 de agosto – Dia Nacional de Combate ao Fumo
- 27 de novembro – Dia Nacional de Combate ao Câncer

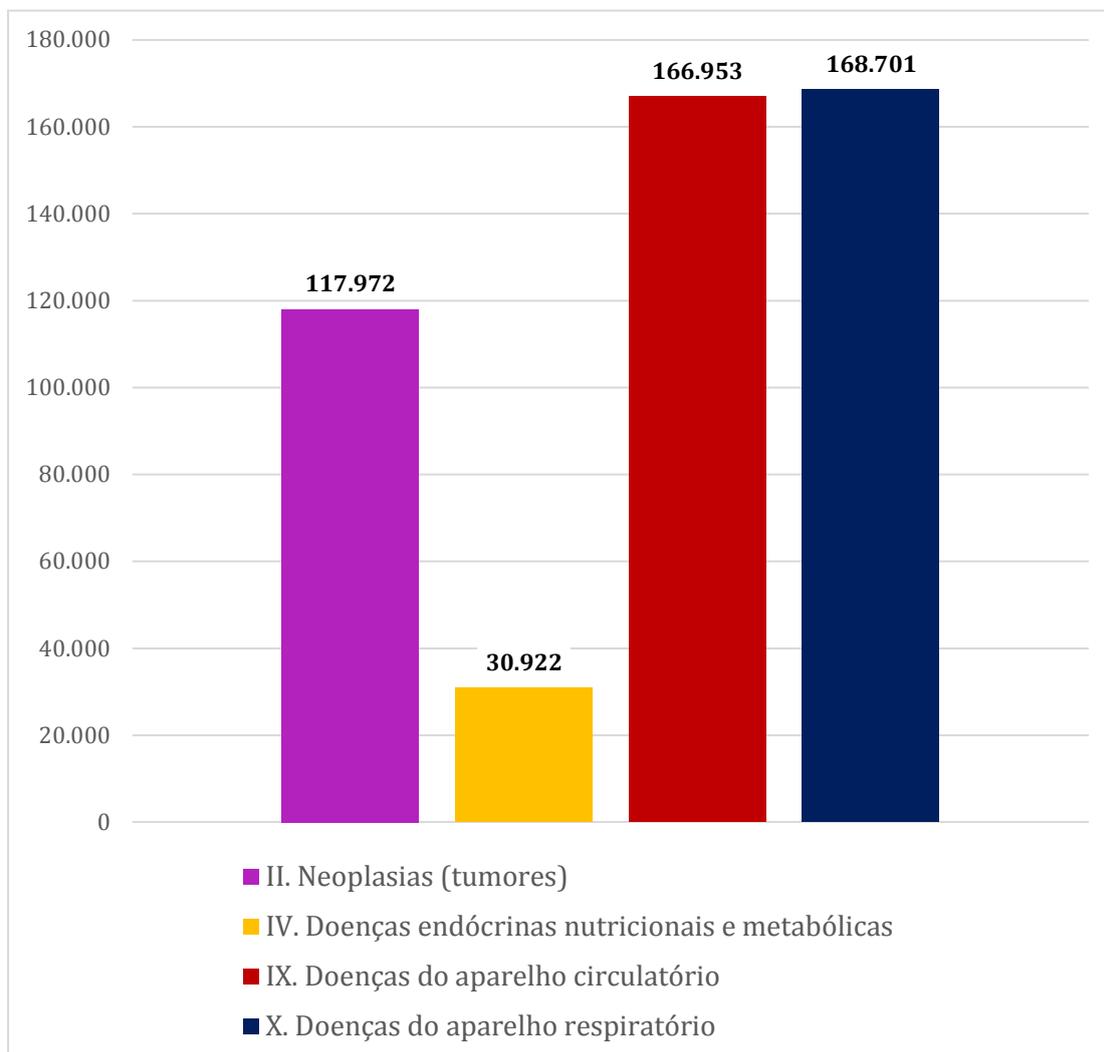
Além dessas campanhas, também ocorre capacitar os profissionais da saúde e da educação, das redes públicas e privadas e oferecer o tratamento gratuito em algumas unidades de saúde distribuídas nas regiões de saúde do DF (BRASIL, 2022).

Outro dado interessante de se discutir e que pode ser observado na Tabela 7 é a relação da obesidade com o consumo de frutas e hortaliças e a prática de atividades físicas, onde se tem altas taxas de prática de atividade física (54,0 masculinos e 9,4 femininos) e consumo de frutas e hortaliças (39,3 masculinos e 38,5 femininos) em relação à obesidade (16,6masculino e 16,7 femininos) no ano de 2016. Dando destaque as práticas de atividades físicas, é evidente a diferença do percentual do sexo masculino para o feminino.

#### **5.4.2. MORBIDADE HOSPITALAR NO DF**

Os capítulos CID-10 utilizados que representam as principais DCNT foram: cap. II. Neoplasias (tumores): inclui os cânceres; cap. IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas: incluem os diabetes, obesidade e as doenças cardiovasculares; cap. IX. Doenças do aparelho circulatório: inclui hipertensão e cap. IX. Doenças do aparelho

respiratório: inclui bronquite, asma e rinite. O período utilizado para a análise de morbidade foi de janeiro de 2010 a julho de 2022 no DF.



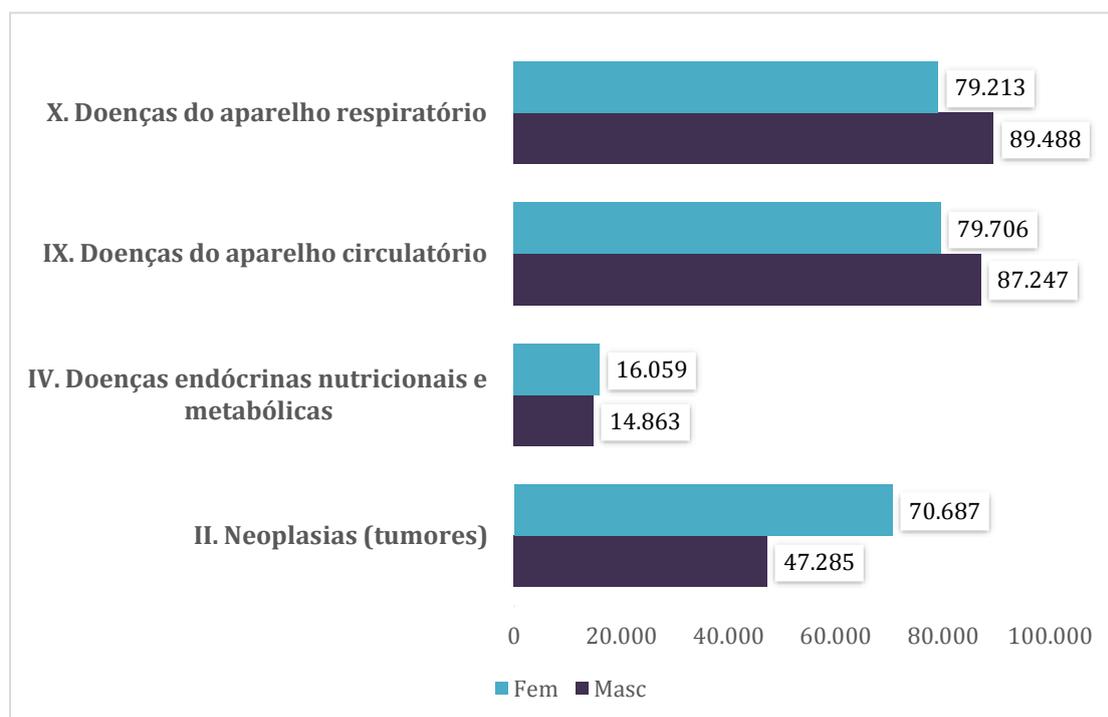
**Figura 4: Internações por capítulo CID-10, segundo o ano de atendimento, no período de 2010 a julho de 2022, no Distrito Federal. Fonte: Ministério da Saúde -Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**

Na Figura 4 é visível que no período analisado a internação por doenças do aparelho respiratório (168,701 casos) e por doenças do aparelho circulatório (166,953 casos) têm maior representatividade no DF, enquanto as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas representam o menor valor.

Uma das causas relacionadas ao alto número de casos de doenças respiratórias pode se referir ao clima seco e a baixa umidade registradas na região, que normalmente ocorrem no período de maio a outubro. Além do clima, outro fator é o tabagismo, já que o DF está em segundo lugar no Brasil da população que mais utiliza tabaco (BRASIL,

2022), (SBMC, 2018). O número elevado das doenças do aparelho circulatório também pode estar relacionado ao uso do tabagismo, a alimentação não saudável e a obesidade.

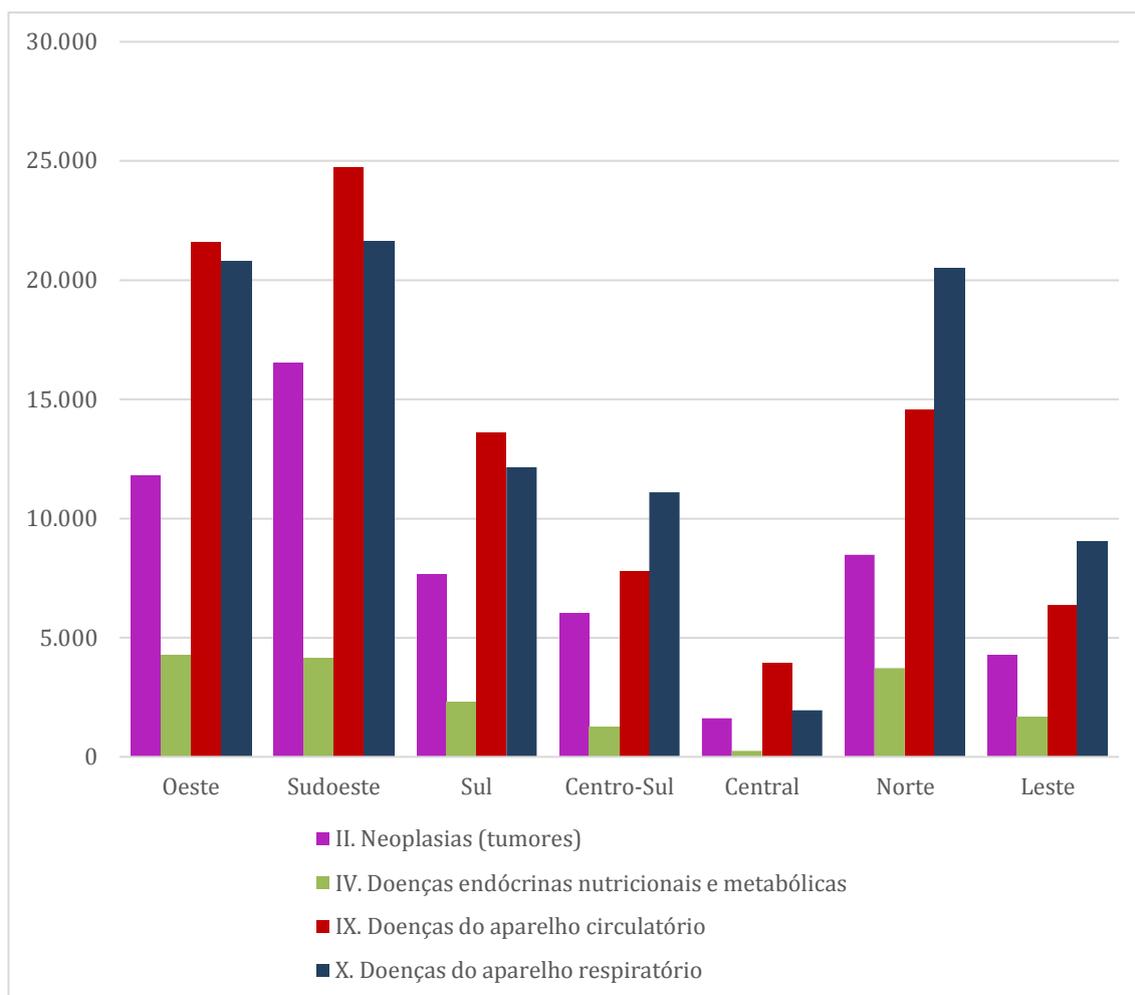
As internações por DCNT representam  $\frac{1}{4}$  do total, com 24,80%, enquanto as outras doenças constituem 75,20%. Esse dado reafirma que essas condições, dentre outras que não foram consideradas para o estudo, são responsáveis por afetar grande parte da população (BRASIL, 2021).



**Figura 5: Internações por capítulo CID-10, segundo sexo, no período de 2010 a julho de 2022, no Distrito Federal. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**

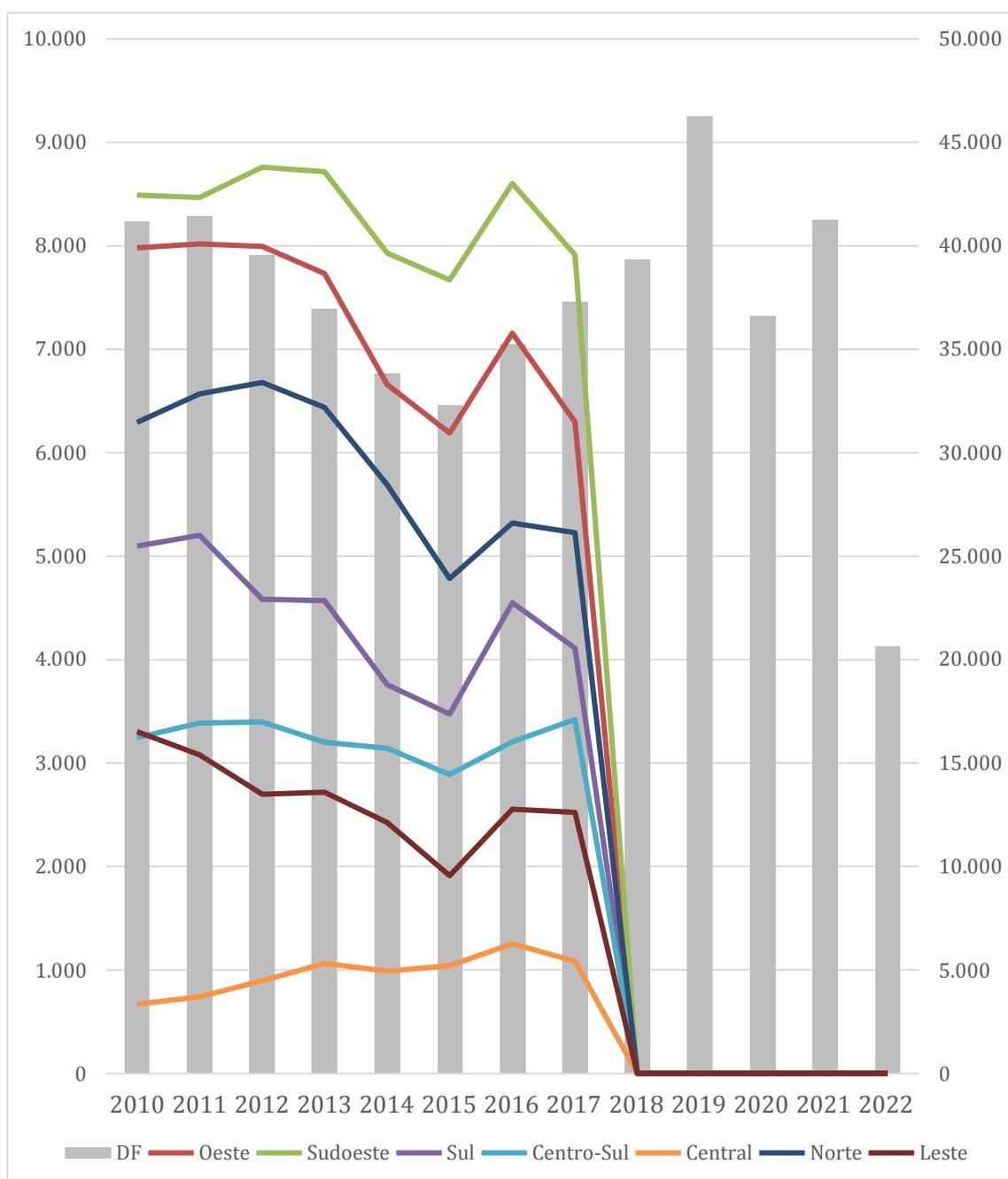
Na Figura 5, percebe-se que as doenças do aparelho respiratório (89,488 casos) e circulatório (87, 247 casos) afetam mais o sexo masculino, enquanto as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (16,059 casos) e as neoplasias (70,687 casos) são mais prevalentes no sexo feminino.

As internações por essa causa estão relacionadas ao estilo de vida do indivíduo e aos fatores de risco, dentre eles o tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, má alimentação entre outros. No plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Distrito Federal conta com metas para a redução destes números.



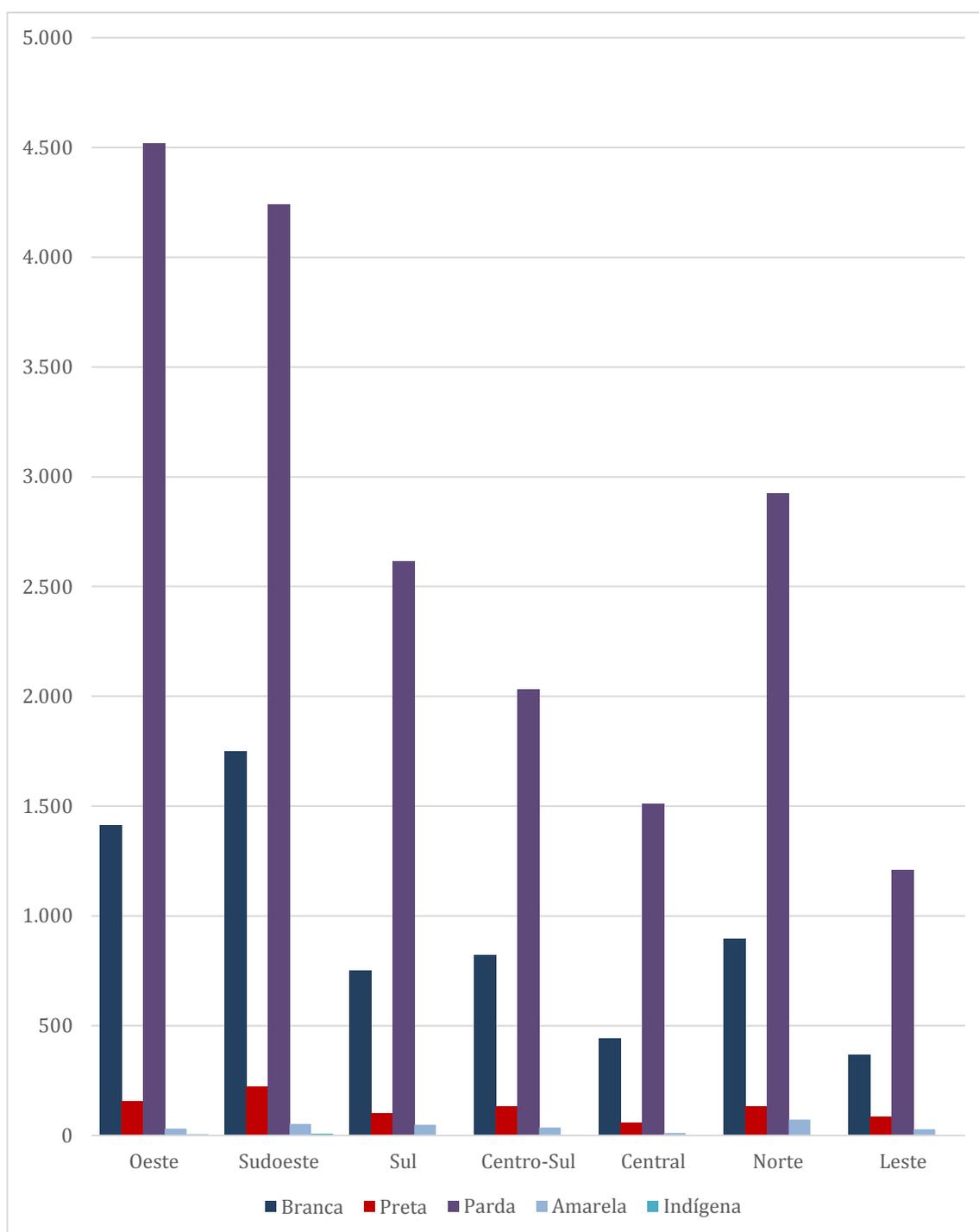
**Figura 6: Internações por capítulo CID-10, segundo a Região de Saúde (CIR), no período de 2010 a julho de 2022, no Distrito Federal. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**

Na Figura 6 é demonstrada a prevalência das doenças do aparelho circulatório e respiratório, se concentrando principalmente em 3 regiões de saúde: 1- sudoeste, 2- oeste e 3- norte. As regiões de saúde sudoeste e norte são as que possuem mais quantidade de unidades de saúde do DF, com 32 unidades cada e a região oeste com 25 unidades. O alto número de casos pode estar relacionado com a quantidade de registros de casos nestas regiões devido à alta porcentagem populacional.



**Figura 7: Internações por capítulo CID-10, segundo ano de atendimento e Região de Saúde (CIR), no período de 2010 a julho de 2022, no Distrito Federal. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**

Na Figura 7, pode-se visualizar que as internações por DCNT no DF são prevalentes no ano de 2019. Porém, nos anos de 2018 a julho de 2022 não há o registro das internações por região de saúde, mas nos anos anteriores é perceptível que os números da região sudoeste estão bem acima das outras regiões em relação ao DF.

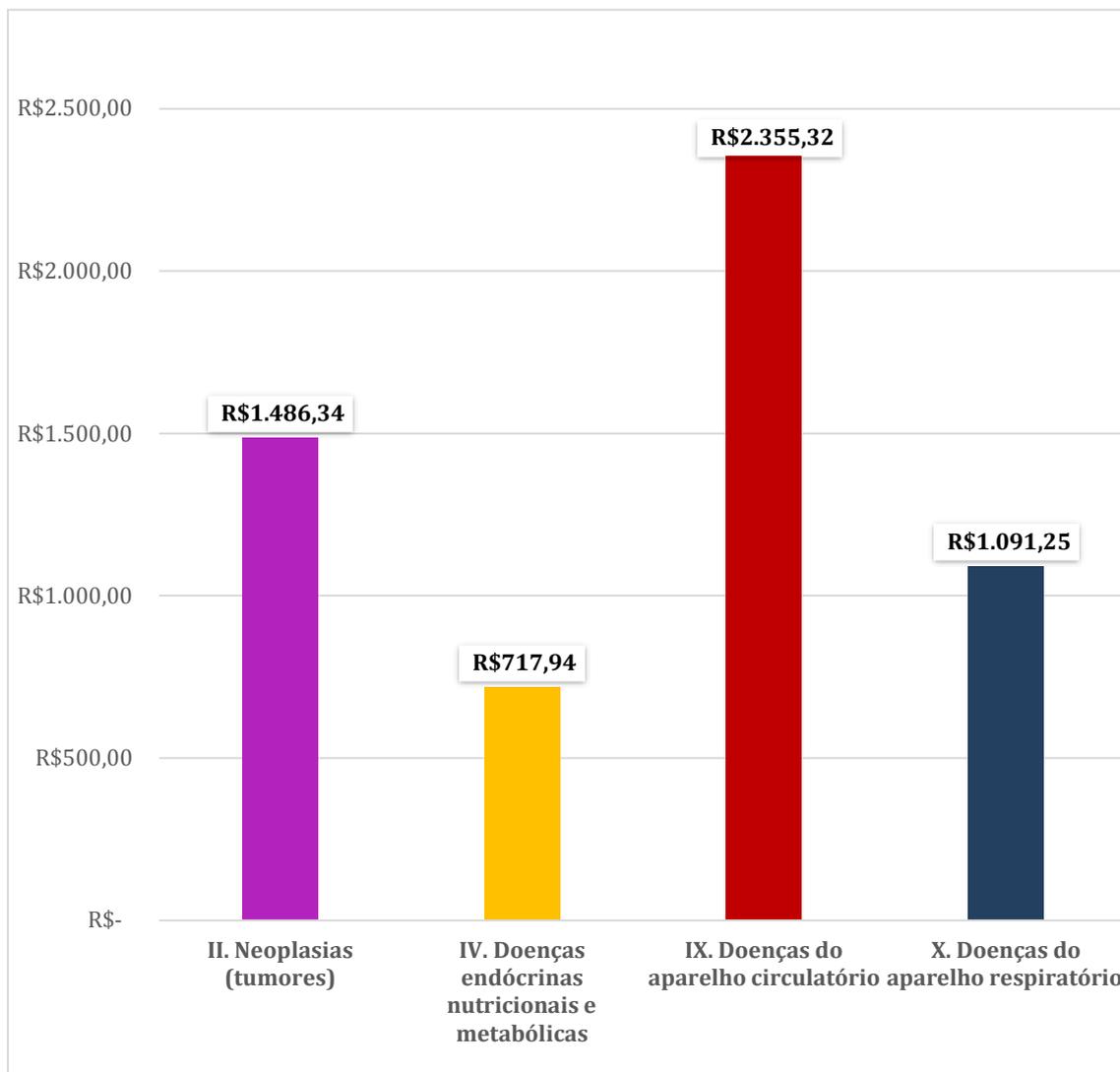


**Figura 8: Internações por capítulo CID-10, segundo Cor/raça e Região de Saúde (CIR) no período de 2010 a julho de 2022, no Distrito Federal. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**

A população do DF mais afetada pelas DCNT por cor/raça são as autodeclaradas pardas na região oeste (4,519 pessoas), seguida das brancas na região sudoeste (1,749 pessoas), preta na região sudoeste (223 pessoas), amarela na região norte (73 pessoas) e por fim os indígenas na região sudoeste (8 pessoas) (Figura 8).

### 5.4.3. CUSTOS DE INTERNAÇÃO NO DF

O custo médio de internação varia de acordo com cada DCNT (Figura 9). O custo mais elevado é das doenças do aparelho circulatório sendo de R\$2, 355.32 a média gasta por internação. A condição crônica dentre as analisadas que representa o menor custo são as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, tendo um custo de R\$717.94 por internação.



**Figura 9: Valor médio de internação por CAP CID 10 relacionado a DCNT. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**

Na Tabela 8 é possível ter uma visão geral dos custos do SUS com as DCNT no ano de 2002 no Brasil. Este alto custo é relacionado, em geral, por essas doenças apresentarem um longo período de duração e demandarem diversos serviços de saúde,

procedimentos e ações. Estes custos são denominados pelo SUS como gastos diretos (BRASIL, 2005).

Ainda quanto aos custos de internação por DCNT, 37,56%, do valor total gasto no período de 2010 a julho de 2022 está relacionado às DCNT, enquanto as outras doenças constituem 62,44% dos gastos.

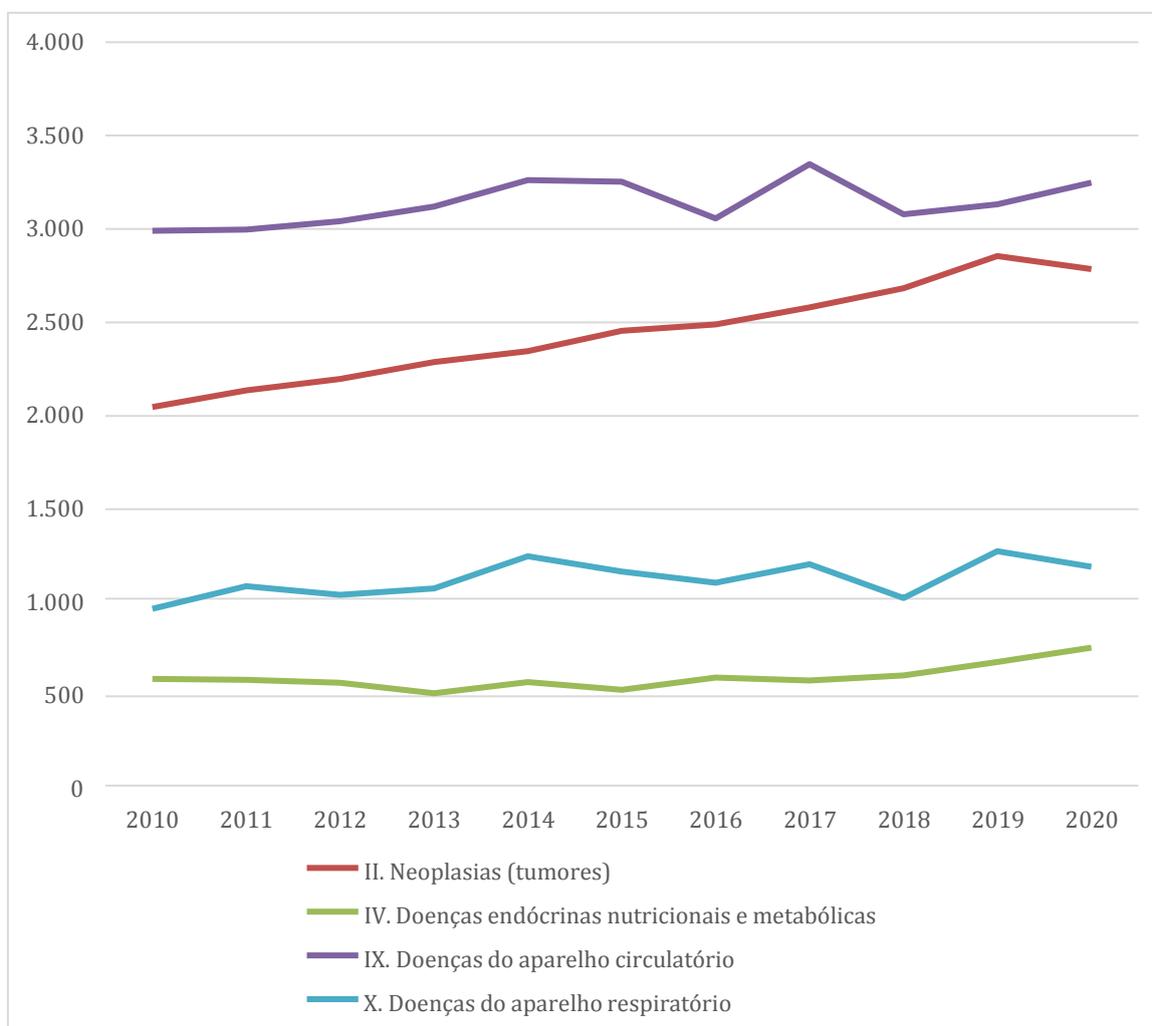
**Tabela 8: Estimativas de gastos do SUS com DCNT - 2002.**

<b>GASTOS SUS</b>	<b>R\$</b>	<b>%</b>	<b>R\$/HAB.</b>
<b>Estimativas Gastos Ambulatoriais</b>	3.824.175.399,40	35,0	22,2
<b>Gastos Internações</b>	3.738.515.448,92	34,2	21,7
<b>Total Gastos DCNT</b>	7.562.690.848,32	69,1	44,0
<b>Total de Gastos Ambulatoriais e Hospitalares</b>	10.938.741.553,89	100,0	66,3

Fonte: Sistema de Informações hospitalares – SIH-SUS / MS Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA-SUS / MS

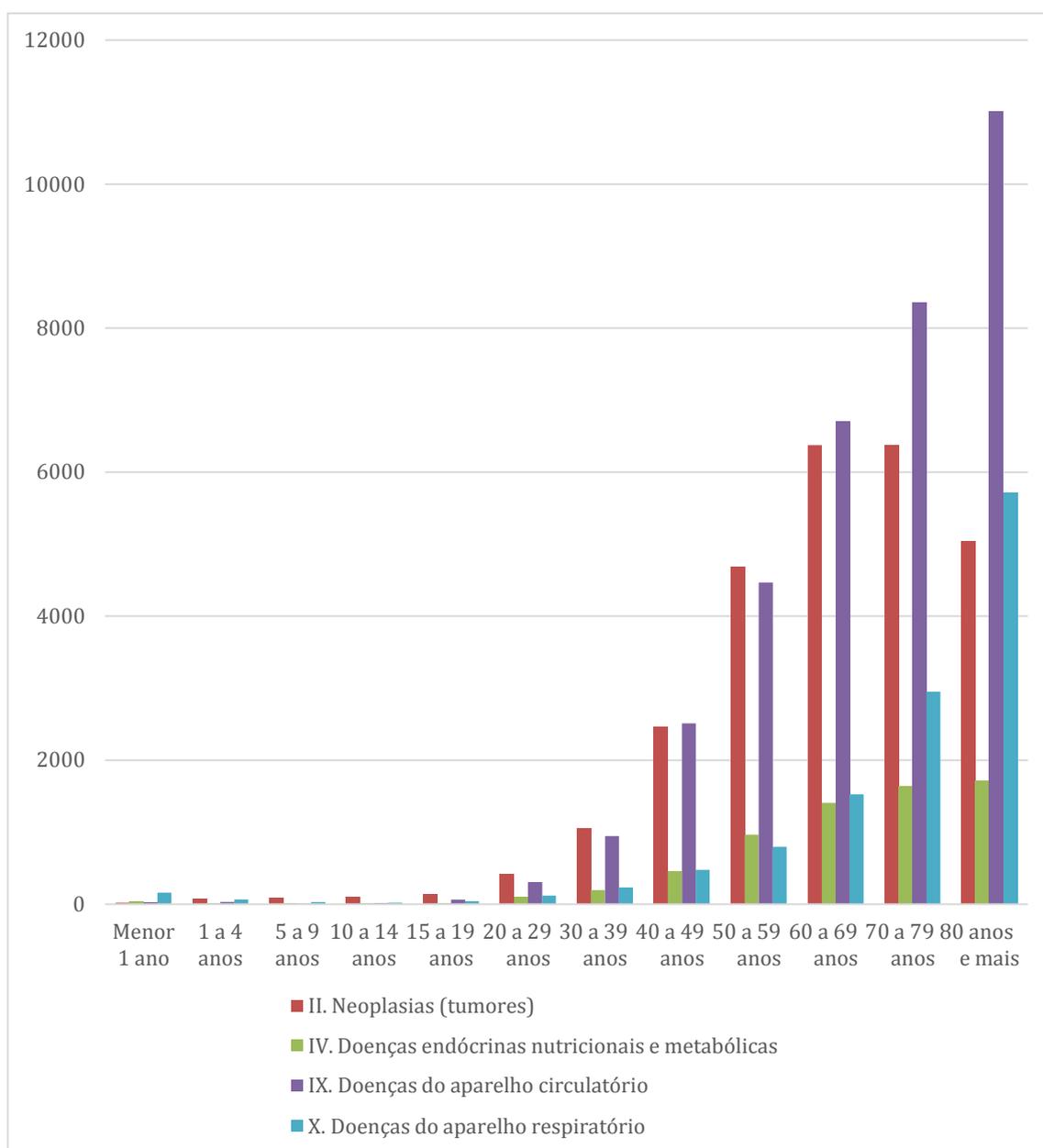
#### 5.4.4. MORTALIDADE NO DF

As DCNT são responsáveis por cerca de 70% dos óbitos, estes que geralmente ocorrem de forma prematura em pessoas menores de 70 anos de idade (MALTA, 2017). Diante deste cenário global, foram analisados os dados de mortalidade no DF.



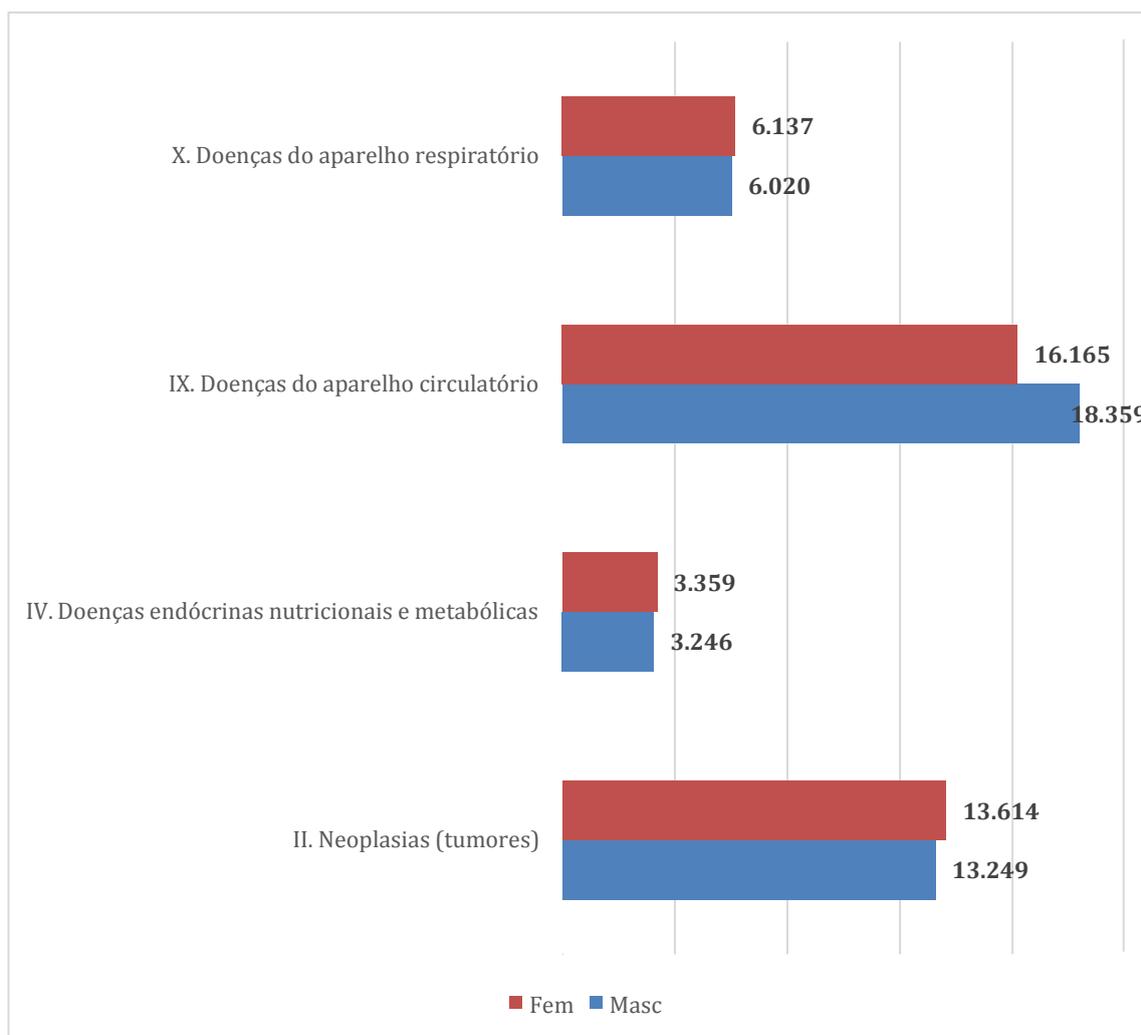
**Figura 10: Número de óbitos por ano e capítulos CID-10 referidos às DCNT, no período de 2010 a 2020 no DF. Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**

Na Figura 10 é perceptível uma leve queda no número de óbitos relacionados às doenças respiratórias e neoplasias no ano de 2020. Neste mesmo período há um crescente de óbitos para doenças do aparelho circulatório e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.



**Figura 11: Número de óbitos por faixa etária, nos capítulos CID-10 referidos às DCNT, no período de 2010 a 2020 no DF. Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**

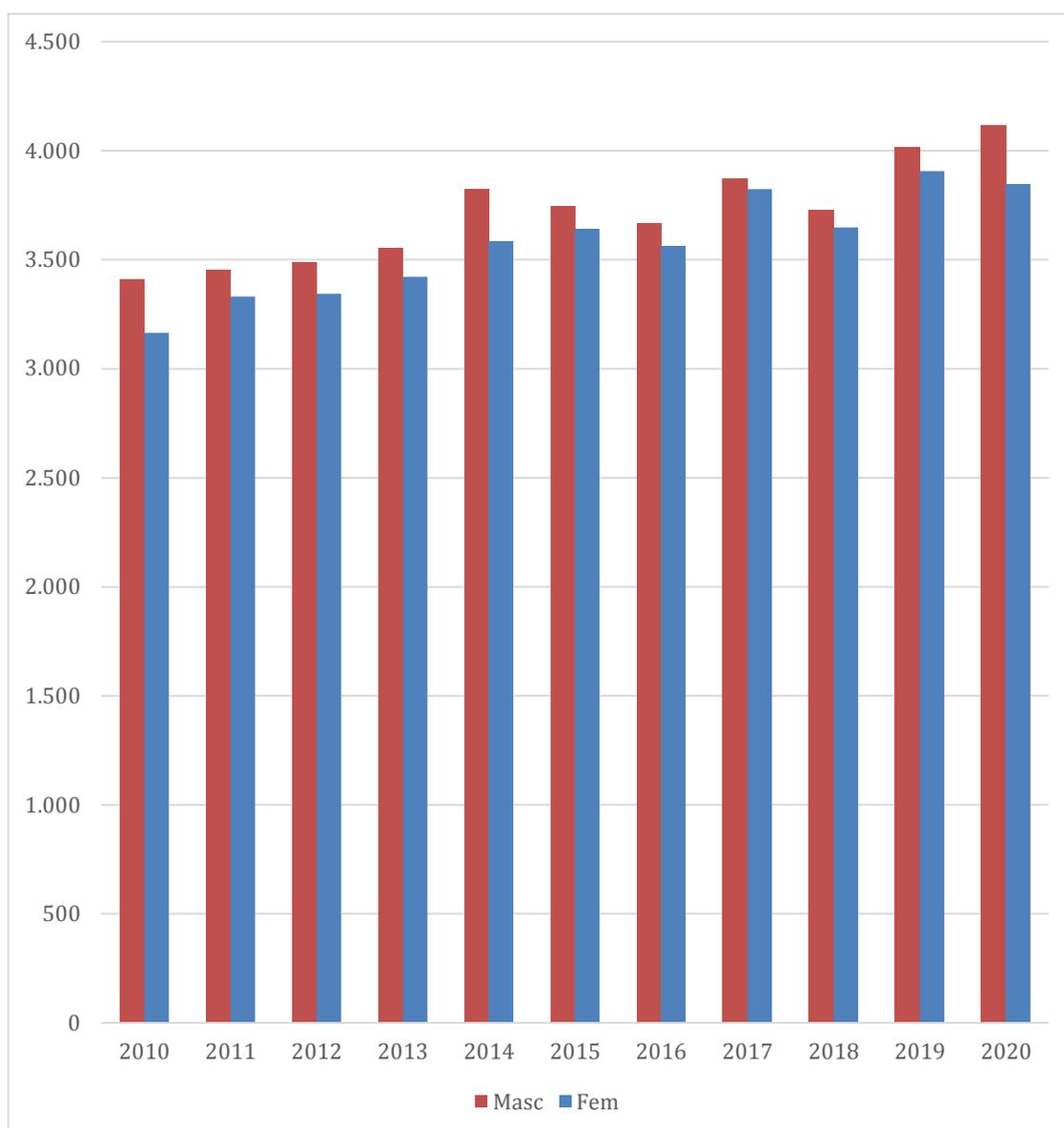
Na Figura 11 é visível o aumento de mortalidade a partir dos 20 anos de idade, onde até os 69 anos são considerados óbitos prematuros. Essa faixa etária é a de maior representatividade. As principais DCNT que levam a óbito representadas são as neoplasias e as doenças do aparelho circulatório.



**Figura 12: Número de óbitos por sexo, nos capítulos CID-10 referidos as DCNT, no período de 2010 a 2020 no DF. Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**

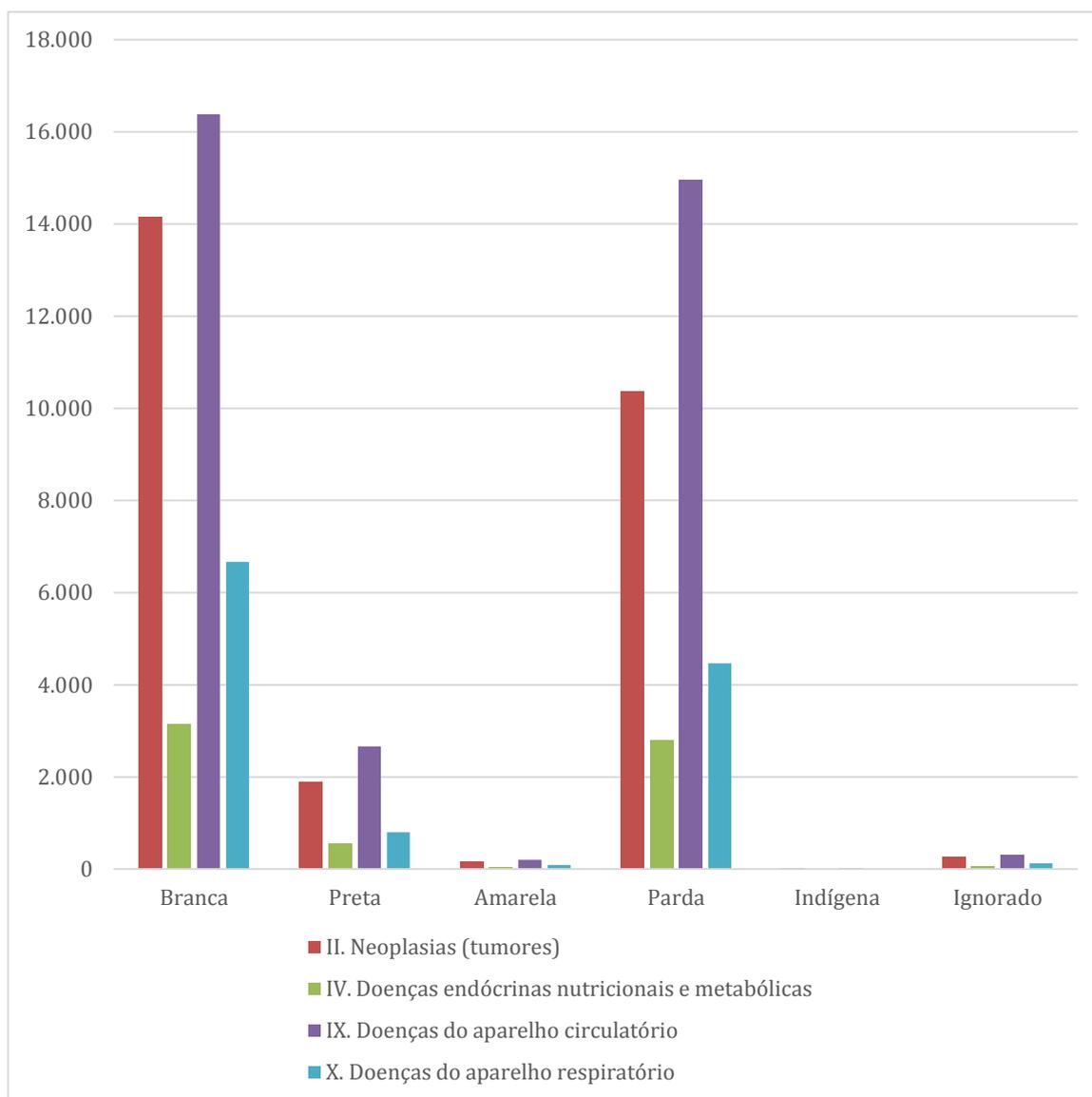
Na Figura 12 estão representados os óbitos por DCNT, segundo o sexo, no período de 2010 a 2020. Nele o sexo feminino representa um total de 39.275 óbitos, enquanto o sexo masculino ultrapassa esse valor, chegando a 40.874 óbitos. A principal causa de morte do sexo masculino e feminino são as doenças do aparelho circulatório.

O alto número de óbitos do sexo masculino está relacionado a alguns fatores: 1) geralmente tem medo de descobrir doenças; 2) não seguem os tratamentos recomendados; 3) acham que nunca vão adoecer e por isso não se cuidam; 4) não procuram os serviços de saúde; 5) não se alimentam adequadamente; 6) não praticam atividade física com regularidade; 7) utilizam álcool e outras drogas com maior frequência (BRASIL, 2017).



**Figura 13: Número de óbitos por ano segundo o sexo, nos capítulos CID-10 referidos às DCNT, no período de 2010 a 2020 no DF. Fonte: MS/SVS/CGIAE -Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**

Na Figura 13 é possível visualizar de forma mais clara que a população que mais vai a óbito devido as DCNT são as do sexo masculino no período dos anos de 2010 a 2020. Por mais que as colunas se aproximem, o fato de o sexo masculino ter esse valor elevado pode estar relacionado a falta de cuidado com a saúde (BRASIL, 2017)



**Figura 14: Número de óbitos por cor/raça, nos capítulos CID-10 referidos as DCNT, no período de 2010 a 2020 no DF. Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**

Na Figura 14 está representada a mortalidade por cor/raça e nele é possível visualizar que os óbitos se concentram na população branca e parda. As principais causas de óbitos em ambas as populações são as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do impacto das DCNT no mundo e no Brasil, quanto ao número de óbitos, casos, o alto custo para saúde pública e considerando que podem causar um desastre sanitário, existe a necessidade de fortalecer a rede de vigilância e resposta de promoção e educação em saúde.

O estudo manteve o foco no Distrito Federal, buscando compreender as estruturas de cuidado e o perfil epidemiológico das principais DCNT (doenças cardiovasculares, respiratórias (bronquite, asma, rinite), metabólicas (obesidade, diabetes, dislipidemia), cânceres e hipertensão).

Quanto à estrutura de cuidado, o DF conta com serviços nos três níveis de atenção e uma Rede de atenção à Saúde voltada apenas para as DCNT, além de um plano estratégico que tem metas a serem atingidas até o ano de 2022. É provável que estas metas sejam prorrogadas e sigam o plano desenvolvido para o Brasil para 2030.

As longas filas para consultas, exames e cirurgias e os dados epidemiológicos apresentados evidenciam a necessidade dessa prorrogação para o combate às DCNT. Com base nesses dados, os serviços precisam se reestruturar, ampliar o atendimento, trabalhar de forma integral e organizada, com foco na educação, prevenção e promoção da saúde.

## 7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Assessoria de Redes de Atenção à Saúde. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Boletim informativo nº02 de 2021. Rede de Atenção das Pessoas com Doenças Não Transmissíveis. Brasília. 2021. Disponível em:

<<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/90894/Boletim-DCNT-1oquadri-2021.pdf>> Acesso em: 28 de jul. de 2022.

BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)> Acesso em: 28 de jul. de 2022.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. . Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)> Acesso em: 28 de jul. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. A VIGILÂNCIA, O CONTROLE E A PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DCNT NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO Situação e Desafios Atuais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80. il. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>>. Acessado em: 30 de ago. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dados de Morbimortalidade Masculina no Brasil .2017. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/dados\\_morbimortalidade\\_masculina\\_brasil.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/dados_morbimortalidade_masculina_brasil.pdf)> Acessado em: 30 de ago. de 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.: il. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf)> Acesso em: 28 de jul. de 2022

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e

Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p.: il. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf)> Acesso em: 28 de jul. de 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44 p.: il. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf)> Acesso em: 28 de jul. de 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. Brasília: 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona>> Acesso em: 28 de jul. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/inqueritos-de-saude/vigitel>> Acessado em: 29 de ago. de 2022.

BRASIL. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Distrito Federal. 2017-2022 Governo do Distrito Federal Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Brasília, dezembro de 2017. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/73424/Plano+de+Enfrentamento+de+Doen%C3%A7as+Cr%C3%B4nicas+N%C3%A3o+Transmiss%C3%ADveis.pdf/5f194ee3-e308-e69f-fb51-0bf844bbf239?t=1648441999320>> acessado em: 28 de jul. de 2022.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)> Acesso em: 28 de jul. de 2022.

BRASIL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasília é a segunda capital do Brasil com mais proporção de fumantes. 2022. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/bras%C3%ADlia-%C3%A9-a-segunda-capital-do-brasil-com-mais-propor%C3%A7%C3%A3o-de-fumantes#:~:text=Por%20aqui%2C%20s%C3%A3o%2011%2C8,Doen%C3%A7as%2>

[0Cr%C3%B4nicas%20por%20Inqu%C3%A9rito%20Telef%C3%B4nico](#)> Acessado em: 29 de ago. de 2022.

BRASIL. SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. 2022. Disponível em: < <https://www.saude.df.gov.br/doencas-chronicas-nao-transmissiveis>>. Acessado em: 28 de ago. de 2022.

BRASIL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Hospitais. 2022. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/infos-hospitais>>. Acessado em: 28 de ago. de 2022.

BRASIL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Tabagismo 2022. Disponível em: <[Tabagismo - Secretaria de Saúde do Distrito Federal \(saude.df.gov.br\)](#)>. Acessado em: 29 de ago. de 2022.

BRASIL. Subsecretaria de Vigilância à Saúde / SES - DF. Informativo Epidemiológico da Morbidade, Fatores de Risco e de Proteção das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Distrito Federal. Dezembro de 2017. Disponível em: <[https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/1119561/Boletim\\_Epidemiologico-Da-morbidade-fatores-de-risco-e-de-doen%C3%A7as\\_cr%C3%B4nicas-n%C3%A3o-transmissiveis-no-DF-.pdf/04f18be7-b058-1047\\_0dbf-6d5e3298d260?t=1651863809012](https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/1119561/Boletim_Epidemiologico-Da-morbidade-fatores-de-risco-e-de-doen%C3%A7as_cr%C3%B4nicas-n%C3%A3o-transmissiveis-no-DF-.pdf/04f18be7-b058-1047_0dbf-6d5e3298d260?t=1651863809012)> Acessado em: 28 de ago. de 2022.

BRASÍLIA (DF). Administração Regional de Brasília. 2014. Disponível em: <<http://www.brasilia.df.gov.br>> Acessado em: 28 de ago. de 2022.

BRASÍLIA. **RELATÓRIO DO PERFIL DE DISTRITO FEDERAL**. Dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD 2018), disponibilizados pela Codeplan em. [s.d.] Disponível em: < <http://brasiliametropolitana.codeplan.df.gov.br/>> Acessado em: 28 de ago. de 2022.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Revista de Saúde Coletiva, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?lang=pt#:~:text=Para%20a%20Comiss%C3%A3o%20Nacional%20sobre,fatores%20de%20risco%20na%20popula%C3%A7%C3%A3o>> Acesso em: 28 de jul. de 2022.

CODEPLAN. PIB: DF manteve a oitava posição entre as maiores economias estaduais do Brasil em 2019. 2021. Disponível em: <<https://www.codeplan.df.gov.br/pib-df-manteve-oitava-posicao-entre-as-maiores-economias-estaduais-do-brasil-em-2019/#:~:text=Na%20compara%C3%A7%C3%A3o%202019%20e%202018,volume%2C%20%2C1%25>>. Acessado em: 28 de ago. de 2022

CODPLAN. Expectativa de vida ao nascer. [s.d.]. Disponível em: <<http://infodf.codeplan.df.gov.br/expectativa-de-vida-ao-nascer/>>. Acessado em: 28 de ago. de 2022.

Gerhardt. Tatiana Engel, Silveira Denise Tolfo. Métodos de pesquisa. UAB/UFRGS. SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p.: il. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/213838/000728731.pdf?sequ>> Acesso em: 28 de jul. de 2022.

HYGIA. Entenda quais são os níveis de atenção à saúde do SUS. Brasil. [s.d.]. Disponível em: <<https://www.hygia.com.br/pdf/WhitePaper-Niveis-Atencao.pdf>> Acesso em: 28 de jul. de 2022.

IBGE. Conheça o Brasil: quantidade de homens e mulheres. [s.d.]. Disponível em: <<https://educa.ibge.gov.br/jovens/cnheca-o-brasil/populacao/18320-quantidade-de-homens-e-mulheres.html#:~:text=Segundo%20dados%20da%20PNAD%20Cont%C3%ADnu,estimativa%20superior%20a%20das%20mulheres>>. Acessado em: 28 de ago. de 2022.

IPEA. O que é? - Índice de Gení. 2004. Ano 1. Edição 4 - 1/11/2004 por Andréa Wolffenbüttel. Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com\\_content&id=2048:catid=28](https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28)> Acesso em: 24 de ago. de 2022.

LEAVELL. CLARK. Níveis de aplicação da medicina preventiva. [s.d.]. cap.2 Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2476413/mod\\_resource/content/2/LEAVELL%20%20CLARK.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2476413/mod_resource/content/2/LEAVELL%20%20CLARK.pdf)> Acesso em: 28 de jul. de 2022.

Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças

crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2017;51 Supl. 1:4s. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/84CsHsNwMRNFXDHZ4NmrD9n/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 28 de jul. de 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/>> Acesso em 28 de jul. de 2022.

MENDES. Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília. Organização Pan Americana de Saúde. 2011. 549 p.: il. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf)> Acesso em 28 de jul. de 2022.

NESP. Perfil da cidade de Brasília – DF Análise do acesso e da qualidade da Atenção Integral à Saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde. 2015. Disponível em: <[http://www.nesp.unb.br/saudelgbt/images/arquivos/Perfil\\_Brasilia.pdf](http://www.nesp.unb.br/saudelgbt/images/arquivos/Perfil_Brasilia.pdf)>. Acessado em: 28 de ago. de 2022.

OLIVEIRA, Cleise Cristine Ribeiro Borges; SILVA, Elaine Andrade Leal; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de. Referral and counter-referral for the integrality of care in the Health Care Network. Physis: Revista de Saúde Coletiva, [S.L.], v. 31, n. 1, p. 1-23, jan. 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/3vhh4QL7xRM8tkRzZdcHZhK/?lang=pt>> Acesso em: 28 de jul. de 2022.

PENA KS, Rollo RM, Reuter CLO, Santos VCF, Riquinho DL, Ramos AR. A transição do cuidado às condições crônicas face ao planejamento municipal regionalizado. Rev Gaúcha Enferm. 2020; 41 (esp): e 20190168. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/37tBGMB39HwTXFSJdjsxZkR/?lang=pt>> Acesso em: 28 de jul. de 2022.

PEREIRA, Lívia Augusta César da Silva; TELES, Tatiana de França da Silva; SANTOS, Nayane Formiga dos. Redes de Atenção à Saúde: Desafios para Implantar um novo Olhar para a Atenção Básica na Periferia Estadual – Um Relato de Experiência. S A N A R E,

ISSNe:2317-7748, V.14 - Suplemento 1 - COPISP - 2015. Disponível em: <<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi8iJuw0N35AhVsmJUCHXL4DtEQFnoECAyQAQ&url=https%3A%2F%2Fsanare.emnuvens.com.br%2Fsanare%2Farticle%2FviewFile%2F733%2F431&usg=AOvVaw0xq4dNjPYMBBjtS6r9pR7g>> Acesso em: 28 de jul. de 2022.

PEREIRA, Milena. Fluxograma de Referência e Contrarreferência entre Atenção Primária à Saúde e Unidades de Pronto Atendimento. Florianópolis. 2018. 130.p. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/194374/PGCF0099-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>>. Acessado em: 30 de ago. de 2022

SBMC. Doenças respiratórias se agravam no outono pelas alterações climáticas constantes. Brasil. 2018 Disponível em: <<https://www.sbmfc.org.br/noticias/doencas-respiratorias-se-agravam-no-outono-pelas-alteracoes-climaticas-constantes/#:~:text=%E2%80%9CDos%20diversos%20fatores%20que%20desencadeiam,uma%20maior%20concentra%C3%A7%C3%A3o%20de%20poluentes.>> Acessado em: 30 de ago. de 2022