



Plano de Ações Estratégicas para
o Enfrentamento das Doenças Crônicas
Não Transmissíveis (DCNT) **no Brasil**
2011-2022

Ministério da Saúde
Brasília-DF
2011

PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL
2011-2022

© 2011 Ministério da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/bvs

Tiragem: 1ª edição – 2011 – 15.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Análise de Situação de Saúde

Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

SAF SUL, Trecho 2, Lote 5 e 6, Bloco F, Torre I, Ed. Premium, Sala 14, Térreo

CEP 70070-600. Brasília, DF, Brasil.

E-mail: svs@saude.gov.br

Internet: www.saude.gov.br/svs

Coordenação:

Deborah Carvalho Malta - CGDANT/DASIS/SVS/MS

Otaliba Libânio de Moraes Neto - DASIS/SVS/MS

Jarbas Barbosa da Silva - Secretário da Secretaria de Vigilância em Saúde

Elaboração:

Deborah Carvalho Malta - CGDANT/DASIS/SVS/MS

Betine Pinto Moehleck Iser - CGDANT/SVS/MS e UFRGS

Eneida Anjos Paiva - CGDANT/SVS/MS

Gulnar Azevedo e Silva - UERJ

Jorge Francisco Kell - CGDANT/SVS/MS

Lenildo de Moura - CGDANT/SVS/MS e UFRGS

Luane Margarete Zanchetta - CGDANT/SVS/MS

Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha - CGDANT/SVS/MS

Lucimar Rodrigues Coser Cannon - Opas

Micheline Gomes Campos da Luz - CGDANT/SVS/MS

Regina Tomie Ivata Bernal - FSP/USP

Renata Tiene de Carvalho Yokota - CGDANT/SVS/MS

Vera Luiza da Costa e Silva - Fiocruz/ENSP

Otaliba Libânio de Moraes Neto - DASIS/SVS/MS

Revisão:

Naiane B. F. Oliveira

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde.

Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil

2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 978-85-334-1831-8

1. Doenças e agravos não transmissíveis. 2. Política de saúde. 3. Promoção em saúde. I. Título. II. Série.

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2011/0239

Títulos para indexação:

Em inglês: *Strategic Action Plan to Tackle Noncommunicable Diseases (NCD) in Brazil 2011-2022*

Em espanhol: *Plan de Acciones Estratégicas para el Enfrentamiento de las Enfermedades no Transmisibles (ENT) en Brasil 2011-2022*

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL
2011-2022

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília-DF
2011

Dilma Rousseff

Presidente da República Federativa do Brasil

Alexandre Padilha

Ministro da Saúde

Jarbas Barbosa da Silva – SVS

Secretário de Vigilância em Saúde

Secretaria Executiva – SE

Márcia Amaral

Secretaria de Assistência à Saúde – SAS

Helvécio Miranda

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP

Luiz Odorico de Andrade

Seretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE

Carlos Augusto Gadelha

Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – SGTES

Milton Martins

Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI

Antonio Alves



OUTROS MINISTÉRIOS PARCEIROS:

Ministério da Educação
Ministério do Esporte
Ministério do Desenvolvimento Social
Ministério das Relações Exteriores
Ministério das Cidades
Secretaria de Direitos Humanos
Ministério da Cultura
Ministério do Desenvolvimento Agrário
Ministério da Agricultura
Ministério da Pesca e Aquicultura
Ministério da Fazenda
Ministério da Casa Civil
Ministério das Comunicações
Ministério da Previdência Social
Ministério da Integração Nacional
Ministério da Justiça
Ministério do Planejamento
Ministério dos Transportes
Secretaria de Comunicação Social
Secretaria Geral da Presidência

COORDENADORES DO PLANO:

Deborah Carvalho Malta – CGDANT/ DASIS / SVS/MS
Otaliba Libânio de Moraes Neto – DASIS / SVS/MS
Jarbas Barbosa da Silva – Secretário de Vigilância em Saúde

ELABORAÇÃO DO PLANO:

Deborah Carvalho Malta – CGDANT/DASIS/SVS/MS
Betine Pinto Moehleck Iser – CGDANT/SVS/MS e UFRGS
Eneida Anjos Paiva – CGDANT/SVS/MS
Gulnar Azevedo e Silva – UERJ
Jorge Francisco Kell – CGDANT/SVS/MS
Lenildo de Moura – CGDANT/SVS/MS e UFRGS
Luane Margarete Zanchetta – CGDANT/SVS/MS
Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha – CGDANT/SVS/MS
Lucimar Rodrigues Coser Cannon – Opas
Micheline Gomes Campos da Luz – CGDANT/SVS/MS
Naiane B. F. Oliveira – CGDANT/SVS/MS
Regina Tomie Ivata Bernal – FSP/USP
Renata Tiene de Carvalho Yokota – CGDANT/SVS/MS
Vera Luiza da Costa e Silva – Fiocruz/ENSP
Otaliba Libânio de Moraes Neto – DASIS/SVS/MS

PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL, 2011-2022

APRESENTAÇÃO

Esta publicação contém o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, do Ministério da Saúde (MS). Para construção deste Plano, o MS contou com a colaboração de instituições de ensino e pesquisa, diversos ministérios do governo brasileiro, membros de ONGs da área da saúde, entidades médicas, associações de portadores de doenças crônicas, entre outros. Foram cinco meses de discussões, por meio de reuniões, fóruns e consultas via internet, buscando colher sugestões dos diferentes segmentos da sociedade para construir intervenções que possibilitem o enfrentamento das DCNT no país. O Plano também foi apresentado nas instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), visando à sua consolidação como um compromisso de todos os níveis de gestão.

O Plano visa a preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. No país, essas doenças constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda. Na última década, observou-se uma redução de aproximadamente 20% nas taxas de mortalidade pelas DCNT, o que pode ser atribuído à expansão da Atenção Básica, melhoria da assistência e redução do consumo do tabaco desde os anos 1990, mostrando importante avanço na saúde dos brasileiros.

Como determinantes sociais das DCNT, são apontadas as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, tornando possível sua prevenção.

Como resposta ao desafio das DCNT, o Ministério da Saúde do Brasil tem implementado importantes políticas de enfrentamento dessas doenças, com destaque para a Organização da Vigilância de DCNT, cujo objetivo é conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e agravos e seus fatores de risco, além de apoiar as políticas públicas de promoção à saúde. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem priorizado diversas ações no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool e também é uma

prioridade de governo. O Programa Academia da Saúde, criado em abril de 2011, visa à promoção de atividade física e tem meta de expansão para 4 mil municípios até 2015. Entre as ações de enfrentamento do tabagismo, destacam-se as ações regulatórias, como proibição da propaganda de cigarros, advertências sobre o risco de problemas nos maços do produto e adesão à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em 2006. No campo da alimentação saudável, o incentivo ao aleitamento materno tem sido uma importante iniciativa do MS, ao lado do Guia Alimentar para a População Brasileira, da rotulagem dos alimentos e dos acordos com a indústria para a eliminação das gorduras *trans* e, recentemente, para a redução de sal nos alimentos. Além disso, nos últimos anos, ocorreu uma importante expansão da Atenção Básica em Saúde, que, hoje, cobre cerca de 60% da população brasileira. As equipes atuam em território definido, com população adstrita, realizando ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção e assistência, além de acompanhamento longitudinal dos usuários, o que é fundamental na melhoria da resposta ao tratamento dos usuários com DCNT. Outro destaque refere-se à expansão da atenção farmacêutica e à distribuição gratuita de mais de 15 medicamentos para hipertensão e diabetes (anti-hipertensivos, insulinas, hipoglicemiantes, estatina, entre outros). Em março de 2011, o programa Farmácia Popular/Saúde Não Tem Preço passou a ofertar medicamentos para hipertensão e diabetes e, atualmente, mais de 17.500 farmácias privadas já estão cadastradas para a distribuição gratuita desses medicamentos. Além disso, o governo brasileiro lançou, em 2011, o Programa Brasil sem Miséria, que pretende reduzir a pobreza destacando ações para o enfrentamento de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes.

O objetivo do Plano de Enfrentamento de DCNT é o de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas.

O Plano aborda os quatro principais grupos de doenças (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e define diretrizes e ações em: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral.

Dessa forma, o Brasil está se preparando para a Reunião de Alto Nível da ONU, que ocorrerá em setembro de 2011 em Nova York, e soma-se aos esforços e à mobilização global no enfrentamento das DCNT.

SUMÁRIO EXECUTIVO

1- Introdução

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, define e prioriza as ações e os investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e deter as DCNT nos próximos dez anos.

Para a consecução desse Plano, foram estabelecidas diretrizes que orientarão a definição ou redefinição dos instrumentos operacionais que o implementarão, como ações, estratégias, indicadores, metas, programas, projetos e atividades.

Em sua primeira parte, são apresentadas as informações epidemiológicas do Brasil referentes aos quatro principais grupos de DCNT (**circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes**) e seus fatores de risco em comum modificáveis (**tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade**). A abordagem integrada desses fatores de risco atuará nos quatro principais grupos de DCNT e trará benefícios para as demais DCNT.

Na sequência, são descritas as intervenções consideradas mais custo-efetivas, bem como aquelas compreendidas como as “melhores apostas”, ou seja, ações a serem executadas imediatamente para que produzam resultados acelerados em termos de vidas salvas, doenças prevenidas e custos altos evitados.

2- Contexto

2.1. Reunião de Alto Nível da ONU

A Assembleia-Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 13 de maio de 2010, na Resolução nº 265, decidiu convocar, para setembro de 2011, em Nova York, uma Reunião de Alto Nível sobre DCNT, com a participação dos chefes de Estado. Essa é a terceira vez que a ONU chama uma reunião de alto nível para discutir temas de saúde, o que representa uma janela de oportunidade, significando um ponto crucial para o engajamento dos líderes de Estado e Governo na luta contra as DCNT, bem como para a inserção do tema das DCNT como fundamental para o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial aquelas relativas à redução da pobreza e desigualdade (GENEAU et al., 2011).

2.2. Contexto mundial das DCNT

As DCNT são as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 63% dos óbitos em 2008. Aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda. Um terço dessas mortes ocorre em pessoas com idade inferior a 60 anos. A maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório (DAC), ao câncer, à diabetes e às doenças respiratórias crônicas. As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada.

2.3. DCNT no Brasil

As doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes. As DCNT atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes (SCHMIDT, 2011). Apesar de elevada, observou-se redução de 20% nessa taxa na última década, principalmente em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram nesse mesmo período. A redução das DCNT pode ser, em parte, atribuída à expansão da Atenção Básica, melhoria da assistência e redução do tabagismo nas últimas duas décadas, que passou de 34,8% (1989) para 15,1% (2010).

Fatores de risco no Brasil: os níveis de atividade física no lazer na população adulta são baixos (15%) e apenas 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana. 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana, o que contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, que atingem 48% e 14% dos adultos, respectivamente (BRASIL, 2011).

2.4. Políticas de DCNT no Brasil em destaque

–**Organização da Vigilância de DCNT:** O Brasil vem organizando, nos últimos anos, ações no sentido de estruturar e operacionalizar um sistema de vigilância específico para as doenças crônicas não transmissíveis, de modo a conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção da saúde.

Em 2003, realizou-se o primeiro inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de agravos não transmissíveis, que constituiu a linha de base do país no monitoramento dos principais fatores de risco.

Em 2006, foi implantado o VIGITEL, inquérito por telefone que, com 54 mil entrevistas anuais, investiga a frequência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas e morbidade referida em adultos (≥ 18 anos) residentes em domicílios com linha fixa de telefone nas capitais do Brasil.

Em 2008, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) incluiu, como parte da iniciativa do **Global Adult Tobacco Survey** (GATS), informações sobre morbidade e alguns fatores de risco e, ainda, a Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab).

Em 2009, foi realizada a I Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), inquérito com cerca de 63 mil alunos do 9º ano das escolas públicas e privadas das capitais do Brasil e do Distrito Federal, feito em parceria entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e os Ministério da Saúde e da Educação, que acontecerá a cada três anos.

O monitoramento da morbimortalidade em DCNT, componente essencial para a vigilância, é realizado por meio dos sistemas de informações do SUS e outros.

Outras atividades neste processo são as capacitações das equipes de saúde de estados e municípios, com o estabelecimento de atividades e estratégias de prevenção, promoção e assistência e com a definição de indicadores para monitoramento e de metodologias apropriadas às realidades regionais e locais.

– **Política Nacional de Promoção da Saúde:** Aprovada em 2006, prioriza ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool, inclusive com transferência de recursos a estados e municípios para a implantação dessas ações de uma forma intersetorial e integrada.

– **Atividade Física:** O Ministério da Saúde lançou, em 7 de abril de 2011, o programa **Academia da Saúde**, com o objetivo de promoção da saúde por meio de atividade física, com meta de expansão a 4 mil academias até 2014. Desde 2006, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde apoia e financia programas de atividade física. Somente em 2011, há mais de mil projetos em andamento em todo o país.

– **Tabaco:** O sucesso da política antitabaco é um ponto de grande relevância que reflete no declínio da prevalência das DCNT. Destacam-se as ações regulatórias, como a proibição da propaganda de cigarros, as advertências sobre o risco de problemas nos maços do produto, a adesão à Convenção-Quadro do Controle do Tabaco em 2006, entre outras. Em 2011, foram realizadas consultas públicas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para ampliar as advertências nos maços, o maior controle da propaganda nos pontos de venda e a proibição de aditivos de sabor nos cigarros.

– **Alimentação:** O incentivo ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável tem sido uma importante iniciativa do MS, ao lado de mensagens claras, como o Guia Alimentar para a População Brasileira, e parcerias, como a do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) no programa Bolsa Família. O Brasil também se destaca na regulamentação da rotulagem dos alimentos. Além disso, foram realizados acordos com a indústria para a redução do teor das gorduras *trans* e, recentemente, novos acordos voluntários de metas de redução de sal em 10% ao ano em alimentos industrializados.

– **Expansão da Atenção Básica:** A Atenção Básica em Saúde cobre cerca de 60% da população brasileira. As equipes atuam em território definido, com população adstrita, realizando ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção, assistência, além de acompanhamento longitudinal dos usuários, o que é fundamental na melhoria da resposta ao tratamento dos usuários com DCNT. Foram publicados os *Cadernos da Atenção Básica* e guias para o controle de hipertensão arterial, diabetes, obesidade, doenças do aparelho circulatório, entre outros.

– **Distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes:** Expansão da atenção farmacêutica e da distribuição gratuita de 11 medicamentos para hipertensão e diabetes. Em março de 2011, o programa Farmácia Popular passou a ofertar medicamentos gratuitos para hipertensão e diabetes em mais de 17.500 farmácias privadas credenciadas. Essa medida ampliou o acesso e foram atendidos, até julho de 2011, 2,1 milhões de hipertensos e 788 mil diabéticos, representando um aumento de 194%, comparado com janeiro do mesmo ano.

– **Ampliação de exames preventivos para os cânceres da mama e do colo do útero:** Houve aumento na cobertura de exame preventivo de **câncer de mama** (mamografia) nos últimos dois anos de 46,1% (2003) para 54,2% (2008) em mulheres com idade entre 50 e 69 anos e aumento na cobertura de exame preventivo para **câncer do colo do útero** nos últimos três anos de 73,1% (2003) para 78,4% (2008) entre mulheres com idade entre 25 e 64 anos, segundo a PNAD 2008 (IBGE, 2010). Ainda persistem desigualdades em relação à escolaridade e região, que precisam ser superadas. A realização de mamografia nos últimos dois anos variou de 68,3% (mulheres com até 8 anos de estudo) a 87,9% (mulheres com 12 e mais anos de estudo), segundo o VIGITEL 2010 (BRASIL, 2011).

3 - Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022

O Plano aborda as quatro principais doenças (doenças do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e os fatores de risco (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade).

Objetivo: Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas.

Metas nacionais propostas:

- ✓ reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano;
- ✓ reduzir a prevalência de obesidade em crianças;
- ✓ reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes;
- ✓ deter o crescimento da obesidade em adultos;
- ✓ reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool;
- ✓ aumentar a prevalência de atividade física no lazer;
- ✓ aumentar o consumo de frutas e hortaliças;
- ✓ reduzir o consumo médio de sal;
- ✓ reduzir a prevalência de tabagismo;
- ✓ aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos;
- ✓ aumentar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos;
- ✓ tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer.

Eixos

O Plano fundamenta-se no delineamento de diretrizes e ações em: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral.

a) Vigilância, informação, avaliação e monitoramento

Os três componentes essenciais da vigilância de DCNT são: a) monitoramento dos fatores de risco; b) monitoramento da morbidade e mortalidade específica das doenças; e c) respostas dos sistemas de saúde, que também incluem gestão, políticas, planos, infraestrutura, recursos humanos e acesso a serviços de saúde essenciais, inclusive a medicamentos.

Principais ações:

- I. **Realizar Pesquisa Nacional de Saúde – 2013 (em parceria com o IBGE):** Pesquisar sobre temas como acesso aos serviços e sua utilização; morbidade; fatores de risco e proteção de doenças crônicas; saúde dos idosos, das mulheres e das crianças, bem como fazer medições antropométricas e de pressão arterial e coleta de material biológico.
- II. **Estudos sobre DCNT:** Fazer análises de morbimortalidade e inquéritos com foco em desigualdades em saúde (populações vulneráveis como indígenas e quilombolas), intervenções em saúde e custos de DCNT.
- III. **Portal para o Plano de DCNT:** Criar um portal na internet para monitorar e avaliar a implantação do Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT, bem como desenvolver um sistema de gestão em DCNT.

b) Promoção da saúde

Compreendendo a importância das parcerias para superar os fatores determinantes do processo saúde-doença, foram definidas diferentes ações envolvendo diversos ministérios (Educação, Cidades, Esporte, Desenvolvimento Agrário, Desenvolvimento Social, Meio Ambiente, Agricultura/Embrapa, Trabalho e Planejamento), a Secretaria Especial de Direitos Humanos, a Secretaria de Segurança Pública, órgãos de trânsito e outros, além de organizações não governamentais, empresas e sociedade civil, com o objetivo de viabilizar as intervenções que impactem positivamente na redução dessas doenças e seus fatores de risco, em especial para as populações em situação de vulnerabilidade.

Principais ações:

Atividade física

- I. **Programa Academia da Saúde:** Construção de espaços saudáveis que promovam ações de promoção da saúde e estimulem a atividade física/práticas corporais, o lazer e modos de vida saudáveis em articulação com a Atenção Básica em Saúde.
- II. **Programa Saúde na Escola:** Universalização do acesso ao incentivo material e financeiro do PSE a todos os municípios brasileiros, com o compromisso de ações no âmbito da avaliação nutricional, avaliação antropométrica, detecção precoce de hipertensão arterial, sistêmica, promoção de atividades físicas e corporais, promoção da alimentação saudável e de segurança alimentar no ambiente escolar.
- III. **Praças do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC):** Fortalecimento do componente da construção de praças do PAC 2, no Eixo Comunidade Cidadã, como um equipamento que integra atividades e serviços culturais, práticas esportivas e de lazer, formação e qualificação para o mercado de trabalho, serviços socioassistenciais, políticas de prevenção à violência e de inclusão digital, oferecendo cobertura a todas as faixas etárias.
- IV. **Reformulação de espaços urbanos saudáveis:** Criação do **Programa Nacional de Calçadas Saudáveis** e construção e reativação de ciclovias, parques, praças e pistas de caminhadas.
- V. **Campanhas de comunicação:** Criação de campanhas que incentivem a prática de atividade física e hábitos saudáveis, articulando com grandes eventos, como a Copa do Mundo de Futebol (2014) e as Olimpíadas (2016).

Alimentação saudável

- I. **Escolas:** Promoção de ações de alimentação saudável no Programa Nacional de Alimentação Escolar.
- II. **Aumento da oferta de alimentos saudáveis:** Estabelecimento de parcerias e acordos com a sociedade civil (agricultores familiares, pequenas associações e outros) para o aumento da produção e da oferta de alimentos *in natura*, tendo em vista o acesso à alimentação adequada e saudável. Apoio a iniciativas intersetoriais para o aumento da oferta de alimentos básicos e minimamente processados, no contexto da produção, do abastecimento e do consumo.

- III. **Regulação da composição nutricional de alimentos processados:** Estabelecimento de acordo com o setor produtivo e parceria com a sociedade civil, com vistas à prevenção de DCNT e à promoção da saúde, para a redução do sal e do açúcar nos alimentos.
- IV. **Redução dos preços dos alimentos saudáveis:** Proposição e fomento à adoção de medidas fiscais, tais como redução de impostos, taxas e subsídios, objetivando reduzir os preços dos alimentos saudáveis (frutas, hortaliças), a fim de estimular o seu consumo.
- V. **Plano Intersetorial de Controle e Prevenção da Obesidade:** Implantação do Plano visando à redução da obesidade na infância e na adolescência e à detenção do crescimento da obesidade em adultos.
- VI. **Regulamentação da publicidade de alimentos:** Estabelecimento de regulamentação específica para a publicidade de alimentos, principalmente para crianças.

Tabagismo e álcool

- I. Adequação da legislação nacional que **regula o ato de fumar em recintos coletivos**.
- II. Ampliação das ações de **prevenção** e de **cessação do tabagismo**, com atenção especial aos grupos mais vulneráveis (jovens, mulheres, população de menor renda e escolaridade, indígenas, quilombolas).
- III. Fortalecimento da implementação da **política de preços** e de **aumento de impostos** dos produtos derivados do tabaco e álcool, com o objetivo de reduzir o consumo, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).
- IV. Apoio à intensificação de ações fiscalizatórias em relação à **venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos**.
- V. Fortalecimento, no **Programa Saúde na Escola (PSE)**, das ações educativas voltadas à prevenção e à redução do uso de álcool e do tabaco.
- VI. Apoio a iniciativas locais de legislação específica em relação ao controle de pontos de venda de álcool e **horário noturno de fechamento de bares** e outros pontos correlatos de comércio.

Envelhecimento ativo

- I. Implantação de um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo, favorecendo ações de promoção da saúde, prevenção e atenção integral.
- II. Promoção do envelhecimento ativo e ações de saúde suplementar.
- III. Incentivo aos idosos para a prática da atividade física regular no programa Academia da Saúde.
- IV. Capacitação das equipes de profissionais da Atenção Básica em Saúde para o atendimento, acolhimento e cuidado da pessoa idosa e de pessoas com condições crônicas.
- V. Incentivar a ampliação da autonomia e independência para o autocuidado e o uso racional de medicamentos.
- VI. Criar programas para formação do cuidador de pessoa idosa e de pessoa com condições crônicas na comunidade.

c) Cuidado integral

Serão realizadas ações visando ao fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde e à ampliação de um conjunto de intervenções diversificadas capazes de uma abordagem integral da saúde com vistas à prevenção e ao controle das DCNT.

Principais ações:

- I. **Linha de cuidado de DCNT:** Definir e implementar protocolos e diretrizes clínicas das DCNT com base em evidências de custo-efetividade, vinculando os portadores ao cuidador e à equipe da Atenção Básica, garantindo a referência e contrarreferência para a rede de especialidades e hospitalar, favorecendo a continuidade do cuidado e a integralidade na atenção. Desenvolver sistema de informação de gerenciamento de DCNT.
- II. **Capacitação e telemedicina:** Capacitação das equipes da Atenção Básica em Saúde, expandindo recursos de telemedicina, segunda opinião e cursos a distância, qualificando a resposta às DCNT.
- III. **Medicamentos gratuitos:** Ampliação do acesso gratuito aos medicamentos e insumos estratégicos previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas das DCNT e tabagismo.

IV. Câncer do colo do útero e de mama: Fortalecer as ações de prevenção e qualificação do diagnóstico precoce e tratamento dos cânceres do colo de útero e de mama; garantir acesso ao exame preventivo e à mamografia de rastreamento de qualidade a todas as mulheres nas faixas etárias e periodicidade preconizadas, independentemente de renda, raça/cor, reduzindo desigualdades; garantir tratamento adequado às mulheres com diagnóstico de lesões precursoras; garantir avaliação diagnóstica dos casos de mamografia com resultado anormal; e garantir tratamento adequado aos casos de mulheres com diagnóstico confirmado de câncer de mama ou diagnóstico de lesões benignas.

V. Saúde Toda Hora:

- a. **Atenção às Urgências:** Fortalecimento do cuidado ao portador de DCNT na rede de urgência, integrado entre unidades de promoção, prevenção e atendimento à saúde, com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.
- b. **Atenção Domiciliar:** Ampliação do atendimento a pessoas com dificuldades de locomoção ou que precisem de cuidados regulares, mas não de hospitalização, por meio de um conjunto de ações de Promoção à Saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio com garantia de continuidade de cuidados e integradas às Redes de Atenção à Saúde.
- c. **Linha do Cuidado do Enfarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Encefálico (AVE) na Rede de Atenção às Urgências:** Qualificação e integração de todas as unidades de saúde da Rede de Atenção às Urgências para permitir que os pacientes com IAM e AVE sejam atendidos, diagnosticados e tratados rapidamente, com acesso às terapias estabelecidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, garantindo ao usuário o acesso e o tratamento adequados em tempo hábil.

SUMÁRIO

Lista de Figuras.....	22
Lista de Tabelas.....	25
Lista de Quadros.....	25
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	26
1. Introdução.....	30
1.1. Impactos sobre o desenvolvimento.....	32
1.2. Transição demográfica.....	33
2. Vigilância e Monitoramento de DCNT no Brasil.....	34
2.1. Dados epidemiológicos.....	35
2.1.1. Mortalidade por DCNT.....	36
2.1.2. Morbidade e fatores de risco.....	42
3. Intervenções Efetivas em DCNT.....	57
4. Fundamentos para a Abordagem Integral de DCNT.....	63

5. Destaques no Controle das DCNT no Brasil.....	69
6. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022	76
6.1. Objetivo do Plano.....	77
6.2. Eixos estratégicos.....	77
6.3. Metas nacionais propostas	97
7. Detalhamento do Plano: Eixos, Estratégias e Ações.....	106
7.1. EIXO I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO.....	106
7.2. EIXO II: PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	113
7.3. EIXO III: CUIDADO INTEGRAL	130
8. Referências.....	141
9. Lista de participantes na elaboração do Plano	147
Anexo	
Declaração Brasileira para a Prevenção e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	155

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pirâmides etárias do Brasil de 2000 e 2005 e projeções para 2040 e 2045..	33
Figura 2: Tendências de mortalidade por DCNT de 1996 a 2000 e 2007	36
Figura 3: Taxas de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, por região, em 1996 e 2007	37
Figura 4: Mortalidade para os principais tipos de câncer em homens e mulheres, 1980-2006	38
Figura 5: Taxa de internação hospitalar por doenças crônicas selecionadas, Brasil 2000 a 2009.....	43
Figuras 6a a 6h: Prevalências de fatores de risco e proteção para doenças crônicas no Brasil e regiões, segundo estimativas do VIGITEL, inquérito telefônico entre adultos residentes das capitais brasileiras, 2006 e 2010	46
Figura 6a: Prevalência de fumantes, Brasil e regiões, 2006 e 2010	46
Figura 6b: Prevalência de ex-fumantes, Brasil e regiões, 2006 e 2010	46
Figura 6c: Prevalência de atividade física no tempo livre, Brasil e regiões, 2006 e 2010.....	47
Figura 6d: Prevalência de consumo abusivo de álcool, Brasil e regiões, 2006 e 2010	47
Figura 6e: Prevalência de excesso de peso, Brasil e regiões, 2006 e 2010	48
Figura 6f: Prevalência de obesidade, Brasil e regiões, 2006 e 2010	48
Figura 6g: Prevalência de consumo de carne com gordura, Brasil e regiões, 2006 e 2010.....	49

Figura 6h: Prevalência de consumo regular de frutas e hortaliças, Brasil e regiões, 2006 e 2010.....	49
Figura 7: Prevalência de fatores de risco e proteção para DCNT nas capitais do Brasil, segundo escolaridade, VIGITEL 2010.	50
Figura 8: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos que referiram ter realizado exame mamográfico nos últimos dois anos, Brasil e regiões, PNAD 2008	51
Figura 9: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que referiram ter realizado Papanicolau nos últimos três anos, Brasil e regiões, PNAD 2008.....	52
Figura 10: Prevalência de déficit de peso, excesso de peso e obesidade na população com 20 ou mais anos de idade, por sexo, Brasil – períodos 1974-1975, 1989, 2002-2003 e 2008-2009.....	56
Figura 11: Prevalência de déficit de peso, excesso de peso e obesidade na população com 10 a 19 anos de idade, por sexo, Brasil – períodos 1974-1975, 1989, 2002-2003 e 2008-2009	57
Figura 12: Abordagem integral da linha de cuidado em doenças crônicas	66
Figura 13: Benefícios na atuação sobre fatores ambientais e comportamento saudável ao longo do ciclo de vida.....	67
Figura 14: Fontes de informação para a vigilância de DCNT.....	70
Figura 15: Inquéritos de saúde para vigilância de fatores de risco e proteção para DCNT.....	71
Figuras 16 a 23: Projeção das metas nacionais propostas para o enfrentamento das DCNT e dos fatores de risco....	98

Figura 16: Projeção das taxas de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro DCNT no Brasil, 1991 a 2022	98
Figura 17a: Projeção da obesidade em meninos de 5 a 9 anos, 1975 a 2022	99
Figura 17b: Projeção da obesidade em meninos de 10 a 19 anos, 1975 a 2022	99
Figura 17c: Projeção da obesidade em meninas de 5 a 9 anos, 1975 a 2022	100
Figura 17d: Projeção da obesidade em meninas de 10 a 19 anos, 1975 a 2022	100
Figura 18a: Projeção de excesso de peso ($IMC \geq 25\text{kg/m}^2$) em adultos (≥ 18 anos) nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2006 a 2022	101
Figura 18b: Projeção da obesidade ($IMC \geq 30\text{kg/m}^2$) em adultos (≥ 18 anos) nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2006 a 2022	101
Figura 19: Projeção do consumo nocivo de álcool em adultos (≥ 18 anos) nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2006 a 2022	102
Figura 20: Projeção da atividade física no lazer em adultos (≥ 18 anos) nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2006 a 2022	102
Figura 21: Projeção do consumo recomendado de frutas e hortaliças em adultos nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2006 a 2022	103
Figura 22: Projeção do tabagismo em adultos (≥ 18 anos) nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2006 a 2022	103
Figura 23: Projeção da cobertura da mamografia nos últimos dois anos em mulheres de 50 a 69 anos, Brasil, 2003 a 2022	104

Figura 24: Projeção da cobertura de Papanicolau nos últimos três anos em mulheres de 25 a 64 anos, Brasil, 2003 a 2022.....	104
--	-----

Figura 25: Projeção da estimativa do consumo médio de sal, Brasil, 2003 a 2022	105
---	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Anos potenciais de vida perdidos (APVP) para doenças crônicas selecionadas, em menores de 70 anos, por sexo, Brasil, 2008.....	41
---	----

Tabela 2: Prevalência de fatores de risco selecionados para doenças crônicas segundo estimativas do VIGITEL, inquérito telefônico entre adultos residentes das capitais brasileiras, 2006 e 2010.....	45
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Mensagens-chave.....	68
Quadro 2: Principais ações do Plano de DCNT em Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento.....	81
Quadro 3: Principais ações do Plano de DCNT em Promoção da Saúde	82
Quadro 4: Principais ações do Plano de DCNT em Cuidado Integral.....	86
Quadro 5: Algumas ações do Plano de Enfrentamento das DCNT no Brasil segundo o ciclo vital.....	88
Quadro 6: Ações intersetoriais para a promoção da saúde e prevenção de DCNT	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS – Ácido acetilsalicílico
Abia – Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação
Abima – Associação Brasileira das Indústrias de Massas Alimentícias
ABIP – Associação Brasileira da Indústria de Panificação e Confeitaria
Abitrigo – Associação Brasileira da Indústria de Trigo
ABS – Atenção Básica em Saúde
Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANS – Agência Nacional de Saúde
APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
APVP – Anos Potenciais de Vida Perdidos
Ascom – Assessoria de Comunicação
AVE – Acidente Vascular Encefálico
BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
Caisan – Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional
CDC – Centers for Disease Control and Prevention
CGIAE – Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica
CGMAC – Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade
CGUE – Coordenação Geral de Urgência e Emergência
CID – Classificação Internacional de Doenças
Cies – Centro de Integração de Educação e Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
Conanda – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Condraf – Conselho Nacional de Desenvolvimento Rural Sustentável
CONICQ – Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

Consea – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CQCT – Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
DAC – Doenças do Aparelho Circulatório
DAE – Departamento de Atenção Especializada
DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica
DALYs – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade
DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DASIS – Departamento de Análise de Situação de Saúde
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV – Doença Cardiovascular
DECIT – Departamento de Ciência e Tecnologia
Denatran – Departamento Nacional de Trânsito
DERAC – Departamento de Regulação, Avaliação e Controle
DO – Declaração de Óbito
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSS – Determinantes Sociais de Saúde
Elsa – Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto
Elsi – Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso
Embrapa – Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
EMMA – Estudos de Mortalidade e Morbidade do Acidente Vascular Cerebral
Endef – Estudo Nacional da Despesa Familiar
FR – Fator de Risco
GATS – Global Adult Tobacco Survey
Hiperdia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC – Índice de Massa Corporal

Inan – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INC – Instituto Nacional de Cardiologia
Inca – Instituto Nacional do Câncer
Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MCT – Ministério da Ciência e Tecnologia
MDA – Ministério do Desenvolvimento Agrário
MDM – Metas de Desenvolvimento do Milênio
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
ME – Ministério do Esporte
MEC – Ministério da Educação
MinC – Ministério da Cultura
MPA – Ministério da Pesca e Aquicultura
MPOG – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS – Ministério da Saúde
Nucom/MS – Núcleo de Comunicação do Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
Opas – Organização Pan-Americana da Saúde
PAA – Programa de Aquisição de Alimentos
PAC – Programa de Aceleração do Crescimento
PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PETab – Pesquisa Especial de Tabagismo
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAE – Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PNSN – Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição
POF – Pesquisas de Orçamentos Familiares
pp – Ponto Percentual
PSE – Programa Saúde na Escola
RCBP – Registros de Câncer de Base Populacional
RHC – Registros Hospitalares de Câncer
Samu – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Secom/PR – Secretaria de Comunicação da Presidência da República
SEDH – Secretaria Especial de Direitos Humanos
Seppir – Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SES – Secretaria Estadual de Saúde
Sesai – Secretaria Especial de Saúde Indígena
SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
Siscolo – Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero
Sismama – Sistema de Informação do Câncer de Mama
Sisvan – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
Rename – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
WHO – World Health Organization

PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL, 2011-2022

1. Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza.

Apesar do rápido crescimento das DCNT, seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo-efetivas de promoção de saúde para redução de seus fatores de risco, além de melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno.

Das 57 milhões de mortes no mundo em 2008, 36 milhões, ou 63%, foram em razão das DCNT, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (ALWAN et al., 2010). Cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29% são de pessoas com menos de 60 anos. Nos países de renda alta, apenas 13% são mortes precoces (WHO, 2011).

Como nos outros países, no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis também se constituem como o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda.

Os principais fatores de risco para DCNT são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto (MALTA et al., 2006).

Tabaco: Cerca de 6 milhões de pessoas morrem a cada ano pelo uso do tabaco, tanto por utilização direta quanto por fumo passivo (WHO, 2010a). Até 2020, esse número deve aumentar para 7,5 milhões, contando 10% de todas as mortes (MATHERS; LONCAR, 2006). Estima-se que fumar cause, aproximadamente, 70% dos cânceres de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e cerca de 10% das doenças do aparelho circulatório (WHO, 2009a).

Atividade física insuficiente: Estima-se que 3,2 milhões de pessoas morrem a cada ano devido à inatividade física (WHO, 2009a). Pessoas que são insuficientemente ativas têm entre 20% e 30% de aumento do risco de todas as causas de mortalidade (WHO, 2010b). Atividade física regular reduz o risco de doença circulatória, inclusive hipertensão, diabetes, câncer de mama e de cólon, além de depressão.

Uso nocivo do álcool: 2,3 milhões de pessoas morrem a cada ano pelo consumo nocivo de álcool, correspondendo a 3,8% de todas as mortes do mundo (WHO, 2009b). Mais da metade desses óbitos são causados por DCNT, incluindo câncer, doenças do aparelho circulatório e cirrose hepática. O consumo *per capita* é mais alto em países de alta renda (WHO, 2011).

Alimentação inadequada: Consumo adequado de frutas, legumes e verduras reduz os riscos de doenças do aparelho circulatório, câncer de estômago e câncer colorretal (BAZZANO et al., 2003; RIBOLI; NORAT, 2003). A maioria das populações consome mais sal que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a prevenção de doenças (BROWN et al., 2009). O grande consumo de sal é um importante determinante de hipertensão e risco cardiovascular (WHO, 2010c). A alta ingestão de gorduras saturadas e ácidos graxos *trans* está ligada às doenças cardíacas (HU et al., 1997). A alimentação não saudável, incluindo o consumo de gorduras, está aumentando rapidamente na população de baixa renda (WHO, 2011).

Pressão arterial alta: Estima-se que a pressão arterial alta cause 7,5 milhões de óbitos, ou seja, 12,8% de todas as mortes (WHO, 2009a). Esse é um fator de risco para doenças do aparelho circulatório (WHITWORTH, 2003). A prevalência de pressão alta é semelhante em todos os grupos de renda, contudo, é geralmente menor na população de alta renda (WHO, 2011).

Excesso de peso e obesidade: 2,8 milhões de pessoas morrem a cada ano em decorrência do excesso de peso ou da obesidade (WHO, 2009a). Os riscos de doença cardíaca, acidente vascular encefálico (AVE) e diabetes aumentam consistentemente com o aumento de peso (WHO, 2002). O Índice de Massa Corporal (IMC) elevado também aumenta os riscos de certos tipos de câncer (AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH, 2009). O excesso de peso tem crescido no mundo entre crianças e adolescentes.

Colesterol aumentado: Estima-se que o colesterol elevado cause 2,6 milhões de mortes a cada ano (WHO, 2009a). Ele aumenta o risco de doença cardíaca e AVE (EZZATI et al., 2002; MEYER et al., 2001). O colesterol elevado é mais prevalente em países de alta renda.

1.1. Impactos sobre o desenvolvimento

A epidemia de DCNT afeta mais as pessoas de baixa renda, por estarem mais expostas aos fatores de risco e por terem menor acesso aos serviços de saúde. Além disso, essas doenças criam um círculo vicioso, levando as famílias a maior estado de pobreza (WHO, 2011).

Existe forte evidência que correlaciona os determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, com a prevalência de DCNT e fatores de risco (WHO, 2008). No Brasil, os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuem para o maior risco da população ao desenvolvimento de doenças crônicas. Nesse contexto, grupos étnicos e raciais menos privilegiados, como a população indígena e a população negra, quilombola, têm tido participação desproporcional nesse aumento verificado na carga de doenças crônicas (SCHMIDT et al., 2011).

O tratamento para diabetes, câncer, doenças do aparelho circulatório e doença respiratória crônica pode ser de curso prolongado, onerando os indivíduos, as famílias e os sistemas de saúde. Os gastos familiares com DCNT reduzem a disponibilidade de recursos para necessidades como alimentação, moradia, educação, entre outras. A Organização Mundial da Saúde estima que, a cada ano, 100 milhões de pessoas são empurradas para a pobreza nos países em que se tem de pagar diretamente pelos serviços de saúde (WHO, 2010c).

No Brasil, mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), gratuito e universal, o custo individual de uma doença crônica ainda é bastante alto, em função dos custos agregados, o que contribui para o empobrecimento das famílias.

Além disso, os custos diretos das DCNT para o sistema de saúde representam impacto crescente. No Brasil, as DCNT estão entre as principais causas de internações hospitalares.

Recente análise do Banco Econômico Mundial estima que países como Brasil, China, Índia e Rússia perdem, anualmente, mais de 20 milhões de anos produtivos de vida devido às DCNT (WORLD ECONOMIC FORUM, 2008).

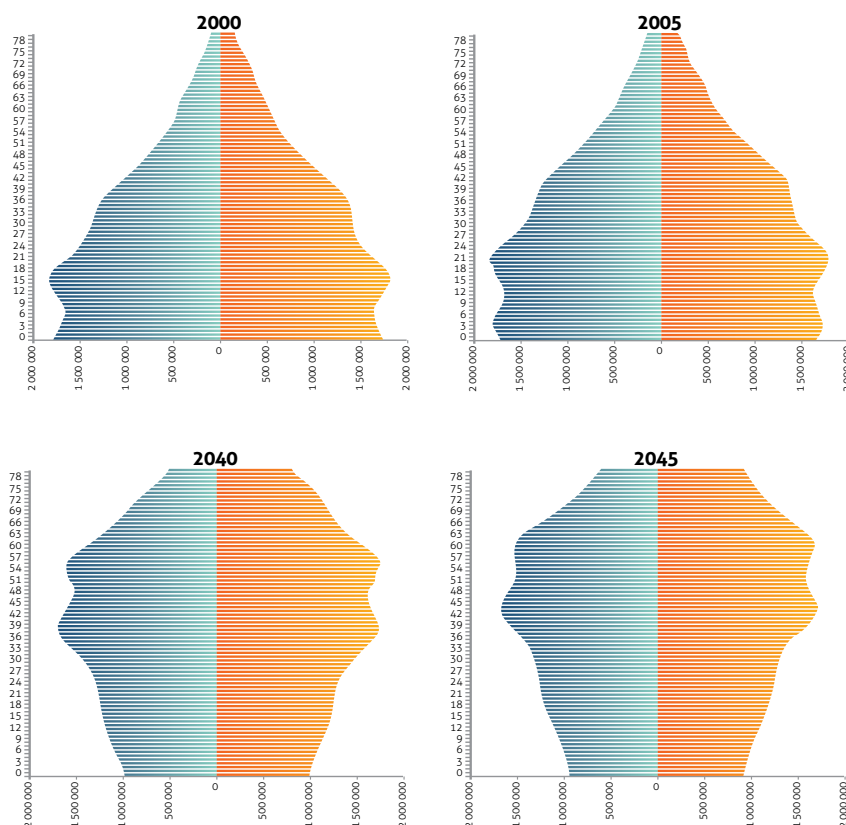
Estimativas para o Brasil sugerem que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes de apenas três DCNT (diabetes, doença do coração e acidente vascular encefálico) levarão a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (ABEGUNDE, 2007).

O impacto socioeconômico das DCNT está afetando o progresso das Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM), que abrangem temas como saúde e determinantes sociais (educação e pobreza). Essas metas têm sido afetadas, na maioria dos países, pelo crescimento da epidemia de DCNT e seus fatores de risco (WHO, 2011).

1.2. Transição demográfica

O Brasil está mudando muito rapidamente a sua estrutura etária, reduzindo a proporção de crianças e jovens e aumentando a proporção de idosos e sua expectativa de vida. Essa mudança se faz de forma acelerada e, em breve, teremos pirâmides etárias semelhantes às dos países europeus (IBGE, 2008). Tais transformações trazem desafios para todos os setores, impondo a necessidade de se repensar a dimensão da oferta de serviços necessários para as próximas décadas. O aumento de idosos na população acarreta aumento da carga de doenças, em especial as DCNT.

Figura 1: Pirâmides etárias do Brasil de 2000 e 2005 e projeções para 2040 e 2045



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 – Revisão 2008.

2. Vigilância e Monitoramento de DCNT no Brasil

Os três componentes essenciais da vigilância de DCNT são: a) monitoramento dos fatores de risco; b) monitoramento da morbidade e mortalidade específica das doenças; e c) respostas dos sistemas de saúde, que também incluem gestão, ou políticas, planos, infraestrutura, recursos humanos e acesso a serviços de saúde essenciais, inclusive a medicamentos (WHO, 2011).

O fortalecimento da vigilância é uma prioridade nacional e global. Há necessidade premente de se investir na melhoria de cobertura e da qualidade dos dados de mortalidade e na condução de pesquisas regulares dos fatores de risco em escala nacional e global.

No Brasil, a vigilância em DCNT reúne o conjunto de ações que possibilitam conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação da prevenção e do controle.

A prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco são fundamentais para evitar um crescimento epidêmico dessas doenças e suas consequências nefastas para a qualidade de vida e o sistema de saúde no país. Para o monitoramento dos fatores comportamentais de risco e proteção, em 2003 foi estruturado o sistema de inquéritos, composto de inquéritos domiciliares, telefônicos e em populações específicas.

O monitoramento da morbimortalidade em DCNT é um componente essencial para a vigilância, bem como para o conhecimento de suas características e tendências. Não existe um sistema que forneça informações primárias sobre a morbidade das DCNT e nem se considera que tenha factibilidade um sistema de registros que permita a obtenção dos casos existentes. Entretanto, o Sistema Único de Saúde dispõe de sistemas que gerenciam diversas modalidades assistenciais que possibilitam a realização de análises do comportamento dessas doenças e agravos na população.

Com o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), é possível obter um conjunto de variáveis, como a causa da internação, os dias de permanência, a evolução da doença, os custos diretos, entre outros, muito importante para a obtenção de indicadores úteis ao monitoramento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e para estudos sobre os custos produzidos para o sistema. Todas as informações obtidas podem ser desagregadas até o nível municipal.

O Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) possui um subsistema denominado Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC/SIA-SUS), que fornece informações relativas às doenças de pacientes que receberam

tratamentos ou fizeram exames considerados de alta complexidade nas áreas de nefrologia, cardiologia, oncologia, ortopedia, oftalmologia e outras. Esse subsistema possui uma base muito consistente que permite análises de morbidade das DANT na população no âmbito ambulatorial.

Outros sistemas de informações úteis para obtenção de dados sobre morbidade são os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) e os Registros Hospitalares de Câncer (RHC). Esses registros permitem a obtenção de estimativas de incidência, sobrevida e mortalidade para diversos tipos de câncer. O Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) permite obter informações sobre o perfil dos portadores de diabetes e hipertensão arterial, e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) configura-se num instrumento de apoio para o diagnóstico da situação nutricional (prevalência de desnutrição e obesidade).

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) coleta informações dos óbitos ocorridos em todo o território nacional a partir do preenchimento da Declaração de Óbito (DO), sendo este o documento de entrada no sistema. Os dados coletados são de grande importância para a vigilância e análise epidemiológica, além de estatísticas de saúde e demográficas. Esse sistema oferece aos gestores de saúde, pesquisadores e entidades da sociedade informações da maior relevância para a definição de prioridades nos programas de prevenção e controle de doenças. Nos últimos anos, tem-se verificado melhorias progressivas na cobertura e qualidade do SIM.

Essas fontes de informações possibilitam o monitoramento continuado da ocorrência das DANT. Os tomadores de decisão têm subsídios para elaboração de políticas públicas de promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência dessas doenças no âmbito do Sistema Único de Saúde.

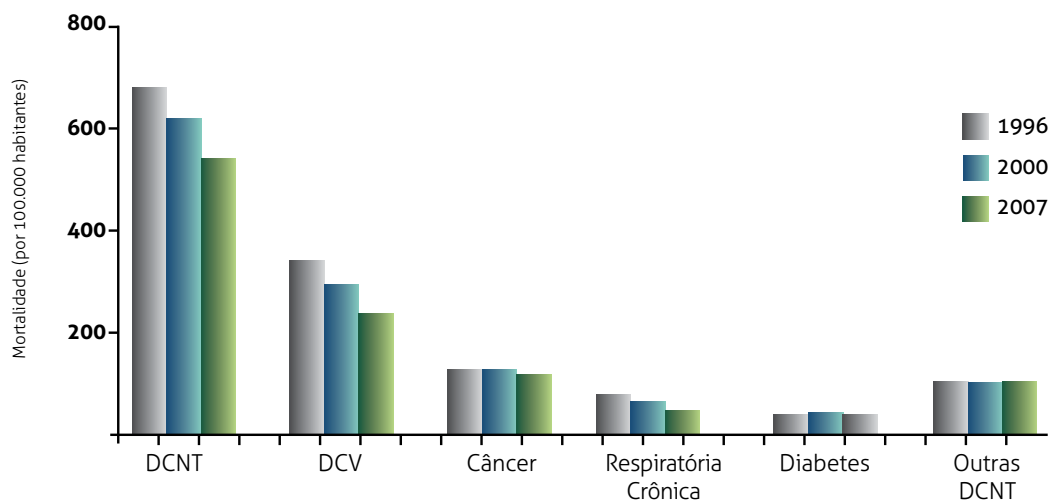
2.1. Dados epidemiológicos

Em 1930, as doenças infecciosas e parasitárias respondiam por 45% das mortes no Brasil. Em 2009, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias foram responsáveis por 48% dos óbitos na população brasileira. Estatísticas de 1998 já demonstravam que as DCNT eram responsáveis por 66% de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs), contrastando com 24% de doenças infecciosas, maternas, perinatais e deficiências nutricionais e 10% de causas externas. Entre as doenças crônicas, tiveram destaque os transtornos neuropsiquiátricos (19%), as doenças do aparelho circulatório (13%), as doenças respiratórias crônicas (8%), os cânceres (6%), as doenças musculoesqueléticas (6%) e diabetes (5%) (SCHRAMM et al., 2004).

2.1.1. Mortalidade por DCNT

Segundo Schmidt et al., (2011), de todas as mortes ocorridas no Brasil em 2007, 58% foram atribuídas às quatro DCNT prioritizadas no Plano de Ação 2008-2013 da OMS (doenças do aparelho circulatório, doenças respiratórias crônicas, diabetes e câncer). Embora a avaliação da mortalidade bruta por DCNT indique um aumento de 5% de 1996 para 2007, de 442 para 463 mortes por 100 mil habitantes, quando essas taxas são padronizadas por idade para a população-padrão da OMS e corrigidas para sub-registro com redistribuição das causas mal definidas de morte, a comparação ao longo do tempo mostra que a mortalidade por DCNT diminuiu em 20% de 1996 para 2007 (Figura 2). Nesse período, a redução foi de 31% para as doenças do aparelho circulatório e de 38% para as respiratórias crônicas (28% doença pulmonar obstrutiva crônica e 34% asma); para o diabetes verificou-se aumento de 2% e, para outras doenças crônicas, diminuição de 2% (SCHMIDT et al., 2011).

Figura 2: Tendências de mortalidade* por DCNT de 1996 a 2000 e 2007

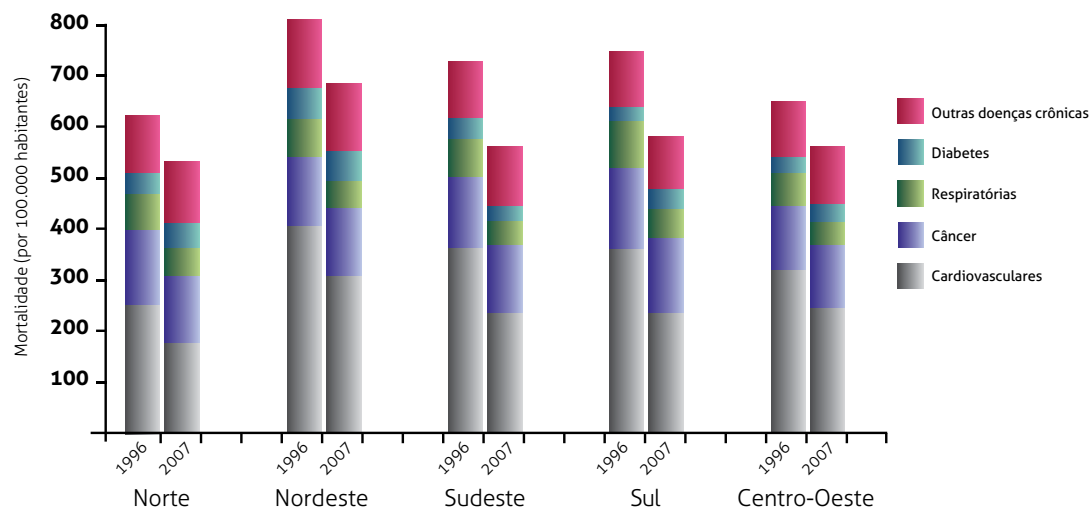


*Taxas padronizadas por idade para a população-padrão da OMS segundo Ahamad et al. (2001), corrigidas para sub-registro, com redistribuição das causas mal definidas de morte, *pro rata*, dentre as causas não externas. DCNT = doenças crônicas não transmissíveis. DCV = doença cardiovascular.

Fonte: Schmidt, M. I. et al., 2011.

Diferenças regionais também foram verificadas. As regiões mais pobres do Brasil, Norte e Nordeste, apresentaram menor declínio na mortalidade por DCNT de 1996 para 2007, permanecendo com as maiores taxas do Brasil (Figura 3). Além disso, verificou-se aumento na mortalidade por diabetes e outras doenças crônicas nessas regiões.

Figura 3: Taxas de mortalidade* por doenças crônicas não transmissíveis, por região, em 1996 e 2007



*Taxas padronizadas por idade para a população-padrão da OMS segundo Ahamad et al., (2001), corrigidas para sub-registro, com redistribuição das causas mal definidas de morte, *pro rata*, dentre as causas não externas.

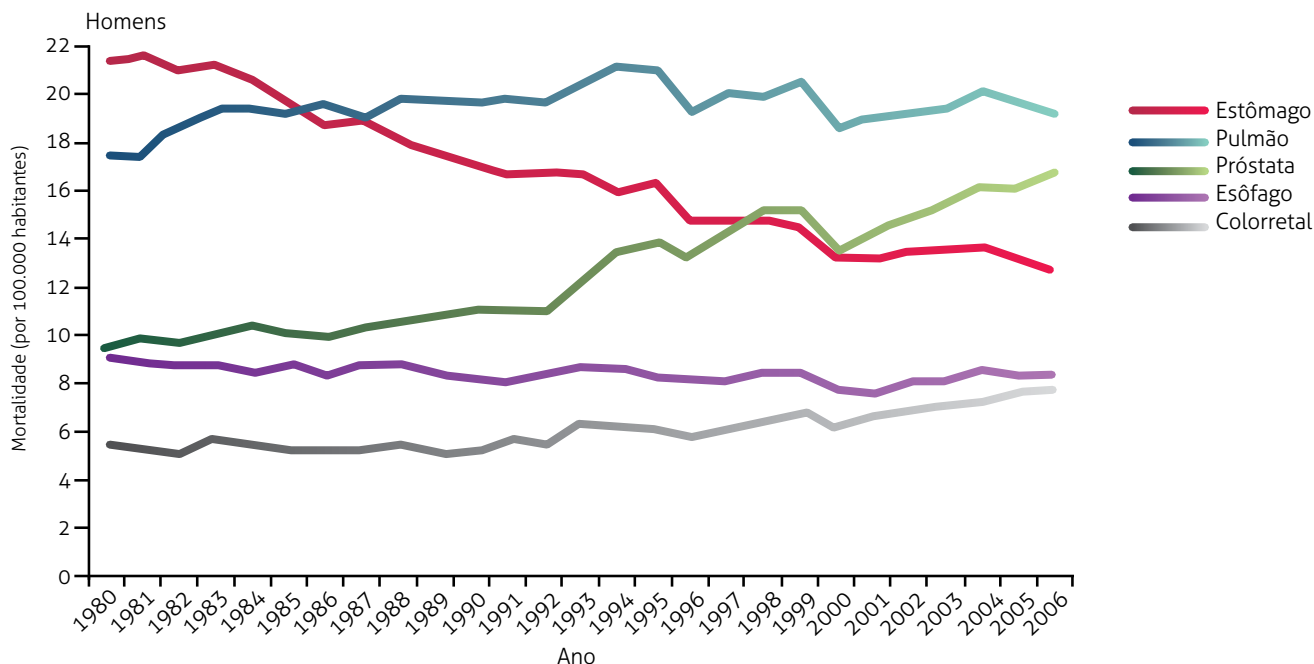
Fonte: Schmidt, M. I. et al., 2011.

O diabetes como causa básica de morte aumentou 11% entre 1996 e 2000 e, em seguida, diminuiu 8% em 2007, resultando em aumento de aproximadamente 2% no período (Figura 2). Contudo, quando analisado o diabetes como causa associada de morte, observou-se um aumento de 8% no período entre 2000 e 2007. Além das taxas crescentes de mortalidade, o diabetes preocupa pelo aumento na sua prevalência estimada em inquéritos e pelo número de atendimentos ambulatoriais e hospitalares provocados pela doença e suas complicações.

Outra doença que merece atenção devido a mudanças nas taxas de mortalidade é o câncer. Análise de tendência da mortalidade entre 1980 e 2006 indica que, entre homens, as taxas ajustadas por idade segundo a população-padrão mundial por câncer de pulmão, próstata e colorretal estão aumentando. Por outro lado, as de câncer de estômago

estão diminuindo e as de câncer de esôfago mantêm-se estáveis. Nas mulheres, as taxas de mortalidade por câncer de mama, pulmão e colorretal aumentaram nesse mesmo período, enquanto as de câncer do colo do útero e do estômago diminuíram (Figura 4). Deve-se ressaltar que a tendência do câncer de pulmão em homens em idades mais jovens até 59 anos é declinante, ao passo que, para homens e mulheres com 60 anos e mais, a tendência é de aumento, o que já pode ser reflexo da diminuição do tabagismo em homens a partir das últimas décadas (MALTA et al., 2007).

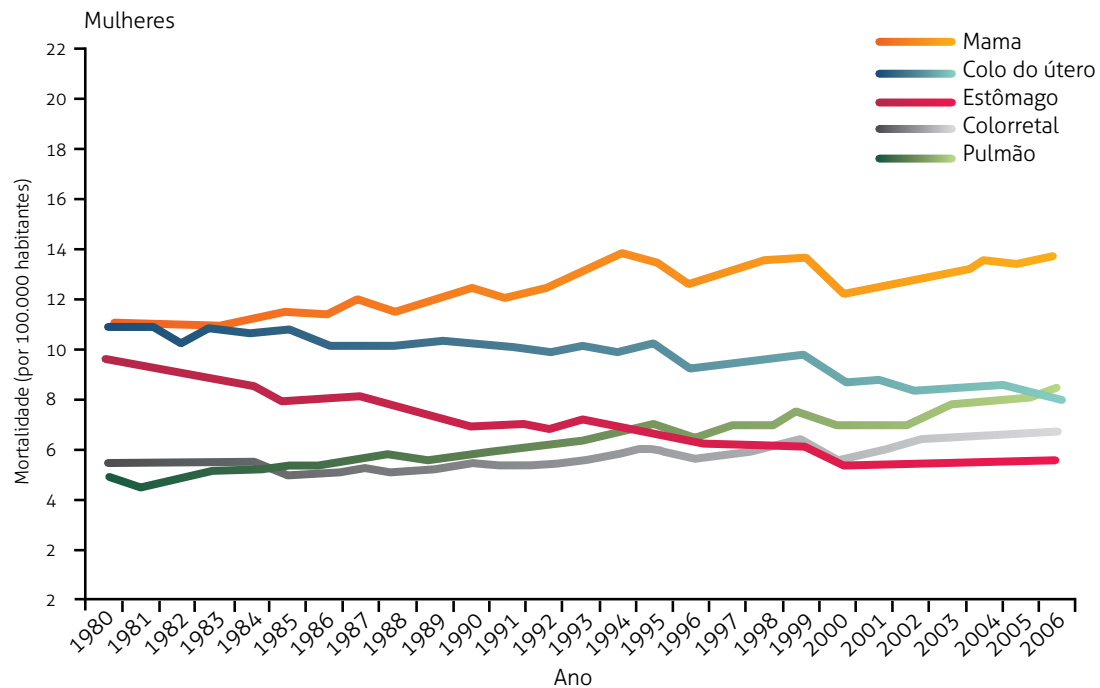
Figura 4: Mortalidade* para os principais tipos de câncer em homens e mulheres, 1980-2006



Taxas padronizadas por idade segundo população-padrão mundial modificada por Doll et al., (1966), com redistribuição das causas mal definidas de morte, *pro rata*, dentre as causas não externas.

*Corrigida com redistribuição proporcional dos óbitos classificados como neoplasia maligna de útero, porção não especificada.

Fonte: Schmidt, M. I. et al., 2011.



Taxas padronizadas por idade segundo população-padrão mundial modificada por Doll et al. (1966), com redistribuição das causas mal definidas de morte, *pro rata*, dentre as causas não externas.

*Corrigida com redistribuição proporcional dos óbitos classificados como neoplasia maligna de útero, porção não especificada.

Fonte: Schmidt, M. I. et al., 2011.

Deve-se ressaltar que a queda da mortalidade por câncer do colo do útero ocorreu principalmente nas capitais brasileiras e nas regiões mais desenvolvidas, em função da ampliação do acesso e da melhoria de qualidade do exame citopatológico do colo do útero. Todavia, a incidência de câncer do colo do útero no Brasil ainda continua uma das mais altas do mundo. Já em relação ao câncer de mama, embora se observe recente aumento nas coberturas autorrelatadas de mamografias (IBGE, 2010a), as taxas de mortalidade são mais elevadas nas regiões Sudeste e Sul, mas mostram ascensão em todas as capitais e demais municípios do país.

Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)

Em 2008, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias foram as principais causas de anos potenciais de vida perdidos em ambos os sexos, considerando-se a expectativa de vida padrão de 70 anos. Os homens apresentaram os maiores índices para a maior parte das doenças, chegando a ser duas vezes maior para a cardiopatia isquêmica. Apenas o câncer colorretal mostrou um índice superior entre as mulheres (Tabela 1).

Tabela 1: Anos potenciais de vida perdidos (APVP) para doenças crônicas selecionadas, em menores de 70 anos, por sexo, Brasil, 2008

		Ambos os sexos		Homens		Mulheres	
Causa	CID-10	APVP	Taxa ¹	APVP	Taxa ¹	APVP	Taxa ¹
Doenças do aparelho circulatório	I00 - I99	1909262	1072,5	1147288	1304,3	761896	845,9
Cardiopatia isquêmica	I20-I25	622566	349,7	421799	479,5	200723	222,9
Doenças cerebrovasculares	I60-I69	537678	302,0	288131	327,6	249532	277,1
Neoplasias malignas	C00-C97	1536289	863,0	764324	868,9	771887	857,0
Câncer cérvico-uterino	C53	n/c*	n/c*	n/c*	n/c*	73686	81,8
Câncer de mama em mulheres	C50	n/c*	n/c*	n/c*	n/c*	144870	160,9
Câncer de traqueia, brônquios e pulmões	C33-C34	140136	78,7	83689	95,1	56446,5	62,7
Câncer de estômago	C16	95682	53,7	59797	68,0	35885	39,8
Câncer de colo e reto	C18-C21	92750	52,1	45559	51,8	92750	103,0
Diabetes	E10-E14	278778	156,6	145513	165,4	133244	147,9
Doenças crônicas vias aéreas inferiores	J40-J47	140668	79,0	78579	89,3	62065	68,9

¹Taxa bruta por 100 mil habitantes < 70 anos. n/c* = não se aplica.
Metodologia de Romeder; McWhinnie (1977).

Fonte: SIM. CGIAE/DASIS/SVS/MS. Dados de 2008.

2.1.2. Morbidade e fatores de risco

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008), no Brasil, 59,5 milhões de pessoas (31,3%) afirmaram apresentar pelo menos uma doença crônica; do total da população, 5,9% declararam ter três ou mais doenças crônicas e esses percentuais aumentaram com a idade (IBGE, 2010a). O número de indivíduos com 65 anos e mais que relataram apresentar pelo menos uma doença crônica chegava a 79,1%. Considerando que o Brasil tem uma das populações que envelhecem mais rapidamente no mundo, a carga de doenças crônicas no país tende a aumentar, exigindo um novo modelo de atenção à saúde para essa população.

Hospitalizações

O Sistema de Informações Hospitalares do SUS permite observar a ocorrência de cerca de 80% das internações hospitalares no país.

Conforme se pode observar na Figura 5, as doenças do aparelho circulatório (DAC) são as principais causas de internações e geram o maior custo nesse componente do sistema de saúde nacional. Em 2007, 12,7% das hospitalizações não relacionadas a gestações e 27,4% das internações de indivíduos de 60 anos ou mais foram causadas por doenças do aparelho circulatório (SCHMIDT et al., 2011). Nos últimos anos (2000-2009), tem ocorrido uma leve queda nas taxas de internação hospitalar por DAC.

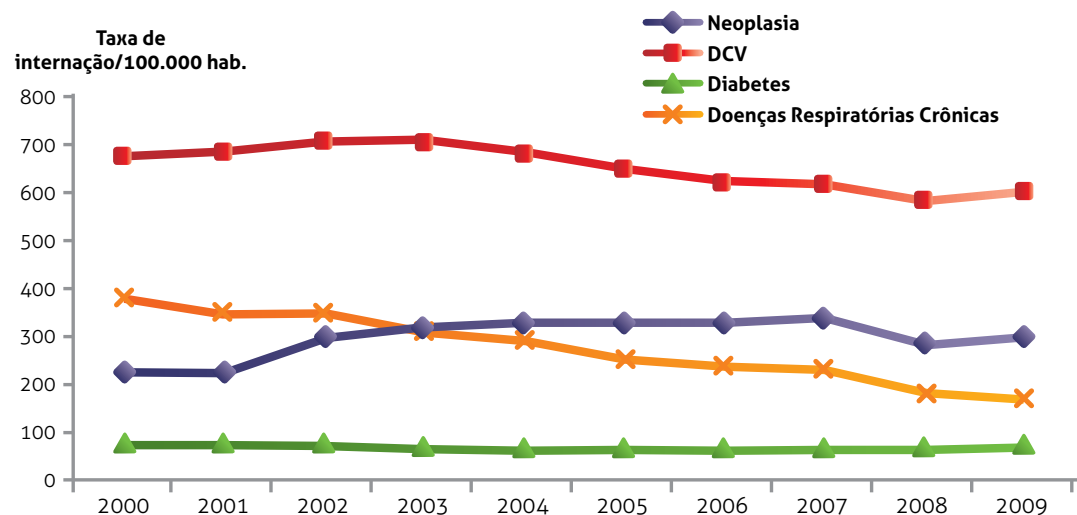
A taxa de internação hospitalar devido às neoplasias tem aumentado no Brasil, passando de 229/100 mil em 2000 para 301/100 mil em 2009 (Figura 5). Os dados provenientes dos Registros de Câncer de Base Populacional indicam incidências de câncer de mama no Brasil semelhantes às verificadas nos países desenvolvidos, e de câncer de esôfago e colo de útero mais altas (SCHMIDT et al., 2011).

A taxa de internação hospitalar por diabetes tem se mantido estável nos últimos anos, na ordem de 65 a 75 internações/100 mil habitantes/ano.

Acompanhando a queda na mortalidade, as hospitalizações por doenças respiratórias crônicas foram as que apresentaram maior redução nos últimos anos, passando de 383 internações/100 mil em 2000 para 177/100 mil em 2009. Entre 2000 e 2007, as hospitalizações de adultos de 20 anos ou mais diminuíram 32% para Doença Pulmonar

Obstrutiva Crônica (DPOC) e 38% para asma (SCHMIDT et al., 2011). Até que ponto essas tendências se devem a melhorias no acesso à atenção à saúde, à diminuição do tabagismo ou a outras causas é uma questão que ainda precisa ser investigada.

Figura 5: Taxa de internação hospitalar por doenças crônicas selecionadas, Brasil, 2000 a 2009



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

DCV = Doença Cardiovascular

Fatores de risco

As quatro doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas) têm quatro fatores de risco em comum (tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e álcool). Em termos de mortes atribuíveis, os grandes fatores de risco globalmente conhecidos são: pressão arterial elevada (responsável por 13% das mortes no mundo), tabagismo (9%), altos níveis de glicose sanguínea (6%), inatividade física (6%) e sobrepeso e obesidade (5%) (WHO, 2009a).

No Brasil, esses fatores de risco são monitorados por meio de diferentes inquéritos de saúde, com destaque para o monitoramento realizado pelo VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico). Análise sobre a tendência de prevalência de alguns desses fatores de risco entre 2006 e 2010 é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2: Prevalência de fatores de risco selecionados para doenças crônicas segundo estimativas do VIGITEL, inquérito telefônico entre adultos residentes das capitais brasileiras, 2006 e 2010

	2006	2010	Diferença
Tabagismo			
Fumante atual	16,2 % (15,4-17,0)	15,1% (14,2-16,0)	-1,1% (0,02)
Ex-fumante	22,1% (21,3-22,9)	22,0% (21,1-22,9)	-0,1% (0,81)
Atividade física			
Atividade física no lazer	14,8% (14,2-15,5)	14,9% (14,1-15,8)	0,1% (0,78)
Alimentação			
Consumo de carnes com gorduras	39,1% (38,8-39,7)	34,2% (33,0-35,3)	-4,9% (<0,001)
Consumo regular de frutas e hortaliças	28,9% (28,6-29,6)	29,9% (28,9-30,9)	1% (0,03)
Consumo de bebidas alcoólicas			
Consumo excessivo nos últimos 30 dias	16,2% (15,5-16,9)	18,0% (17,2-18,9)	1,8% (<0,001)
Excesso de peso			
Excesso de peso	42,8% (41,8-43,8)	48,1% (46,9-49,3)	5,3% (<0,001)
Obesidade	11,4% (10,8-12,0)	15,0% (14,2-15,8)	3,6% (<0,001)

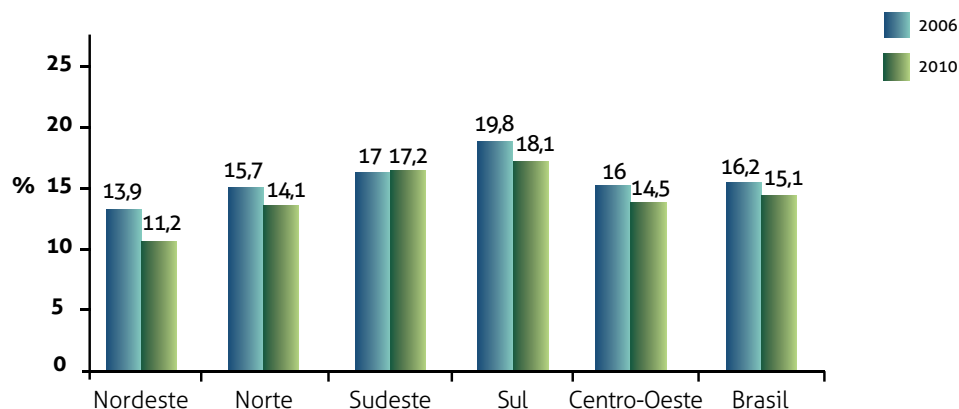
Nota de rodapé: Os dados são % (IC de 95%) ou % (valor de p) – valor de p calculado por regressão de Poisson, que comparou a prevalência de 2006 e 2010.

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 2006-2010. Ministério da Saúde.

Desagregando-se os dados por região, é possível notar que as diferenças mais marcantes são para o consumo de álcool, excesso de peso e obesidade e consumo de carnes com gordura, com padrão semelhante nas diversas regiões do Brasil (Figuras 6 a-h).

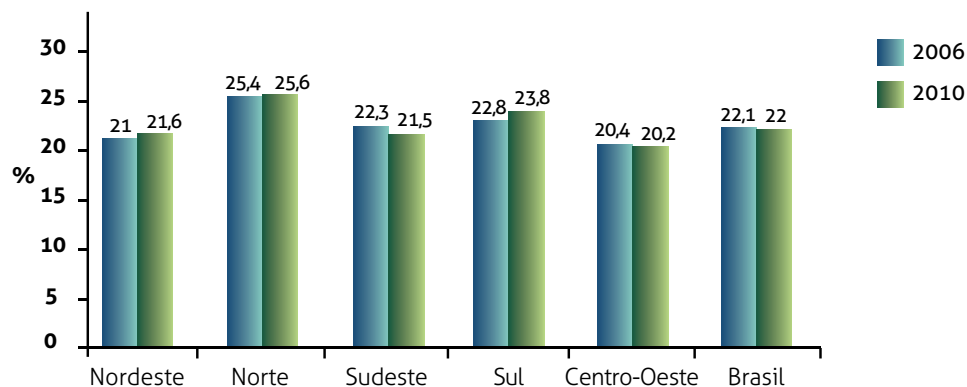
Figuras 6a a 6h: Prevalências de fatores de risco e proteção para doenças crônicas no Brasil e regiões, segundo estimativas do VIGITEL, inquérito telefônico entre adultos residentes das capitais brasileiras, 2006 e 2010

Figura 6a: Prevalência de fumantes^a, Brasil e regiões, 2006 e 2010



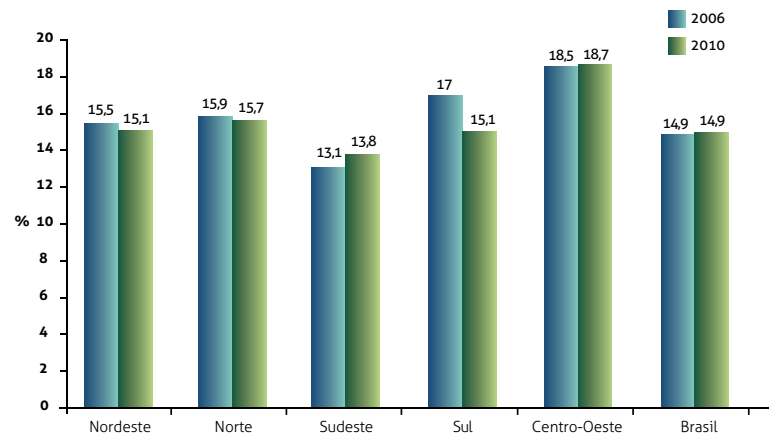
a – Percentual de adultos que referiram fumar, independentemente da frequência e intensidade do hábito.

Figura 6b: Prevalência de ex-fumantes^b, Brasil e regiões, 2006 e 2010



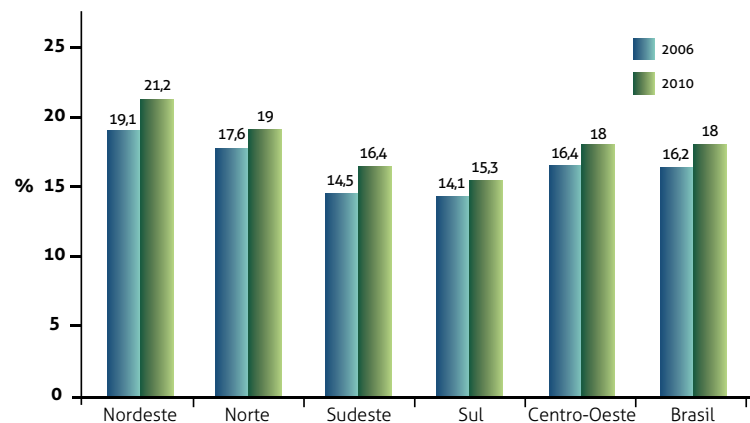
b – Percentual de adultos não fumantes que declararam ter fumado no passado, independentemente do número de cigarros e da duração do hábito.

Figura 6c: Prevalência de atividade física no tempo livre^c, Brasil e regiões, 2006 e 2010



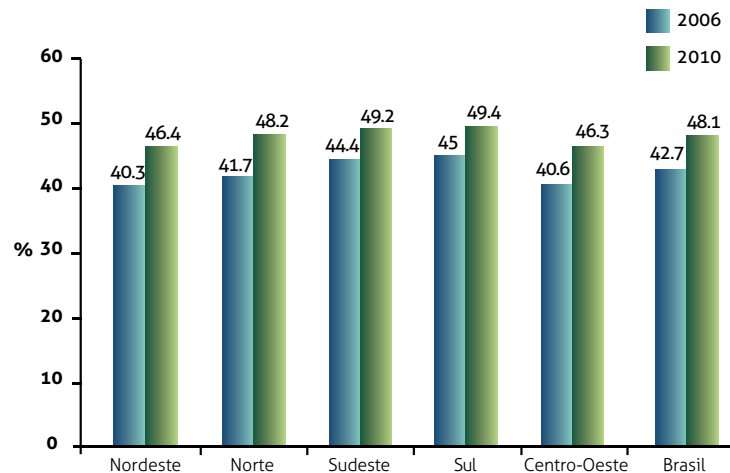
c – Percentual de adultos que realizaram, nos últimos três meses, atividade física leve ou moderada (caminhada, natação) por 30 min./dia, em $\geq$ cinco dias na semana ou atividade física vigorosa (corrida, futebol) por 20 min./dia, em $\geq$ três dias da semana.

Figura 6d: Prevalência de consumo abusivo de álcool^d, Brasil e regiões, 2006 e 2010



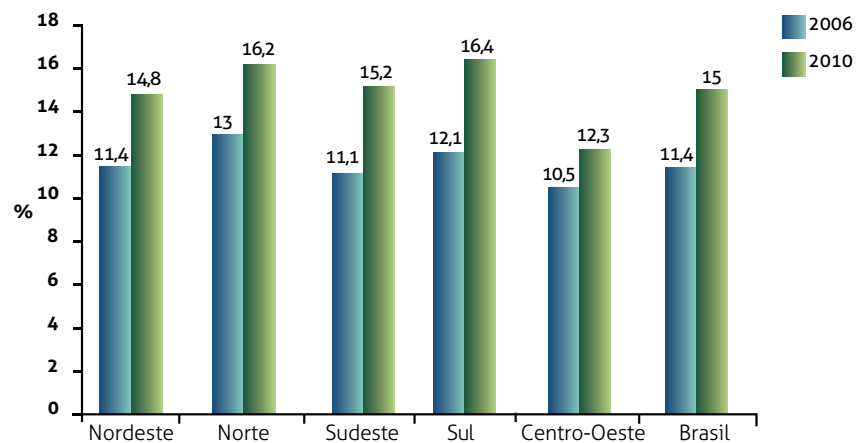
d – Percentual de indivíduos que, nos últimos 30 dias, consumiram quatro ou mais doses (mulher) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião. Considerou-se como dose de bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho.

Figura 6e: Prevalência de excesso de peso^e, Brasil e regiões, 2006 e 2010



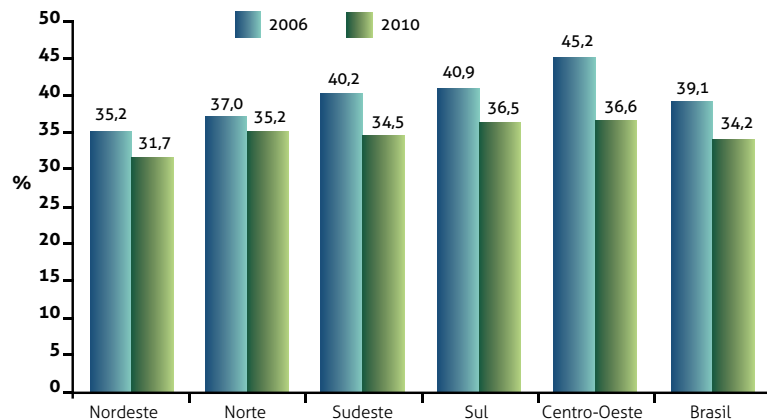
e – Percentual de adultos que, de acordo com peso e altura referidos, apresentaram índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 25 kg/m².

Figura 6f: Prevalência de obesidade^f, Brasil e regiões, 2006 e 2010



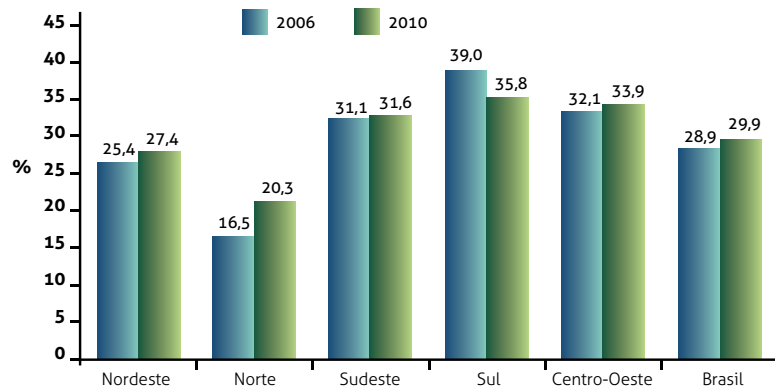
f – Percentual de adultos que, de acordo com peso e altura referidos, apresentaram índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 30 kg/m².

Figura 6g: Prevalência de consumo de carne com gordura^g, Brasil e regiões, 2006 e 2010



g – Percentual de adultos que costumam consumir carnes com excesso de gordura (carne vermelha gordurosa ou frango com pele sem remover a gordura visível do alimento).

Figura 6h: Prevalência de consumo regular de frutas e hortaliças^h, Brasil e regiões, 2006 e 2010



h – Percentual de adultos que costumam consumir frutas e hortaliças cinco dias ou mais da semana.

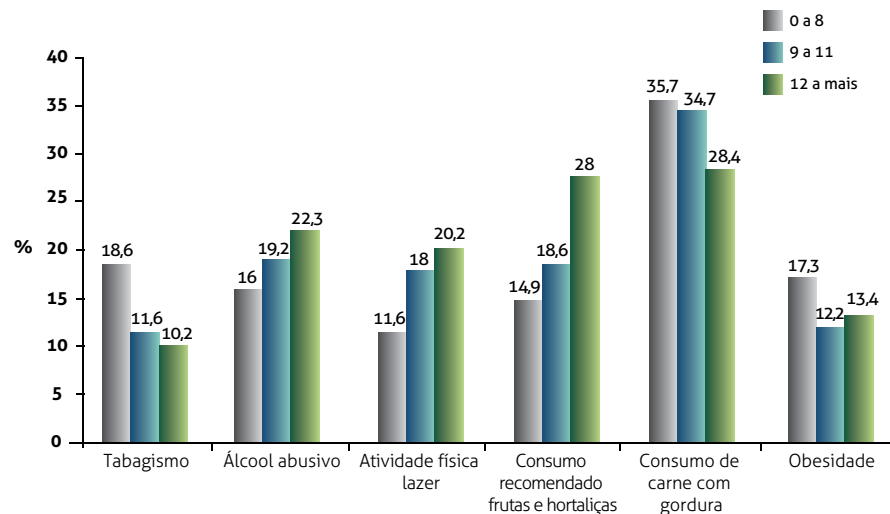
Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 2006-2010. Ministério da Saúde. Percentuais ponderados para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de região no Censo Demográfico de 2000.

Para o tabagismo, a maior redução percentual ocorreu nas regiões Nordeste (2,6%) e Sul (1,7%), enquanto na região Sudeste verificou-se um leve aumento (0,2%). A tendência de atividade física não mostrou um padrão regular, com aumento de 0,7% no Sudeste e redução de 1,9% no Sul. O maior aumento no consumo de álcool foi verificado no Nordeste (2,1%), superando o incremento do Brasil (1,8%).

O maior incremento no excesso de peso foi verificado nas regiões Norte (6,5%) e Nordeste (6,1%), enquanto o aumento da obesidade foi maior nas regiões Sul (4,3%) e Sudeste (4,1%). Embora todas as regiões tenham apresentado queda no consumo de carne com gordura, o aumento no consumo de frutas e hortaliças não foi verificado na mesma intensidade, inclusive com redução de 3,2% na região Sul.

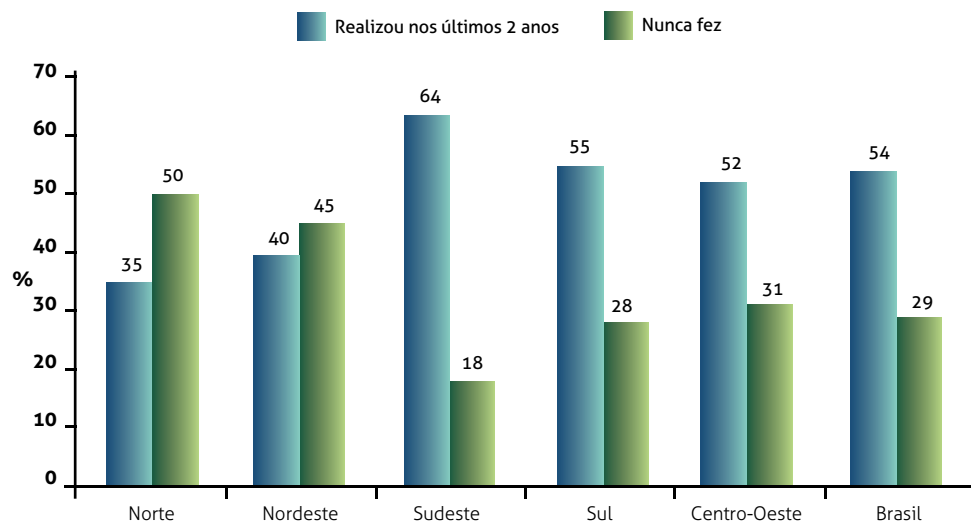
A distribuição de fatores de risco e proteção também pode ser vista no contexto das desigualdades sociais existentes no Brasil pela análise por escolaridade, como demonstrado na Figura 7. Em geral, fatores de risco como tabagismo, consumo de carne com excesso de gordura e obesidade são mais frequentes na população com menor escolaridade, enquanto a atividade física no lazer e o consumo de frutas e hortaliças conforme recomendado pela OMS (cinco porções/dia em cinco ou mais vezes/semana) têm maior prevalência na população com 12 ou mais anos de estudo.

Figura 7: Prevalência de fatores de risco e proteção para DCNT nas capitais do Brasil, segundo escolaridade, VIGITEL 2010



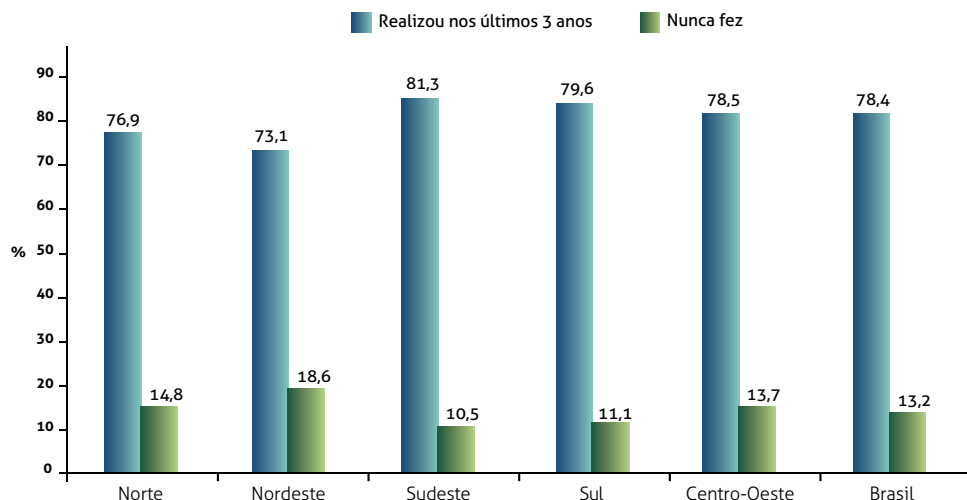
Em relação ao acesso da população feminina a exames preventivos de câncer, observa-se que a cobertura dos exames, especialmente da mamografia, que precisa de tecnologia específica, é mais elevada nas regiões mais ricas do país (Sul e Sudeste). As regiões Nordeste e Norte apresentaram coberturas do exame de Papanicolau abaixo da média nacional (Figuras 8 e 9).

Figura 8: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos que referiram ter realizado exame mamográfico nos últimos dois anos, Brasil e regiões, PNAD 2008



Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Figura 9: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que referiram ter realizado Papanicolau nos últimos três anos, Brasil e regiões, PNAD 2008



Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Tabagismo

O Brasil tem-se destacado como o país que vem reduzindo progressivamente a prevalência de tabagismo nas Américas. Em 1989, a prevalência de fumantes era de 34,8% (Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição – PNSN) (INAN, 1990); em 2003, foi de 22,4% segundo a Pesquisa Mundial de Saúde (WHO, 2004). Os dados mais recentes com representatividade nacional, levantados pela Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab 2008), mostram que a prevalência de fumantes no Brasil é de 17,2% (21,6% em homens e 13,1% em mulheres) (IBGE, 2009). O VIGITEL encontrou, para o conjunto das capitais, uma prevalência de 16,2% em 2006 e 15,1% em 2010 (BRASIL, 2011), com destaque para a redução significativa para o sexo masculino. Entre 2007 e 2010, a frequência de homens fumantes diminuiu, em média, 1,1 ponto percentual (pp) ao ano. No mesmo período, o consumo de 20 cigarros por dia entre homens reduziu, em média, 0,4 pp ao ano. Em 2010, a frequência de fumantes passivos no domicílio foi maior entre as mulheres (13,3% *versus* 9,8%), ao passo que, entre os homens, foi maior a frequência de fumantes passivos no local de trabalho (16,7% *versus* 6,9%).

Entre os adolescentes, os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2009) mostraram que 6,3% dos estudantes do 9º ano (13 a 15 anos de idade) relataram ter fumado nos 30 dias anteriores à entrevista (IBGE, 2009; MALTA et al., 2010).

Atividade física insuficiente

Os padrões de atividade física da população brasileira passaram a ser estudados recentemente. O inquérito telefônico VIGITEL avalia a atividade física em quatro domínios: no tempo livre ou atividades de lazer, no deslocamento para o trabalho ou para a escola, nas atividades de trabalho e nas atividades domésticas, sendo o primeiro mais passível de intervenção. A prática de, no mínimo, trinta minutos de atividade física pelo menos cinco dias por semana, entre os adultos residentes das capitais do Brasil, passou de 14,8% em 2006 para 14,9% em 2010. Os homens, pessoas jovens e de maior escolaridade são os mais ativos. Em 2010, 14,2% dos adultos foram considerados inativos e 28,2% relataram assistir a três ou mais horas de televisão por dia (BRASIL, 2011).

Entre os adolescentes, segundo a PeNSE, 43,1% dos alunos avaliados foram considerados suficientemente ativos (pelo menos 300 minutos de atividade física acumulada nos últimos sete dias), no entanto, 79,5% gastam mais de duas horas por dia em frente à televisão (IBGE, 2009; MALTA et al., 2010).

Alimentação inadequada

Dados obtidos em quatro grandes pesquisas representativas sobre compras de alimentos pelas famílias do Brasil, entre meados da década de 1970 e meados da década de 2000, sugerem uma redução na compra de alimentos tradicionais básicos, como arroz, feijão e hortaliças, e aumentos notáveis na compra de alimentos processados, acarretando aumento no consumo de gorduras saturadas e sódio (LEVY et al., 2009. In: SCHMIDT et al., 2011). Esses dados ratificam as informações disponíveis sobre o consumo de alimentos considerados marcadores de padrões saudáveis e não saudáveis de alimentação disponibilizadas pelos inquéritos nacionais. No VIGITEL 2010, o consumo de frutas e hortaliças e de feijão em cinco ou mais dias da semana foram relatados por 29,9% e 66,7%, respectivamente, da população com 18 anos ou mais. Por outro lado, é alto o percentual de pessoas que consomem gordura na carne (34,2%) e no leite (56,4%) (BRASIL, 2011).

A PeNSE revelou que, em relação à alimentação dos escolares, os dois alimentos marcadores de alimentação saudável mais consumidos, cinco ou mais dias por semana, foram: o feijão (62,6%) e as frutas (31,5%). Entre os alimentos não saudáveis, destacam-se as guloseimas (50,9%), refrigerantes (37,2%) e embutidos (13%) (IBGE, 2009).

Uso nocivo do álcool

No Brasil, o consumo de álcool também é associado às mortes por causas violentas e aos acidentes de trânsito. A mortalidade ajustada por idade causada por transtornos mentais e comportamentais por uso de álcool (CID 10 código F10) subiu 21% em onze anos, de 4,26 por 100 mil pessoas em 1996 para 5,17 por 100 mil pessoas em 2007 (SCHMIDT et al., 2011).

O consumo nocivo de bebidas alcoólicas (quatro ou mais doses para mulheres e cinco ou mais doses para homens em uma única ocasião, nos últimos 30 dias) foi relatado por 18% dos adultos brasileiros no VIGITEL 2010, sendo superior em homens, indivíduos mais jovens e de maior escolaridade. Foi verificado aumento desse percentual de 2006 para 2010, especialmente para as mulheres, em 0,6 pp ao ano (BRASIL, 2011).

A exposição ao álcool tem início precoce: 71% dos estudantes do 9º ano avaliados na PeNSE relataram que já haviam experimentado álcool e 27% haviam consumido bebidas alcoólicas nos trinta dias anteriores. Quase 25% desses alunos disseram que haviam se embriagado pelo menos uma vez na vida (MALTA et al., 2010).

Pressão arterial alta

Dados representativos para adultos do conjunto das capitais brasileiras obtidos no VIGITEL em 2010 estimam que 25,5% (IC 95% 24,3-26,7) das mulheres e 20,7% (19,1-22,2) dos homens com idade ≥ 18 anos e cerca de metade dos homens e mais da metade das mulheres com idade ≥ 55 anos relataram diagnóstico prévio de hipertensão (BRASIL, 2011). Essa prevalência é maior em indivíduos de menor escolaridade (**proxy** de renda). A prevalência autorrelatada tem aumentado aproximadamente 0,5% ao ano. A prevalência ajustada por idade dessa condição em uma população de baixa renda em São Paulo foi de 6,5% (IC 95% 5,5-7,5) em mulheres e 4,6% (IC95% 3,5-5,7) em homens (ABE et al., 2010a).

Colesterol aumentado

No Brasil, 14,1% (IC95% 13,0-15,3) dos homens e 19,3% (IC95% 18,4-20,2) das mulheres com 18 anos ou mais relataram ter tido diagnóstico médico de dislipidemia em 2009, segundo o VIGITEL 2009 (BRASIL, 2010).

O grande desafio: a epidemia de obesidade

No Brasil, é crescente a preocupação com o excesso de peso e a obesidade. A proporção de adultos com excesso de peso tem aumentando de forma progressiva em todos os inquéritos realizados. Em 1974/1975, no Estudo Nacional da Despesa Familiar (Endef) (IBGE, 1974), a prevalência foi de 18,6% nos homens, passando, em 1989, para 29,9%, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) (INAN, 1990), atingindo 41,4% em 2002/2003 e 50,1% em 2008, segundo as Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) (IBGE, 2003; 2010c). Em mulheres, a tendência foi semelhante, atingindo 48% de excesso de peso em 2008 (IBGE, 2010c). A obesidade, por sua vez, passou, em homens, de 2,8% (IBGE, 1974) para 5,4% (INAN, 1990), daí para 9,0% (IBGE, 2004) e para 12,4% (IBGE, 2010c). Entre as mulheres, essa prevalência passou de 2,8% (IBGE, 1974) para 13,5% (IBGE, 2003) e atingiu 16,9% em 2008 (IBGE, 2010c) (Figura 10).

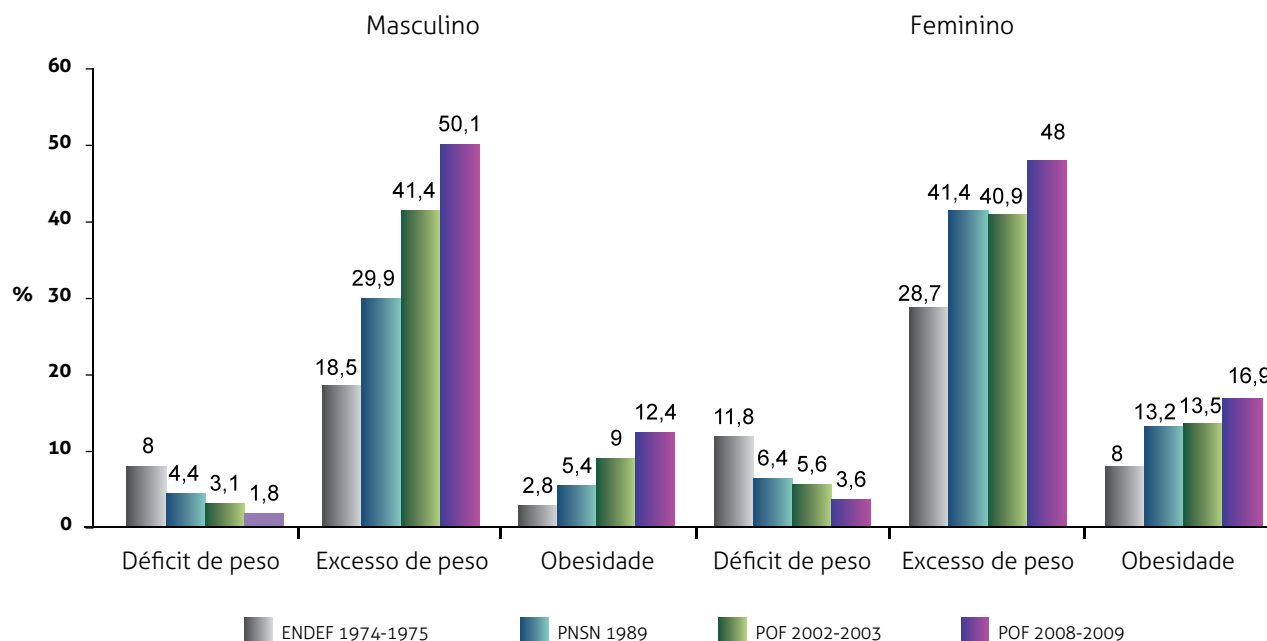
Os dados mais recentes do VIGITEL (2010) são mais alarmantes, indicando uma prevalência de excesso de peso nos adultos das capitais de 48,1% (52,1% em homens e 44,3% em mulheres), enquanto a obesidade passou de 11,4% em 2006 para 15% em 2010. Observou-se que no período 2006-2010 houve um aumento de excesso de peso em 1,2 pp ao ano entre os homens, enquanto, entre as mulheres, esse aumento foi de 2,2 pp ao ano. A frequência de obesidade aumentou, em média, 1 pp ao ano em mulheres no período 2006-2010 (BRASIL, 2011).

O excesso de peso e a obesidade entre jovens e crianças também têm sido preocupantes. A avaliação do estado nutricional de crianças de 5 a 9 anos de idade, estudada pela POF 2008-2009, mostrou que o excesso de peso e a obesidade já atingem 33,5% e 14,3%, respectivamente (IBGE, 2010c).

Na população de 10 a 19 anos, o excesso de peso foi diagnosticado em cerca de um quinto dos adolescentes (Figura 11) e a prevalência de obesidade foi de 5,9% em meninos e 4% em meninas. As maiores frequências de excesso de peso e obesidade em todas as faixas etárias estudadas pela POF 2008-2009 foram nas regiões Sul e Sudeste, para ambos os sexos (IBGE, 2010c).

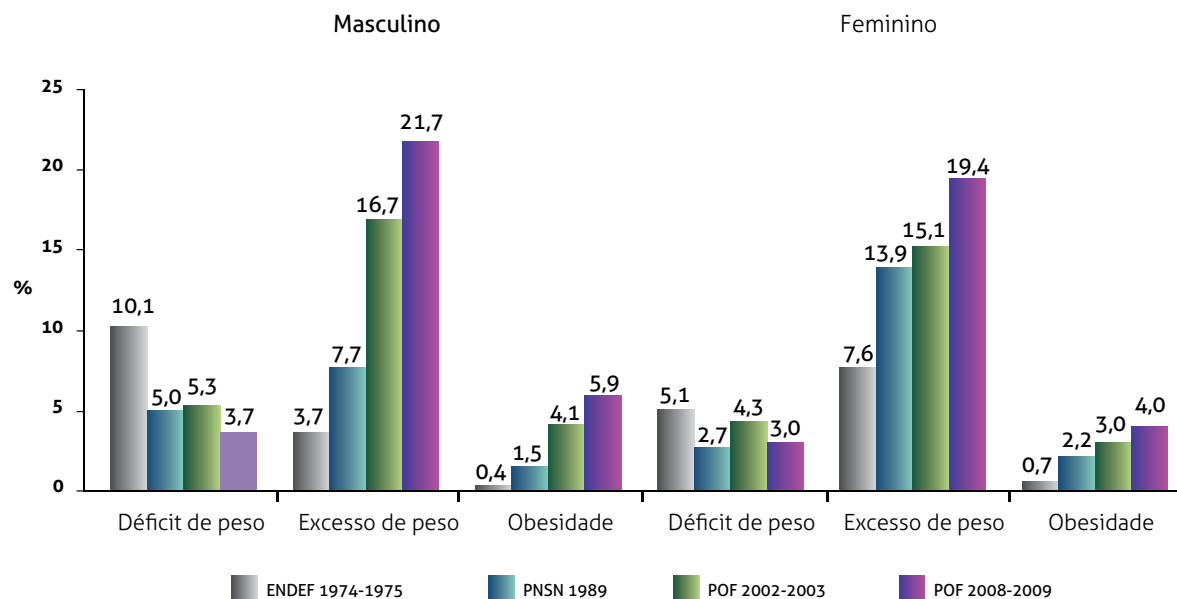
Na PeNSE, foi avaliado o IMC de escolares do 9º ano (13 a 15 anos) das capitais brasileiras em escolas públicas e privadas. O sobrepeso atingiu 16,0% e a prevalência de obesidade foi de 7,2% para o conjunto das capitais. As maiores frequências de escolares com sobrepeso e obesidade foram nas regiões Sul e Sudeste do país, entre os alunos das escolas privadas e entre os meninos (IBGE, 2009).

Figura 10: Prevalência de déficit de peso, excesso de peso e obesidade na população com 20 ou mais anos de idade, por sexo, Brasil – períodos 1974-1975, 1989, 2002-2003 e 2008-2009



Fonte: Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009. IBGE. Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil, 2010.

Figura 11: Prevalência de déficit de peso, excesso de peso e obesidade na população com 10 a 19 anos de idade, por sexo, Brasil – períodos 1974-1975, 1989, 2002-2003 e 2008-2009



Fonte: Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009. IBGE. Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil, 2010.

3. Intervenções Efetivas em DCNT

As intervenções para prevenção e controle de DCNT incluem diversas ações, que têm sido monitoradas e avaliadas por meio de vários estudos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou, recentemente, as intervenções consideradas mais custo-efetivas, sendo algumas delas ainda consideradas as “melhores apostas” (ações que devem ser executadas imediatamente para que produzam resultados acelerados em termos de vidas salvas, doenças prevenidas e custos altos evitados) (WHO, 2011).

As intervenções populacionais consideradas as melhores apostas pela OMS são:

- ✓ aumentar impostos e preços sobre os produtos do tabaco (WHO, 2010; IARC, *in press*);
- ✓ proteger as pessoas da fumaça do cigarro e proibir que se fume em lugares públicos (WHO, 2007; IARC, 2009);
- ✓ advertir sobre os perigos do consumo de tabaco (ITC, 2010);
- ✓ fazer cumprir a proibição da propaganda, do patrocínio e da promoção de tabaco (JAMISON et al., 2006);
- ✓ restringir a venda de álcool no varejo (ANDERSON et al., 2009);
- ✓ reduzir a ingestão de sal e do conteúdo de sal nos alimentos (ASARIA et al., 2007; Murray et al., 2003);
- ✓ substituir gorduras *trans* em alimentos por gorduras poli-insaturadas (WILLETT et al., 2006);
- ✓ promover o esclarecimento do público sobre alimentação e atividade física, inclusive pela mídia de massa (CECCHINI et al., 2010).

Além das “melhores apostas”, existem muitas outras intervenções de base populacional custo-efetivas e de baixo custo que podem reduzir o risco para DCNT. Estas incluem:

- ✓ tratamento da dependência da nicotina (WHO, 2011b);
- ✓ promoção da amamentação adequada e alimentação complementar (WHO, 2003);
- ✓ aplicação das leis do álcool e direção (WHO, 2010e);
- ✓ restrições sobre o *marketing* de alimentos e bebidas com muito sal, gorduras e açúcar, especialmente para crianças (CECCHINI et al., 2010; WHO, 2010f);
- ✓ impostos sobre alimentos e subsídios para alimentação saudável (LYNGBY, 2007).

Existe também grande evidência, mesmo que as pesquisas, até o momento, não tenham aferido resultados que sejam custo-efetivos, para as seguintes intervenções:

- ✓ ambientes de nutrição saudável nas escolas;
- ✓ informação nutricional e aconselhamento em atenção à saúde (WHO, 2004);

- ✓ diretrizes nacionais em atividade física;
- ✓ programas de atividade física para crianças com base na escola;
- ✓ programas de atividade física e alimentação saudável nos locais de trabalho;
- ✓ programas comunitários de atividade física e alimentação saudável;
- ✓ construção de ambientes que promovam atividade física (WHO, 2009c).

Há, ainda, intervenções populacionais que focalizam a prevenção do câncer e são efetivas na redução da carga dessa doença. São exemplos a vacinação contra a Hepatite B (WHO, 2007b), maior causa do câncer de fígado no mundo; a proteção contra fatores de risco ambientais ou ocupacionais, como amianto e contaminantes na água potável; e a triagem de câncer de mama e cervical (IARC 2002; 2005).

Intervenções voltadas para o cuidado da saúde de grupos específicos

Além das ações populacionais, são consideradas efetivas as intervenções para indivíduos portadores de DCNT ou que estão em grande risco de desenvolver essas doenças. Tais intervenções podem ser altamente efetivas ou de baixo custo, sendo, geralmente, custo-efetivas. Quando em conjunto, intervenções populacionais e individuais podem salvar milhões de vidas e reduzir consideravelmente o sofrimento humano por DCNT (WHO, 2000; 2002).

O tratamento de câncer em combinação com a detecção precoce (rastreamento + diagnóstico precoce) tem melhorado as taxas de sobrevivência para vários tipos de câncer em países de alta renda, enquanto em países de baixa e média renda essas taxas permanecem muito baixas (SANKARANARAYANAN et al., 2010).

Indivíduos de alto risco e aqueles com doenças do aparelho circulatório podem ser tratados com regime de medicamentos genéricos de baixo custo, o que reduz significativamente a probabilidade de morte ou evento vascular.

O uso de ácido acetilsalicílico (AAS), estatinas e anti-hipertensivos pode reduzir de forma importante o aparecimento de eventos vasculares em pessoas com alto risco cardiovascular e é considerado a “melhor aposta” (LIM et al., 2007). Quando junto a outras medidas preventivas, como a cessação do tabagismo, benefícios terapêuticos são potencializados (YUSUF, 2002). Outra “melhor aposta” é a administração de aspirina em pessoas que desenvolvem infarto do miocárdio (JAMISON et al., 2006; ISIS-1, 1986).

No Brasil, o programa de assistência farmacêutica definiu uma lista de medicamentos básicos e a dispensação é realizada nas unidades de saúde do SUS, já há alguns anos. Essa lista tem sido sempre atualizada, segundo os protocolos do Ministério da Saúde. O MS repassa recursos financeiros para a compra de medicamentos de acordo com o número de habitantes/ano dos municípios, que é complementado com recursos estaduais e municipais. Em 2004, o Ministério da Saúde criou o programa Farmácia Popular, em unidades próprias, que aumentou o acesso da população a um conjunto de medicamentos com preços reduzidos. Em 2006, esse programa foi ampliado por meio de convênios com a rede privada chamado "Aqui Tem Farmácia Popular". Em 2011, com a campanha "Saúde Não Tem Preço", medicamentos anti-hipertensivos e para diabetes passaram a ser amplamente disponibilizados sem custo, além de fármacos para outras doenças crônicas, como asma, rinite, mal de Parkinson, osteoporose e glaucoma, com descontos de até 90% em cerca de 17.500 farmácias privadas credenciadas no país. Em abril, essa medida foi responsável por distribuir mais de 3,7 milhões de tratamentos, aumentando em 70% o acesso de portadores a essas farmácias. Espera-se que essa medida impacte de forma positiva no acesso aos medicamentos para DCNT.

Doenças do aparelho circulatório: Essas doenças constituem a principal causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo, destacando-se os acidentes vasculares encefálicos, as doenças coronarianas e a hipertensão arterial sistêmica. O Plano de Enfrentamento das DCNT apresenta diversas ações que visam à promoção da saúde, à prevenção e ao controle dessas doenças. A **hipertensão arterial sistêmica** apresenta alta prevalência no Brasil e no mundo, e o seu custo social é extremamente elevado. A hipertensão é importante fator de risco, sendo a causa mais frequente das demais doenças do aparelho circulatório. Além disso, a hipertensão está, ainda, associada às demais doenças e condições crônicas, tais como doença renal crônica, diabetes, entre outras. Essas evidências lhe conferem magnitude, em razão do agravamento das condições de saúde do indivíduo, concorrendo para a perda da qualidade de vida, para a letalidade precoce, para os altos custos sociais e do sistema de saúde. O manejo adequado da hipertensão arterial, de caráter prioritário, requer ações articuladas nos três eixos em que está desenhado o presente Plano: a vigilância da hipertensão, das comorbidades e de seus determinantes; a integralidade do cuidado; e a promoção da saúde. O investimento em educação e a mobilização social potencializam e qualificam o autocuidado e a construção de hábitos saudáveis.

Câncer: Existem intervenções custo-efetivas em todas as abordagens de prevenção e controle de câncer: prevenção primária, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos (WHO, 2002b). O diagnóstico precoce, estimulado por políticas de alerta para os primeiros sinais e sintomas, pode resultar em melhora da sobrevida, para os cânceres de mama, do colo do útero, de pele, de cavidade oral, colorretal, entre outros, especialmente em regiões onde a detecção do câncer costuma ser tardia. Alguns protocolos de tratamento para várias formas de câncer utilizam medicamentos

genéricos, o que reduz em muito o custo. Cuidados paliativos com base comunitária e domiciliar podem ter sucesso e custo-efetividade (STJERNSWÄRD et al., 2007).

No Brasil, considera-se necessária a disponibilização ampla da detecção rápida de casos sugestivos de câncer potencialmente curáveis, acompanhada de diagnóstico e tratamento, bem como um treinamento das equipes de atenção básica para fornecer cuidados paliativos a portadores em estágios terminais da doença (SCHMIDT et al., 2011).

Com relação à detecção precoce, destaca-se a política de rastreamento do câncer de colo do útero com base no exame de Papanicolau, que ampliou a oferta desse exame a partir de 1998 na rede de serviços do SUS, e a recomendação do Ministério da Saúde, desde 2004, de realização do rastreamento de câncer de mama, baseada em exame clínico anual após os 40 anos de idade e em mamografia, a cada dois anos, entre os 50 e 69 anos de idade. Sem dúvida, houve aumento da cobertura do preventivo ginecológico nos últimos três anos, o qual, avaliado a partir de dados referidos em inquéritos nacionais (PNAD), passou de 73,1%% em 2003 para 78,4% em 2008 na faixa etária preconizada. Da mesma forma, a cobertura informada de mamografia nos últimos dois anos aumentou de 46,1% em 2003 para 54,2% em 2008 (IBGE, 2003; 2010a). No entanto, ainda são grandes as desigualdades de acesso nas diversas regiões do país. Torna-se, assim, fundamental garantir que as mulheres de áreas de maior risco e residentes em áreas mais carentes socioeconomicamente tenham acesso a esses exames e que se assegure o seguimento das mulheres detectadas com exames alterados.

Diabetes: O controle da glicemia, da pressão arterial e os cuidados com os pés são intervenções plausíveis e custo-efetivas para as pessoas com diabetes (LI et al., 2010; WHO, 2010g). De acordo com a OMS, ao menos três intervenções para a prevenção e gestão do diabetes demonstram reduzir custos e melhoram a saúde.

O Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus, programa de rastreamento realizado em 2001 no Brasil, levou à detecção e à incorporação ao sistema de saúde de aproximadamente 320 mil pessoas com diabetes. Como resultado, o diagnóstico e o tratamento do diabetes foram aperfeiçoados na Atenção Básica, por meio da implantação de normas orientando o cuidado ao portador de diabetes. Além disso, os medicamentos básicos para controle de hipertensão e diabetes são disponibilizados gratuitamente por meio do programa Farmácia Popular (SCHMIDT et al., 2011).

Doença respiratória crônica: O maior sucesso na prevenção de doença respiratória crônica é o controle do tabagismo, que inclui restrição de propaganda, advertências com fotos ilustrativas nos maços de cigarros, programa gratuito de apoio à cessação do tabagismo e legislação para ambientes livres de cigarro. Outros avanços, como a elevação do preço dos cigarros, são necessários (WHO, 2010g).

No que concerne à assistência farmacêutica, esteroides inalatórios e outros medicamentos para o tratamento das doenças respiratórias crônicas constam da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), como salbutamol, ipratrópio, prednisolona, prednisona, entre outros, além de antibióticos, para o caso de infecção associada, que estão incluídos no componente básico da assistência farmacêutica, sendo disponibilizados nas unidades básicas de saúde do SUS. A aquisição desses medicamentos é realizada pelos municípios mediante repasse financeiro, de acordo com a Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010 (Ministério da Saúde, 2010). Entre as principais doenças respiratórias crônicas, pode-se destacar a asma e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC), que incluem bronquite crônica, bronquiolite obstrutiva e enfisema pulmonar (JARDIM et al., 2004).

A asma atinge todas as faixas etárias, etnias e classes sociais. Aproximadamente 20% de crianças e adultos têm sintomas de asma no Brasil (SEMBAJWE et al., 2010; ASHER et al., 2006). Entre 1998 e 2006, foram registrados, em média, 2.640 óbitos por ano, embora existam opções de tratamento muito eficazes e seguras, que podem prevenir as mortes. Observa-se uma tendência de queda nas taxas de hospitalizações por asma na última década, provavelmente relacionada à ampliação do acesso a tratamento com corticosteroides inalados.

As DPOC constituem a 4ª causa de internação em pessoas com idade superior a 40 anos. De acordo com o estudo PLATINO, realizado em 2003 em cinco centros da América Latina, incluindo o Brasil, a prevalência de DPOC em adultos com idade superior a 40 anos foi 15,8% em São Paulo (JARDIM et al., 2004).

Outras DCNT: Doença renal crônica, doenças reumáticas, doenças mentais são importantes causas de morbimortalidade no país e no mundo. As doenças mentais e reumáticas têm outros fatores de risco na sua determinação, por isso, não estão inseridas neste primeiro esforço global para o enfrentamento das DCNT. Quanto às doenças renais crônicas, elas serão amplamente beneficiadas no manejo da hipertensão arterial, do diabetes, bem como com a redução do consumo de sal.

É importante destacar que a melhora do sistema de saúde, com ênfase na qualidade da Atenção Básica em Saúde com investimentos na educação continuada de recursos humanos, na atenção farmacêutica e em outras áreas estratégicas, resultará em melhora do manejo para o conjunto das DCNT.

Entre as “melhores apostas” e outras intervenções custo-efetivas estão:

- ✓ aconselhamento e terapia multidrogas, incluindo o controle da glicemia para o diabetes para pessoas com mais de 30 anos de idade com um risco de, em 10 anos, sofrer um evento cardiovascular fatal ou não fatal;
- ✓ terapia de ácido acetilsalicílico para infarto agudo do miocárdio;

- ✓ rastreamento para câncer do colo do útero (população-alvo 25 a 64 anos), com garantia do seguimento dos casos alterados e com utilização do método “Ver e Tratar”, sempre que houver indicação clínica;
- ✓ detecção precoce para câncer de mama por meio do rastreamento com exame bienal de mamografia (população-alvo 50-69 anos), seguido de confirmação diagnóstica para mamografias com resultado anormal e tratamento oportuno de 100% dos casos confirmados de câncer de mama;
- ✓ detecção precoce para câncer colorretal e oral;
- ✓ tratamento de asma persistente com inalantes de corticosteroides e agonistas beta-2;
- ✓ financiamento e fortalecimento dos sistemas de saúde para oferecer intervenções individuais custo-efetivas por meio da abordagem da Atenção Básica.

Ampliando a capacidade de intervenção

Intervenções efetivas para DCNT são determinadas, em grande parte, pela capacidade do sistema de saúde. Assim, fortalecer o comprometimento governamental em priorizar os programas de doenças crônicas se torna fundamental para expandir essa capacidade.

Programas e políticas locais e regionais devem ser articulados com o Plano Nacional de DCNT e ofertar cuidados aos indivíduos portadores de doenças crônicas, por meio do Sistema Único de Saúde. O Plano deve, ainda, estar articulado com ações que promovam a melhoria do Sistema de Informações, capacitação dos profissionais de saúde, financiamento adequado, obtenção de medicamentos e tecnologia essencial.

4. Fundamentos para a Abordagem Integral de DCNT

Determinantes Socioambientais da Saúde: O debate sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) iniciou-se nos anos 1970/1980 a partir do entendimento de que as intervenções curativas e orientadas para o risco de adoecer eram insuficientes para a produção da saúde e da qualidade de vida de uma sociedade, tendo-se em vista que muitos fatores sociais também influenciam na saúde dos indivíduos, como as condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem.

A relação estabelecida entre os seres humanos e o meio ambiente ao longo dos tempos tem sido crucial na determinação do impacto causado pelas doenças sobre a sociedade humana. O crescimento rápido das cidades criou uma grande

deterioração ambiental, em termos de condições de vida, saúde e poluição. A má qualidade do ar, por exemplo, é a grande responsável por doenças respiratórias. A maneira como o espaço urbano é organizado pode influenciar tanto positiva quanto negativamente a prática de atividades físicas, de lazer e os meios de locomoção. Entre os fatores determinantes para a prática de atividades físicas estão a criminalidade e a existência e qualidade de calçadas, iluminação pública, segurança no trânsito, transporte público e espaços para a opção de ser ativo. Além disso, a prática de atividade física como meio de locomoção pode contribuir significativamente para a saúde do ambiente com a redução da emissão dos poluentes (WOODCOCK et al., 2007). A poluição e a escassez da água potável, o baixo acesso ao saneamento básico e ao tratamento de resíduos, a contaminação dos solos, a falta de planejamento urbano e os ambientes insalubres de trabalho são, também, determinantes das doenças crônicas (violência, depressão, alcoolismo, doenças respiratórias, câncer). A pobreza, entendida não apenas como falta de acesso a bens materiais, mas também como falta de oportunidades, de opções e de voz perante o Estado e a sociedade, é uma grande vulnerabilidade frente a imprevistos e fatores de risco para doenças crônicas.

Nesse contexto, ações sobre os DSS que diminuam os diferenciais de exposição a riscos, tendo como alvo, por exemplo, grupos que vivem e trabalham em condições insalubres, em ambientes pouco seguros ou expostos a contaminantes ambientais e com deficiências nutricionais, são de suma relevância para enfrentar as DCNT.

Ação Intersetorial: Ações de prevenção e controle de DCNT requerem articulação e suporte de todos os setores do governo, da sociedade civil e do setor privado, com a finalidade de obter sucesso contra a epidemia das DCNT.

Desenvolvimento Sustentável: A epidemia de DCNT tem relevante impacto negativo sobre o desenvolvimento humano e social. A prevenção deveria, por essa razão, ser incluída como prioridade nas iniciativas de desenvolvimento e investimento. O fortalecimento da prevenção e o controle de DCNT devem, também, ser considerados como parte integral dos programas de redução da pobreza e outros programas de assistência ao desenvolvimento.

A Sociedade Civil e o Setor Privado: As instituições e os grupos da sociedade civil são locais distintos para mobilização política e de conscientização e apoio para esforços na prevenção e no controle de DCNT e têm um papel-chave no suporte dos programas. **Advocacy** ainda é necessário para que as doenças crônicas não transmissíveis sejam completamente reconhecidas como prioridade da agenda de desenvolvimento global. As empresas podem fazer contribuições importantes em relação aos desafios da prevenção de DCNT, principalmente quanto à redução dos teores de sal, gorduras saturadas e açúcar dos alimentos. Além disso, um setor que evite a propaganda de alimentação não saudável ou de outros comportamentos prejudiciais ou, ainda, que reformule produtos para proporcionar acesso a opções de alimentos saudáveis estará dando exemplos de abordagens e ações que deveriam ser implementadas por parceiros de todo o setor corporativo. Os governos são responsáveis por estimular as parcerias para a produção de alimentos mais saudáveis, bem como monitorar os acordos estabelecidos entre as partes.

Abordagem Precoce e Abrangente: Os fatores de risco para DCNT estão disseminados na sociedade. Frequentemente, iniciam-se de modo precoce e se estendem ao longo do ciclo vital. Evidência de países onde houve grandes declínios em certas DCNT indica que as intervenções de prevenção e tratamento são necessárias (WHO, 2000; WHO, 2011). Por essa razão, a reversão da epidemia de DCNT exige uma abordagem populacional abrangente, incluindo intervenções preventivas e assistenciais. A mortalidade por AVE, por exemplo, pode ser reduzida com o aumento de medidas preventivas como o controle da hipertensão e o tratamento agudo dos indivíduos que sofrem de acidente vascular encefálico (LOTUFO; BENSEÑOR, 2009).

Evidências: Medidas de prevenção e controle devem estar embasadas em claras evidências de efetividade e custo-efetivas. Intervenções de base populacional devem ser complementadas por intervenções individuais de atenção à saúde.

Vigilância e Monitoramento: A vigilância de DCNT deve ser integrada ao sistema de informações em saúde, adotando indicadores mensuráveis e específicos.

Rede de Serviço: O fortalecimento dos sistemas de atenção à saúde para a abordagem de DCNT inclui o fortalecimento da Atenção Básica, articulando os demais níveis de atenção e as redes de serviços.

Atenção Básica em Saúde: Compreende-se a importância da Atenção Básica na realização de ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção e assistência e acompanhamento longitudinal dos portadores de DCNT, vinculando-se e responsabilizando-se pelos usuários.

Linha de Cuidado de DCNT: Abordagem integral das DCNT, inclui atuação em todos os níveis (promoção, prevenção e cuidado integral), articulando ações da linha do cuidado no campo da macro e da micropolítica. No campo da macropolítica, situam-se ações regulatórias, articulações intersetoriais e organização da rede de serviços; na micropolítica, atuação da equipe na linha do cuidado, vinculação e responsabilização do cuidador e produção da autonomia do usuário (MALTA; MEHRY, 2010).

Modelos de Atenção aos Portadores de Doenças Crônicas: O modelo de cuidado crônico tem componentes no suporte ao autogerenciamento (aconselhamento, educação e informação); ao sistema de saúde (equipes multidisciplinares); à decisão (*guidelines* baseados em evidências, treinamento dos profissionais) e ao sistema de informação clínico (informações do portador). O ponto central desse modelo é a produção de informações entre os serviços, a avaliação de portadores, o autogerenciamento, a otimização das terapias e o seguimento (NOLTE; MCKEE, 2008) (Figura 12).

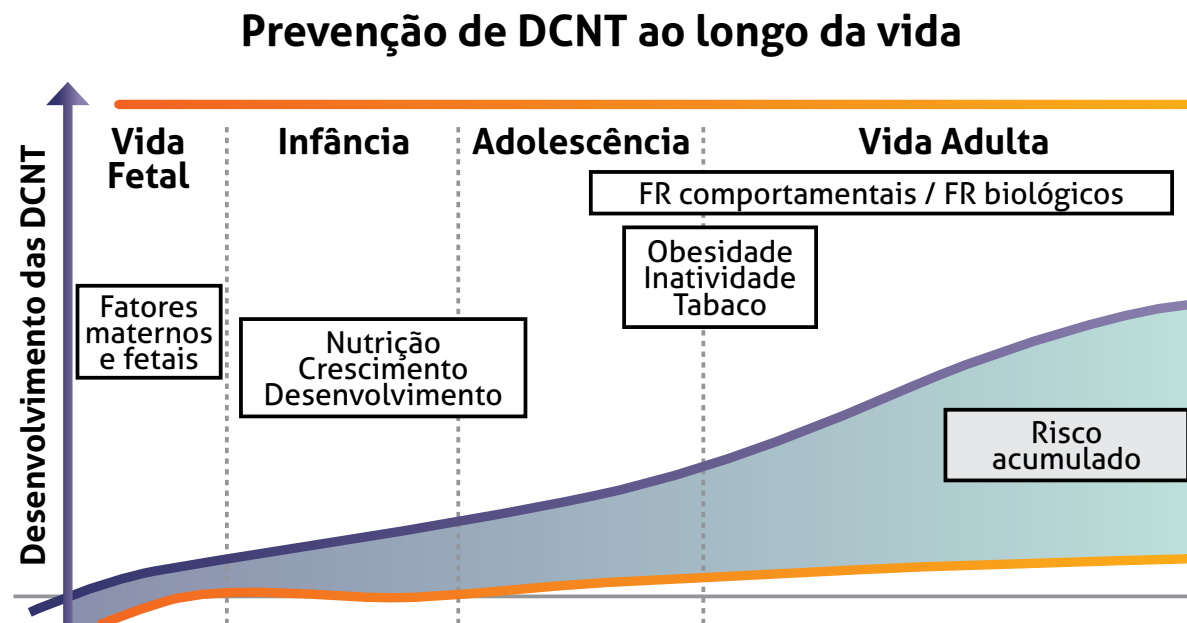
Figura 12: Abordagem integral da linha de cuidado em doenças crônicas



Fonte: Nolte; McKee, 2008 (adaptado).

Atuar em todo o Ciclo Vital: A abordagem de DCNT estende-se por todo o ciclo da vida. As ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT iniciam-se durante a gravidez, promovendo os cuidados pré-natais e a nutrição adequada, passam pelo estímulo ao aleitamento materno, pela proteção à infância e à adolescência quanto à exposição aos fatores de risco (álcool, tabaco) e quanto ao estímulo aos fatores protetores (alimentação saudável, atividade física) e persistem na fase adulta e durante todo o curso da vida (Figura 13).

Figura 13: Benefícios na atuação sobre fatores ambientais e comportamento saudável ao longo do ciclo de vida



Fonte: WHO, 2003.

Quadro 1: Mensagens-chave

As doenças crônicas não transmissíveis são, globalmente, as principais causas de mortalidade. As mais comuns são: circulatórias, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Corresponderam a 63% de todas as mortes no mundo, ou seja, 36 milhões de pessoas, em 2008. No Brasil, as DCNT são responsáveis por 72% dos óbitos.

Doenças não transmissíveis são as que mais matam em todo o mundo atualmente.

A epidemia de DCNT exerce alta carga em termos de sofrimento humano e inflige sério dano ao desenvolvimento social e econômico. As mortes e incapacidades têm crescido, demandando intervenção imediata.

As DCNT são associadas a quatro fatores de risco principais: consumo de tabaco, uso prejudicial de álcool, atividade física insuficiente e alimentação não saudável, o que leva à pressão alta, alto teor de glicose no sangue e excesso de peso.

A carga de DCNT cresce rapidamente e tem sido acelerada pelos efeitos negativos da globalização, da urbanização rápida, da vida sedentária e da alimentação com alto teor calórico, além do **marketing** do tabaco e do álcool.

A prevalência de DCNT e o número de mortes têm expectativa de aumento substancial no futuro, devido ao crescimento e envelhecimento populacional, em conjunto com as transições econômicas e as resultantes mudanças do comportamento e dos fatores de risco ocupacionais e ambientais.

As ações de promoção da saúde são custo-efetivas na prevenção de DCNT. Prevenir o tabagismo e o uso nocivo do álcool e manter hábitos saudáveis, como alimentação saudável e atividade física, reduzem o risco de DCNT.

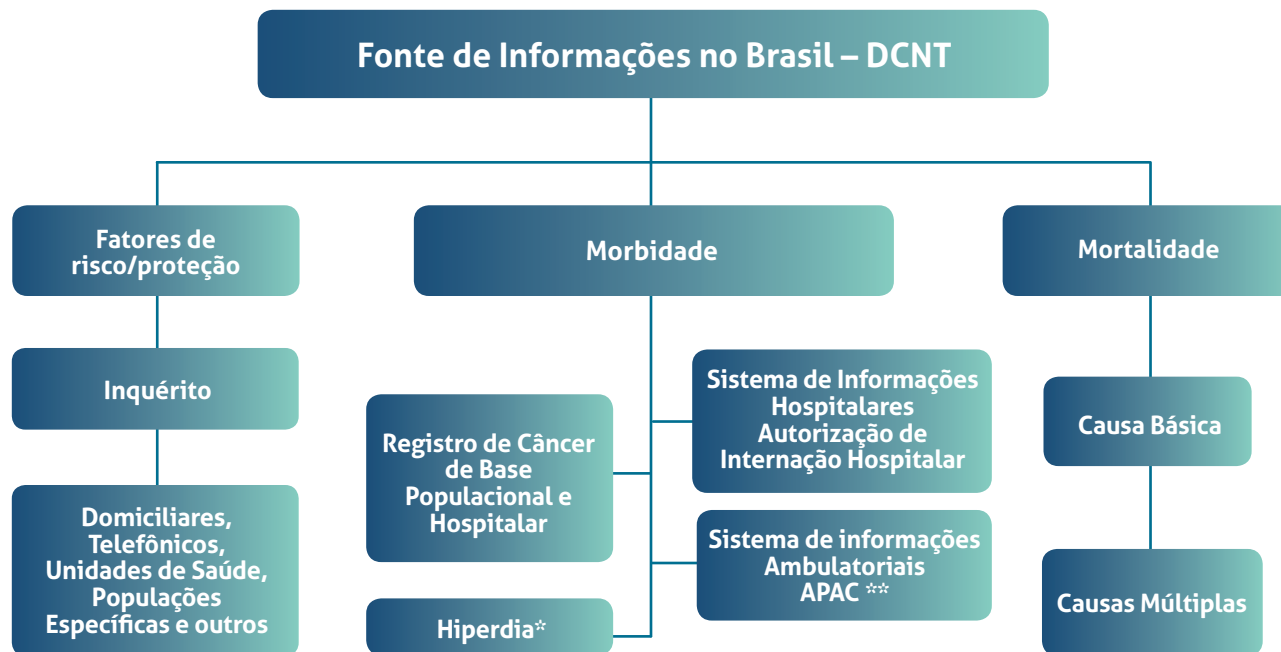
5. Destaques no Controle das DCNT no Brasil

A taxa de mortalidade por DCNT apresentou uma tendência de redução de cerca de 20% entre 1996 e 2007, sendo observadas reduções maiores nas doenças cerebrovasculares, isquêmicas e respiratórias crônicas. Entre as principais causas dessa redução destacam-se a expansão da Atenção Básica, que cobre mais de 60% da população, a melhoria do acesso à atenção e a importante redução da prevalência de tabagismo no Brasil: em 1989, a prevalência de fumantes era de 34,8% (INAN, 1990); em 2010, o VIGITEL observou uma prevalência de 15,1% (BRASIL, 2011).

São reconhecidos os esforços do país na organização da vigilância de DCNT, nas ações de promoção da saúde e na prevenção e no controle dessas doenças. Desse modo, entre as ações implementadas, destacam-se:

Organização da Vigilância de DCNT – O Brasil vem organizando, nos últimos anos, ações no sentido de estruturar e operacionalizar um sistema de vigilância específico para as doenças crônicas não transmissíveis, de modo a conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção da saúde. Como parte do processo, o Brasil delineou um sistema baseado em informações de fatores de risco e morbimortalidade (Figura 14).

Figura 14: Fontes de informação para a vigilância de DCNT



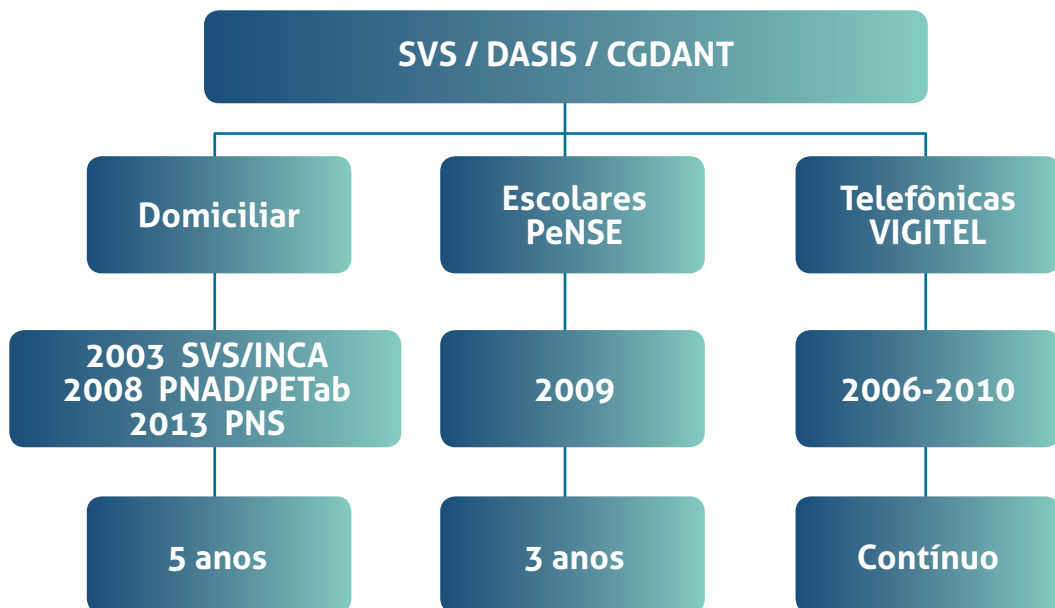
* Hiperdia: Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensão e diabetes.

** APAC: Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade.

Fonte: CGDANT/SVS/MS.

Em 2003, foi estruturado o sistema de inquéritos, composto de inquéritos domiciliares, telefônicos e em populações específicas (Figura 15).

Figura 15: Inquéritos de saúde para vigilância de fatores de risco e proteção para DCNT



PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PETab – Pesquisa Especial de Tabagismo, PNS – Pesquisa Nacional de Saúde e

PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

Fonte: CGDANT/SVS/MS.

O primeiro inquérito domiciliar de fator de risco de DCNT foi realizado em 2003, por meio de parceria envolvendo o Instituto Nacional do Câncer (Inca) e a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS). O inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de agravos não transmissíveis abrangeu 17 capitais brasileiras e o Distrito Federal e constituiu a linha de base do país no monitoramento dos principais fatores de risco. Em 2006, foi implantado o VIGITEL, o qual investiga a frequência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas e morbidade referida em adultos (≥ 18 anos) residentes em domicílios com linha fixa de telefone

nas capitais do Brasil. Foram realizadas pesquisas anuais de 2006 a 2011, sendo 54 mil entrevistas a cada ano. Em 2008, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) incluiu informações sobre morbidade e alguns fatores de risco e, ainda, a Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab), como parte da iniciativa do **Global Adult Tobacco Survey** (GATS). Em 2009, foi realizada a I Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), inquérito com cerca de 63 mil alunos do 9º ano das escolas públicas e privadas das capitais do Brasil e do Distrito Federal, em parceria com o IBGE, Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Planejada para acontecer a cada três anos, a PeNSE monitora a saúde dos adolescentes, coletando dados demográficos e sobre consumo alimentar, atividade física, álcool, tabaco, violência, saúde bucal, sexualidade, entre outros. Em 2013, será realizada a Pesquisa Nacional de Saúde, em parceria com o IBGE, cujo objetivo é gerar informações e conhecimentos sobre o processo saúde-doença e seus determinantes sociais, para formulação de políticas de saúde no Brasil. Serão pesquisados os seguintes temas: acesso a serviços e sua utilização; morbidade e fatores de risco e proteção para DCNT; saúde dos idosos, das mulheres e das crianças, além de medidas bioquímicas e antropométricas. Esses inquéritos permitem o monitoramento dos fatores de risco e proteção na população brasileira.

O sistema de vigilância está sendo estruturado por meio de um processo de capacitação das equipes de estados e municípios, com o estabelecimento de atividades e estratégias de prevenção, promoção e assistência e a definição de indicadores para monitoramento e de metodologias apropriadas às realidades regionais e locais.

Política de Promoção da Saúde – A Política Nacional de Promoção da Saúde foi aprovada em 2006 e visa a promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde, estabelecendo uma agenda de ações prioritárias nos seguintes eixos: alimentação saudável, práticas corporais e atividade física, ambiente sustentável, prevenção de uso de tabaco, álcool e drogas, prevenção de violências e cultura da paz. Foram investidos, nos últimos anos, recursos para fomento de experiências em estados e municípios. Além disso, foram realizadas campanhas nacionais de mobilização para a prática de atividade física e estudos para avaliar a efetividade de programas de promoção das práticas corporais/atividade física dos municípios. Destaca-se, ainda, o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por meio de decreto presidencial e articulado entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação. O PSE desenvolve ações clínicas e de avaliação da saúde dos escolares, tais como pressão arterial e avaliações nutricionais, que diagnosticam precocemente a hipertensão e a obesidade, e ações de promoção da saúde que induzem também ações de alimentação saudável e a prática de atividade física regular.

Programa Academia da Saúde – Esse programa foi criado em abril de 2011 e ancorado em experiências municipais em curso no Brasil que apresentam evidências de efetividade no aumento da frequência de prática da atividade física pela população, como as de Recife, Aracaju, Belo Horizonte e Vitória (SIMÕES, et al., 2009). Tais experiências

buscaram eliminar barreiras estruturais para o acesso às práticas corporais/atividade física, como a inexistência de espaços públicos de lazer, de modo a facilitar a prática de hábitos saudáveis. O Academia da Saúde será implementado em forma de polos, em parceria com municípios, visando a construir espaços físicos dotados de infraestrutura, equipamentos e recursos humanos qualificados para a orientação de práticas corporais/atividade física e de lazer. Serão respeitadas as especificidades regionais e os princípios e diretrizes do SUS, fortalecendo ações locais a fim de promover a saúde da população. O programa traz entre seus objetivos o aumento da atividade física na população beneficiada e a valorização de iniciativas locais no âmbito da cultura, do esporte e do lazer para a promoção da saúde e a qualidade de vida. O Academia da Saúde é uma iniciativa inovadora do atual governo que, certamente, trará novos significados a cada localidade beneficiada, sem perder de vista o principal objetivo: contribuir para a promoção da saúde da população.

Tabaco – O sucesso na política antitabaco é um ponto de grande relevância no declínio da prevalência das DCNT e está relacionado com a estratégia multisetorial do governo brasileiro, envolvendo, sob a liderança do setor saúde, com forte arcabouço regulatório, outros setores, como o econômico, de desenvolvimento agrário, agricultura, educação e trabalho, e com a descentralização das ações e recursos iniciada há mais de 20 anos por meio do SUS. Destacam-se ações regulatórias, como a proibição de propaganda, promoção e patrocínio de cigarros (com exceção dos pontos de venda), vinculação de imagens de advertências nos maços e pacotes de produtos do tabaco, entre outras. A adesão do Brasil à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em 2006, vinculando o país legalmente ao tratado, representa um marco no processo. Em 2011, foram realizadas consultas públicas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para ampliação das advertências em maços, maior controle da propaganda nos pontos de venda e proibição dos aditivos de sabor nos cigarros.

Alimentação – São inúmeros os avanços nesta área, desde o estímulo à Política Nacional de Alimentação Saudável, de 1999, ao aleitamento materno, alimentação complementar saudável e promoção da alimentação saudável nas escolas e nos ambientes de trabalho, que têm crescido no país, passando pelo Guia Alimentar para a população brasileira, pela organização do Sisvan (Sistema de Vigilância Alimentar) e pela rotulagem dos alimentos, até chegar à redução das gorduras *trans*. A parceria com o setor produtivo, com a indústria e com o comércio, envolvendo o Ministério da Saúde, a Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação (Abia), a Associação Brasileira das Indústrias de Massas Alimentícias (Abima), a Associação Brasileira da Indústria de Trigo (Abitrigo) e a Associação Brasileira da Indústria de Panificação e Confeitaria (ABIP), possibilitou estabelecer metas nacionais para a redução do teor de sódio em alimentos processados no Brasil. Essa parceria resultou na assinatura, em 7 de abril de 2011, de um acordo com a indústria para a redução do sal em massas, macarrão instantâneo e pão. Em breve, novos grupos de alimentos serão também incluídos nesse esforço de redução do sódio dos alimentos. A necessidade humana diária de sódio é de cerca de 3g a 5g e a

maior parte dos indivíduos, mesmo crianças, consome níveis além das suas necessidades. O consumo excessivo, maior que 5g diárias, é uma causa importante da hipertensão arterial e de doenças do aparelho circulatório como acidente vascular encefálico, entre outras. Esse acordo significa um avanço para a saúde pública brasileira.

Expansão da Atenção Básica – A Atenção Básica em Saúde (ABS) cobre cerca de 60% da população brasileira. As equipes atuam em território definido, com população adstrita, realizando ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção e assistência e acompanhamento longitudinal dos usuários. As Equipes de Saúde da Família têm utilizado guia para DCNT, além de materiais educativos para prevenção, como apoios aos profissionais de saúde na condução dos casos de doenças crônicas não transmissíveis na comunidade. A estrutura dos programas de Atenção Básica também tem sido utilizada em pesquisas em saúde pública, favorecendo a troca de conhecimentos entre profissionais e pesquisadores acerca do comportamento dessas doenças na população. Um exemplo são os Estudos de Mortalidade e Morbidade do Acidente Vascular Cerebral (EMMA), realizados na cidade de São Paulo (GOULART et al., 2010; ABE et al., 2010b).

Além disso, têm sido implantados cursos de capacitação das equipes de ABS por meio do ensino a distância. Processos como o **Telessaúde** (troca de informações sobre um caso clínico por meio de processos digitais, como uma segunda opinião clínica a distância) estão se estruturando para apoio às equipes de ABS para o cuidado integral em DCNT.

Distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão arterial e diabetes: a experiência do Brasil – A hipertensão arterial e a diabetes constituem a primeira causa de hospitalização no sistema público de saúde do Brasil e estão relacionadas ao desenvolvimento de outras doenças crônicas e complicações. Segundo dados divulgados pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), publicado em 2011, a prevalência de diagnóstico médico prévio de diabetes e hipertensão estimada na população adulta foi 6,3% e 23,3%, respectivamente. Diante da magnitude dessas DCNT no país, o Ministério da Saúde vem adotando várias estratégias e ações para reduzir o ônus dessas doenças na população brasileira, com destaque para as ações na Atenção Básica em Saúde. A distribuição gratuita de medicamentos no Brasil teve início em 1971, com foco na população com reduzido poder aquisitivo. A partir de 1999, o financiamento dos medicamentos para essas doenças passou a ser tripartite (União/estados/municípios). Porém, as ações de programação, aquisição e fornecimento foram descentralizadas aos estados e municípios, embora, entre os anos 2001 e 2005, além do repasse de recursos financeiros aos municípios, o Ministério da Saúde também tenha fornecido medicamentos destinados ao tratamento das DCNT de maior prevalência, tais como hipertensão, diabetes, asma e rinite.

Em 2006, a Lei Federal nº 11.347 garantiu aos portadores inscritos em programas de educação para diabéticos na Atenção Básica a distribuição gratuita de medicamentos para diabetes e de materiais necessários para o monitoramento da glicemia capilar. Em 2007, por meio da Portaria GM nº 3.237, foram definidos os medicamentos gratuitos

disponibilizados aos diabéticos conforme preconizava a Lei. Embora a Portaria definisse o rol de medicamentos, estes já eram disponibilizados aos usuários do SUS, pois são medicamentos que integravam a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), para os quais há financiamento tripartite específico definido desde 1999. A novidade neste contexto foram os insumos para diabetes (seringa com agulha acoplada, lanceta e tiras reagentes), os quais passaram a ter pactuação específica e responsabilidades pelo financiamento estabelecidas entre os municípios e os estados. O valor inicial foi de R\$ 0,30 *per capita*/habitante/ano por ente federativo, sendo ampliado para R\$ 0,50 *per capita*/habitante/ano em 2009. Em 2009, foram pactuados entre as três esferas de governo novos valores mínimos para o financiamento dos medicamentos da Atenção Básica, em que se incluem os medicamentos para hipertensão e diabetes. Ficou estabelecido o repasse de R\$ 5,10/habitante/ano pela União e R\$ 1,86/habitante/ano pelos estados e municípios. Além desse financiamento, o Ministério da Saúde adquire insulina humana NPH e insulina humana regular e as distribui aos estados e municípios.

Em 2004, foi criado o programa Farmácia Popular do Brasil, uma parceria do governo federal com municípios e estados, com o objetivo de ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. Em 2006, essa estratégia foi estendida à rede privada de farmácias e drogarias, recebendo a denominação de Aqui Tem Farmácia Popular. O Ministério da Saúde passou a subsidiar 90% do valor de referência dos medicamentos disponibilizados para o tratamento de hipertensão e diabetes, doenças com maior prevalência na população. Com vistas ao fortalecimento da integralidade do atendimento à saúde, o elenco foi ampliado com medicamentos para o tratamento de asma, rinite, mal de Parkinson, osteoporose, dislipidemia e glaucoma, além de contraceptivos e fraldas geriátricas. O Aqui Tem Farmácia Popular abrange mais de 2,8 mil municípios e atendeu 3,1 milhões de brasileiros nas 17.461 farmácias e drogarias credenciadas no programa Farmácia Popular do Brasil – Aqui Tem Farmácia Popular, no mês de julho de 2011.

Em fevereiro de 2011, o governo brasileiro criou a campanha Saúde Não Tem Preço, com o objetivo de ampliar o acesso a medicamentos para indivíduos diabéticos e hipertensos. Nessa campanha, as farmácias e drogarias credenciadas à rede Aqui Tem Farmácia Popular passaram a oferecer 11 medicamentos gratuitos para o tratamento de hipertensão (captopril, maleato de enalapril, cloridrato de propranolol, atenolol, hidroclorotiazida, losartana) e diabetes (glibenclâmida, metforminas e insulinas), uma vez que o gasto com medicamentos na população de baixa renda no Brasil corresponde a 12% da renda total, enquanto na população de renda mais elevada corresponde a 1,7%. Em julho de 2011, foram atendidos 2,1 milhões de hipertensos e 788 mil diabéticos, representando um aumento de 194%, comparado com janeiro do mesmo ano.

Ampliação de exames preventivos para os cânceres da mama e do colo do útero – A cobertura verificada a partir de informação referida do exame de Papanicolau entre mulheres de 25 e 64 anos de todo o país, nos últimos três anos,

foi de 78,4% em 2008. Neste mesmo ano, a cobertura informada de realização de mamografia nos últimos dois anos foi de 54,2%, segundo a PNAD (IBGE, 2010a). Novos esforços devem ser direcionados à melhoria da qualidade desses exames e à garantia de seguimento dos casos que necessitem de tratamento.

Iniciativas de fomento à linha de pesquisa – O Ministério da Saúde tem financiado estudos sobre o controle integrado de DCNT e seus fatores de risco, como o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (Elsa), coorte multicêntrica composta por 15 mil funcionários com idade de 35 a 74 anos de seis instituições públicas de ensino superior e pesquisa das regiões Nordeste, Sul e Sudeste. O principal objetivo dessa pesquisa é investigar a incidência e os fatores de risco para doenças crônicas, em particular, as circulatórias e diabetes. Além disso, o Ministério da Saúde tem apoiado, desde 2006, a promoção de atividade física em consonância com a Política Nacional de Promoção da Saúde. Para dinamizar a avaliação dessas experiências, vêm sendo incentivadas pesquisas, por meio de editais específicos, para a avaliação de efetividade de intervenções de atividade física para a saúde.

O Brasil, mediante a liderança do Ministério da Saúde, tem um papel estratégico no contexto mundial, dados os grandes avanços observados na estruturação e implementação do Sistema Único de Saúde com os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Ainda existem, no entanto, muitos desafios no sentido da qualificação das ações e das respostas aos portadores de DCNT.

6. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011- 2022

Em 2005, a Secretaria de Vigilância em Saúde, após consulta aos estados e municípios, publicou a ***Agenda de prioridades para implementação da vigilância, prevenção e controle de doenças não transmissíveis***, que foi importante para a organização e a estruturação da área no MS, nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) (BRASIL, 2005). Em 2008, foi lançado o documento ***Diretrizes para a Vigilância de DCNT, Promoção, Prevenção e Cuidado***, que integrou diretrizes de trabalho entre as diversas áreas do MS (BRASIL, 2008). Em 2011, em sintonia com os esforços globais, o MS preparou este **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**, que integra ações do setor saúde e outros setores. Diversos representantes de segmentos sociais participaram da construção desse Plano, o qual se constitui em mais um instrumento para transformar o tema de prevenção e controle de DCNT em agenda política e de governo.

A seguir, são estabelecidas as diretrizes, estratégias e ações para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.

6.1. Objetivo do Plano

Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas. O Plano visa a reduzir a morbidade, incapacidade e mortalidade causadas pelas DCNT, por meio de um conjunto de ações preventivas e promocionais de saúde, associadas à detecção precoce e ao tratamento oportuno e ao reordenamento dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, a partir da Atenção Básica e da participação comunitária.

6.2. Eixos estratégicos

I – Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento

Objetivos

- Fomentar e apoiar o desenvolvimento e o fortalecimento da vigilância integrada de DCNT e seus fatores de proteção e risco modificáveis e comuns à maioria das DCNT (tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física e o consumo nocivo de álcool) por meio do aprimoramento de instrumentos de monitoramento desses fatores, com ênfase nos inquéritos nacionais e locais.
- Avaliar e monitorar o desenvolvimento do Plano de Ação Nacional de DCNT.

Estratégias

1. Realizar pesquisas/inquéritos populacionais sobre incidência, prevalência, morbimortalidade e fatores de risco e proteção para DCNT.
2. Fortalecer os sistemas de informação em saúde e produzir análise de situação de saúde de DCNT e seus fatores de risco.
3. Consolidar um sistema nacional padronizado e integrado de informações sobre incidência, sobrevida e mortalidade por câncer.

4. Fortalecer a vigilância de DCNT em estados e municípios.
5. Monitorar e avaliar as intervenções em DCNT e seus custos.
6. Monitorar e avaliar a implantação do Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT.
7. Monitorar a equidade social relativa aos fatores de risco, prevalência, mortalidade e acesso ao cuidado integral das DCNT.

II – Promoção da Saúde

Objetivos

- Fomentar iniciativas intersetoriais no âmbito público e privado, visando ao desencadeamento de intervenções e ações articuladas que promovam e estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, constituindo-se em prioridades no âmbito nacional, estadual e municipal.
- Abordar as condições sociais e econômicas no enfrentamento dos fatores determinantes das DCNT.
- Proporcionar à população alternativas relativas à construção de comportamentos saudáveis ao longo da vida.

Estratégias

1. Garantir o comprometimento dos Ministérios e das Secretarias relacionados às ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT.
2. Realizar ações de **advocacy** para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.
3. Estabelecer acordo com setor produtivo e parceria com a sociedade civil para a prevenção de DCNT e a promoção da saúde, respeitando o artigo 5.3 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (Decreto nº 5.658/2006) e suas diretrizes.
4. Criar estratégia de comunicação com o tema de promoção da saúde, prevenção de DCNT e seus fatores de risco e promoção de modos de vida saudáveis.

5. Implantar ações de promoção de práticas corporais/atividade física e modos de vida saudáveis para a população, em parceria com o Ministério do Esporte (Programa Academia da Saúde, Vida Saudável e outros).
6. Estimular a construção de espaços urbanos ambientalmente sustentáveis e saudáveis.
7. Ampliar e fortalecer as ações de alimentação saudável.
8. Promover ações de regulamentação para promoção da saúde.
9. Avançar nas ações de implementação e internalização das medidas legais da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.
10. Articular ações para prevenção e para o controle da obesidade.
11. Fortalecer ações de promoção da saúde e de prevenção do uso prejudicial do álcool.
12. Implantar um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo.

III – Cuidado Integral de DCNT

Objetivo

- Fortalecer a capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde, visando à ampliação de um conjunto de intervenções diversificadas capazes de uma abordagem integral da saúde com vistas à prevenção e ao controle das DCNT.

Estratégias

1. Definir linha de cuidado ao portador de DCNT, garantindo projeto terapêutico adequado, vinculação entre cuidador e equipe, assim como a integralidade e a continuidade no acompanhamento.
2. Fortalecer o complexo produtivo da saúde para o enfrentamento das DCNT.
3. Fortalecer a rede de prevenção, diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo de útero e de mama.

4. Ampliar, fortalecer e qualificar a assistência oncológica no SUS.
5. Desenvolver e implementar estratégias para formação profissional e técnica na qualificação das equipes de saúde para abordagem de DCNT.
6. Fortalecer a área de educação em saúde para DCNT.
7. Fortalecer e qualificar a gestão da rede de serviços, visando a qualificar os fluxos e as respostas aos portadores de DCNT.
8. Fortalecer o cuidado ao portador de doenças do aparelho circulatório na rede de urgência.

Quadro 2: Principais ações do Plano de DCNT em Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento

Eixo I	Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento
Realizar a Pesquisa Nacional de Saúde – 2013	Em parceria com o IBGE, pesquisar sobre temas como acesso aos serviços e sua utilização; morbidade; fatores de risco e proteção de doenças crônicas; saúde dos idosos, das mulheres e das crianças, bem como fazer medições antropométricas e de pressão arterial e coleta de material biológico.
Estudos sobre DCNT	Fazer análises de morbimortalidade e inquéritos com foco em desigualdades em saúde (populações vulneráveis como indígenas e quilombolas), intervenções em saúde e custos de DCNT.
Portal para o Plano de DCNT	Criar um portal na internet para monitorar e avaliar a implantação do Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT, bem como desenvolver um sistema de gestão em DCNT.

Quadro 3: Principais ações do Plano de DCNT em Promoção da Saúde

Eixo II	Promoção da Saúde
Atividade física	Programa Academia da Saúde: Construção de espaços saudáveis que promovam ações de promoção da saúde e estimulem a atividade física/práticas corporais, o lazer e modos de vida saudáveis articulados com a Atenção Básica em Saúde.
	Programa Saúde na Escola: Universalização do acesso ao incentivo material e financeiro do PSE a todos os municípios brasileiros, com o compromisso de ações no âmbito da avaliação nutricional, avaliação antropométrica, detecção precoce de hipertensão arterial, sistêmica, promoção de atividades físicas e corporais, promoção da alimentação saudável e de segurança alimentar no ambiente escolar.
	Praças do PAC: Fortalecimento do componente da construção de praças do PAC 2, no Eixo Comunidade Cidadã, como um equipamento que integra atividades e serviços culturais, práticas esportivas e de lazer, formação e qualificação para o mercado de trabalho, serviços socioassistenciais, políticas de prevenção à violência e de inclusão digital, oferecendo cobertura a todas as faixas etárias.
	Reformulação de espaços urbanos saudáveis: Criação do Programa Nacional de Calçadas Saudáveis e construção e reativação de ciclovias, parques, praças e pistas de caminhadas.
	Campanhas de comunicação: Criar campanhas que incentivem a prática de atividade física e hábitos saudáveis, articulando com grandes eventos, como a Copa do Mundo de Futebol (2014) e as Olimpíadas (2016).

Quadro 3: Principais ações do Plano de DCNT em Promoção da Saúde (continuação)

Eixo II	Promoção da Saúde
Alimentação Saudável	Escolas: Promover alimentação saudável no Programa Nacional de Alimentação Escolar e no Programa Saúde na Escola (PSE).
	Aumento da oferta de alimentos saudáveis: Estabelecer parcerias e acordos com a sociedade civil (agricultores familiares, pequenas associações) para o aumento da produção e da oferta de alimentos <i>in natura</i> . Apoiar iniciativas intersetoriais para o aumento da oferta de alimentos básicos e minimamente processados, no contexto da produção, do abastecimento e do consumo.
	Regulação da composição nutricional de alimentos processados: Estabelecer acordo com setor produtivo e parceria com a sociedade civil para a redução do sal e do açúcar nos alimentos processados.
	Redução dos preços dos alimentos saudáveis: Propor e fomentar a adoção de medidas fiscais, tais como redução de impostos, taxas e aumento dos subsídios, visando à redução dos preços dos alimentos saudáveis (frutas, hortaliças), a fim de estimular o seu consumo.
	Ações de regulamentação de alimentos: Revisar e aprimorar as normas de rotulagem de alimentos e promover ações de regulação de publicidade de alimentos e bebidas não alcoólicas e de alimentos na infância.
	Plano Intersetorial para Prevenção e Controle da Obesidade: Implantar o Plano Intersetorial de Obesidade, visando à redução em todos os ciclos da vida da população brasileira.
	Regulamentação da publicidade de alimentos: Estabelecimento de regulamentação específica para a publicidade de alimentos, principalmente para crianças.

Quadro 3: Principais ações do Plano de DCNT em Promoção da Saúde (continuação)

Eixo II	Promoção da Saúde
Tabagismo e álcool	Adequar a legislação nacional que regula o ato de fumar em recintos coletivos.
	Ampliar as ações de prevenção e de cessação do tabagismo em toda a população, com atenção especial aos grupos mais vulneráveis (jovens, mulheres, população de menor renda e escolaridade, indígenas e quilombolas).
	Fortalecer a implementação da política de preços e de aumento de impostos dos produtos derivados do tabaco e álcool, com o objetivo de reduzir o consumo.
	Apoiar a intensificação de ações fiscalizatórias em relação à venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos.
	Fortalecer, no Programa Saúde na Escola (PSE), ações educativas voltadas à prevenção e redução do uso de álcool e tabaco.
	Apoiar iniciativas locais de legislação específica em relação a controle de pontos de venda de álcool e horário noturno de fechamento de bares e outros pontos correlatos de comércio.

Quadro 3: Principais ações do Plano de DCNT em Promoção da Saúde (continuação)

Eixo II	Promoção da Saúde
Envelhecimento ativo	Implantar um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo, favorecendo ações de promoção da saúde, de prevenção e de atenção integral.
	Promover o envelhecimento ativo e ações de saúde suplementar.
	Incentivar os idosos para a prática da atividade física regular no programa Academia da Saúde.
	Capacitar as equipes de profissionais da Atenção Básica em Saúde para o atendimento, acolhimento e cuidado da pessoa idosa e de pessoas com condições crônicas.
	Incentivar a ampliação da autonomia e independência para o autocuidado e o uso racional de medicamentos.
	Criar programas para formação do cuidador da pessoa idosa e com condições crônicas na comunidade.

Quadro 4: Principais ações do Plano de DCNT em Cuidado Integral

Eixo III	Cuidado Integral
Linha de cuidado de DCNT	Definir e implementar protocolos e diretrizes clínicas das DCNT com base em evidências de custo-efetividade, vinculando os portadores ao cuidador e à equipe da Atenção Básica, garantindo a referência e contrarreferência para a rede de especialidades e hospitalar, favorecendo a continuidade do cuidado e a integralidade na atenção. Desenvolver sistema de informação de gerenciamento de DCNT.
Capacitação e telemedicina	Capacitar as equipes da Atenção Básica em saúde, expandindo recursos de telemedicina, segunda opinião e cursos a distância, qualificando a resposta às DCNT.
Medicamentos gratuitos	Ampliar acesso gratuito aos medicamentos e insumos estratégicos previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas das DCNT e tabagismo.
Câncer do colo do útero e mama	Fortalecer as ações de prevenção e qualificação do diagnóstico precoce e tratamento dos cânceres do colo de útero e de mama; garantir acesso ao exame preventivo e à mamografia de rastreamento de qualidade a todas as mulheres nas faixas etárias e periodicidade preconizadas, independentemente de renda, raça/cor, reduzindo desigualdades; garantir tratamento adequado às mulheres com diagnóstico de lesões precursoras; garantir avaliação diagnóstica dos casos de mamografia com resultado anormal e garantir tratamento adequado aos casos de mulheres com diagnóstico confirmado de câncer de mama ou diagnóstico de lesões benignas.

Quadro 4: Principais ações do Plano de DCNT em Cuidado Integral (continuação)

Eixo III	Cuidado Integral
Saúde toda Hora	Atenção às urgências: Fortalecer o cuidado ao portador de DCNT na rede de urgência, integrado entre unidades de promoção, prevenção e atendimento à saúde, com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.
	Atenção domiciliar: Ampliar o atendimento a pessoas com dificuldades de locomoção ou que precisem de cuidados regulares, mas não de hospitalização, por meio de um conjunto de ações de Promoção à Saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio com garantia de continuidade de cuidados e integradas às Redes de Atenção à Saúde.
	Linha do cuidado do infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE) na Rede de Atenção às Urgências: Qualificar e integrar todas as unidades de saúde da Rede de Atenção às Urgências para permitir que os pacientes com IAM e AVE sejam atendidos, diagnosticados e tratados rapidamente, com acesso às terapias estabelecidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, garantindo ao usuário o acesso e o tratamento adequados em tempo hábil.

Quadro 5: Algumas ações do Plano de Enfrentamento das DCNT no Brasil, segundo o ciclo vital

Estágio da vida	Ações propostas
Gestação e desenvolvimento intraútero	Rede Cegonha: Acompanhamento da gestação em relação à nutrição, ao controle de hipertensão e à glicemia.
Infância e adolescência	Alimentação saudável na infância, estímulo ao aleitamento materno e alimentação complementar. Oferta de alimentos saudáveis na escola e boas práticas de fabricação com a promoção da aquisição de alimentos frescos. Atividade física na escola e no contraturno. Ações de promoção da saúde no Programa Saúde na Escola (PSE): alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso de álcool e drogas. Regulamentação da publicidade de alimentos destinados ao público infantil.
Adultos	Incentivo aos hábitos saudáveis de vida, como alimentação, prática de atividade física regular, cessação de tabagismo, prevenção ao uso nocivo do álcool. Incentivo à criação de espaços saudáveis para prática de atividade física e alimentação saudável nos locais de trabalho.

Quadro 5: Algumas ações do Plano de Enfrentamento das DCNT no Brasil, segundo o ciclo vital (continuação)

Idosos	Promoção de atividade física para os idosos. Capacitação de cuidadores na comunidade. Campanha de estímulo ao envelhecimento ativo.
Estágio da vida	Ações propostas
Todas as idades	Ações educativas de hábitos saudáveis. Programa Academia da Saúde como incentivo à atividade física. Redução do sal dos alimentos industrializados e incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras. Medidas regulatórias para o tabaco, o álcool e os alimentos não saudáveis. Acesso universal à Atenção Básica em Saúde. Oferta de medicamentos gratuitos para tratamento de DCNT.

Quadro 6: Ações intersetoriais para a promoção da saúde e prevenção de DCNT

O plano de ação é liderado pelo setor saúde, mas a resposta para o enfrentamento das DCNT demanda um conjunto de ações intersetoriais, mostrando a importância da transversalidade e a necessidade de se avançar nos diálogos. O quadro a seguir mostra como essas ações se articulam.

Setor	Ações propostas
Ministério da Educação (MEC)	Promover atividades físicas/práticas corporais, de lazer e modos de vida saudáveis voltadas para as crianças e os jovens, em parceria com o MEC, em cumprimento às diretrizes da Lei de Diretrizes e Bases, a qual determina a realização de duas aulas de educação física, por semana, nas escolas. Fortalecer ações de promoção da saúde junto aos escolares por meio da parceria MS/MEC (Programa Saúde na Escola). Promover o fornecimento de alimentos saudáveis para o Programa Nacional de Alimentação Escolar. Formular a orientação técnica para a aquisição dos alimentos, em cumprimento à portaria de garantia de 30% de alimentos básicos, obtidos por meio do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) para o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), bem como monitorar sua inocuidade. Fortalecer, no Programa de Saúde na Escola (PSE), ações educativas voltadas à prevenção e à redução do uso de álcool, tabaco, alimentação saudável e promoção da atividade física.

Quadro 6: Ações intersetoriais para a promoção da saúde e prevenção de DCNT (continuação)

Setor	Ações propostas
Ministério do Esporte (ME)	Promover atividades físicas/práticas corporais, de lazer e modos de vida saudáveis para pessoas idosas, por meio de parceria entre MS, ME e Secretaria de Direitos Humanos (SEDH). Promover atividades físicas/práticas corporais, de lazer e modos de vida saudáveis voltadas para crianças e jovens, ampliando as ações de atividade física no contraturno. Articular com outros setores do governo a implantação de programa de orientação a práticas corporais/atividade física em espaços públicos de lazer existentes e a serem construídos.
Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)	Formular e implementar o Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, em conjunto com Ministério da Saúde e demais setores representados na Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan). Articular ações de promoção da alimentação e modos de vida saudáveis direcionadas às famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, no acompanhamento das condicionalidades das famílias. Articular a Rede de Cuidado da Assistência Social (CRAS, CREAS) e equipes de apoio para o cuidado aos usuários dependentes de álcool.
Ministério das Relações Exteriores (MRE)	Preparar a participação do governo brasileiro na Reunião de Alto Nível sobre DCNT, em Nova York, em setembro de 2011. Participar dos mecanismos de cooperação internacional relacionados à implementação da CQCT no Brasil.

Quadro 6: Ações intersetoriais para a promoção da saúde e prevenção de DCNT (continuação)

Setor	Ações propostas
Secretaria de Direitos Humanos (SEDH)	Promover atividades físicas/práticas corporais, de lazer e modos de vida saudáveis para pessoas idosas, por meio de parceria entre MS, ME e SEDH.
Ministério da Cultura (MinC)	Fortalecer culturas alimentares locais, visando à promoção da saúde por meio de parcerias com os Pontos de Cultura do MinC.
Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA)	Estabelecer parcerias e acordos com a sociedade civil (agricultores familiares, pequenas associações e outros) e com setores governamentais para o aumento da produção e para a oferta de alimentos <i>in natura</i>, com vistas à alimentação adequada e saudável. Fortalecer, em áreas de cultivo do tabaco, a integração do setor saúde e demais setores governamentais com o Programa Nacional de Diversificação, com o objetivo de minimizar os problemas causados pelo uso e cultivo desse produto. Fomentar as ações do Programa Nacional de Diversificação em áreas cultivadas com o tabaco, visando à ampliação da cobertura desse programa. Apoiar iniciativas de comunicação com os temas promoção da saúde, prevenção de DCNT e seus fatores de risco e promoção de vida saudável, disponibilizando espaço para o MS nas reuniões dos 165 Colegiados Territoriais e no Conselho Nacional de Desenvolvimento Rural Sustentável (Condraf).

Quadro 6: Ações intersetoriais para a promoção da saúde e prevenção de DCNT (continuação)

Setor	Ações propostas
Ministério da Agricultura	Apoiar iniciativas intersetoriais para o aumento da oferta de alimentos básicos e minimamente processados no contexto da produção, do abastecimento e do consumo.
Secretaria de Comunicação da Presidência da República (Secom/PR)	Criar estratégias de comunicação com os temas promoção da saúde, prevenção de DCNT e seus fatores de risco e promoção de modos de vida saudáveis. Desenvolver estratégias de <i>marketing</i> social, em âmbito nacional e local, para a promoção de modos de vida saudáveis, articulando com a Secretaria de Comunicação da Presidência da República (Secom/PR), a Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde (Ascom/MS) e o Núcleo de Comunicação do Ministério da Saúde (Nucom/MS), além de outras parcerias. Divulgar programas sobre promoção da saúde na <i>web</i>, nas mídias locais e espontâneas, nas rádios, nas televisões públicas e nos canais abertos de televisão.

Quadro 6: Ações intersetoriais para a promoção da saúde e prevenção de DCNT (continuação)

Setor	Ações propostas
Ministério das Cidades	Articular com os Ministérios da Educação, do Esporte e da Defesa para a construção do Plano Nacional de Transporte Ativo e Saudável, na perspectiva da segurança pública e do trânsito, da iluminação pública, da mobilidade e da acessibilidade. Sugerir, no Plano Diretor das Cidades, a previsão de estruturas que garantam organização e segurança na guarda de equipamentos particulares, como bicicletário, para favorecer o uso de transporte ativo no lazer e no deslocamento para o trabalho. Propor a abertura de editais para construção de estruturas que favoreçam a prática do lazer e da atividade física nos municípios. Apoiar a intensificação de ações fiscalizatórias em relação ao uso de álcool e direção motorizada.
Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES)	Articular, junto ao BNDES e ao Ministério das Cidades, recursos para implementação do Programa Nacional de Calçadas Saudáveis e para a construção ou reativação de ciclovias, parques, praças e pistas de caminhadas.

Quadro 6: Ações intersetoriais para a promoção da saúde e prevenção de DCNT (continuação)

Setor	Ações propostas
Ministério da Fazenda	Propor e fomentar a adoção de medidas fiscais como redução de impostos, taxas e aumento dos subsídios, visando à redução dos preços dos alimentos saudáveis (frutas, hortaliças e outros), a fim de estimular o seu consumo. Fortalecer a implementação da política de preços e de aumento de impostos dos produtos derivados do tabaco, com o objetivo de reduzir o consumo. Fortalecer mecanismos intersetoriais para combate ao mercado ilegal de produtos derivados do tabaco e ratificar o protocolo sobre a eliminação de mercado ilícito de produtos derivados do tabaco.
Casa Civil	Fortalecer a regulamentação da publicidade de alimentos na infância. Fortalecer o mecanismo de governança intersetorial da Política Nacional de Controle do Tabaco (Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CONICQ) e o da governança setorial da implementação das ações da CQCT na agenda de saúde. Apoiar os projetos de lei que regulamentam a publicidade e a propaganda de bebidas alcoólicas, em especial das cervejas. Apoiar o aumento dos impostos sobre bebidas alcoólicas e tabaco.

Quadro 6: Ações intersetoriais para a promoção da saúde e prevenção de DCNT (continuação)

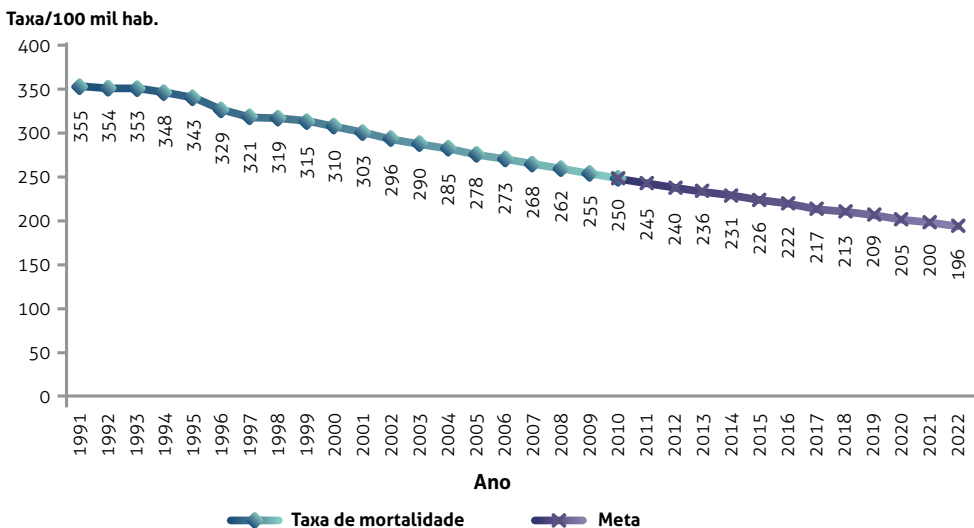
Setor	Ações propostas
Ministério da Pesca e Aquicultura (MPA)	Fomentar iniciativas intersetoriais para a regulação e o controle da qualidade e inocuidade dos recursos pesqueiros destinados à alimentação humana. Ordenamento e fomento da aquicultura familiar, visando ao aumento da produção e da oferta de alimentos (pescados e algas) para uma alimentação saudável. Proposição de medidas fiscais: redução de impostos, taxas e subsídios, a fim de reduzir o preço de alimentos saudáveis (pescados e algas), estimulando, assim, o seu consumo. Criação do Plano Nacional de Segurança no Trabalho e Saúde Ocupacional dos trabalhadores da pesca e da aquicultura. Promover o aumento do consumo do pescado por meio da ampliação da oferta no mercado institucional e de ações de divulgação da qualidade do pescado como fonte de proteína de alta qualidade e, especialmente, garantir o fornecimento de alimentos saudáveis (pescados e algas) para o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), por meio do ordenamento e fomento da aquicultura.
Comum a diversos setores	Sensibilizar os conselhos das diversas políticas sociais (Consea, Conanda, Conselho Nacional de Cultura, Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, Conselho do Meio Ambiente e outros) para o tema da promoção da saúde. Fortalecer os programas de alimentação saudável no ambiente de trabalho. Estabelecer parcerias com Sistema S, Petrobras, centrais sindicais e outros para fortalecer as ações de promoção da saúde no ambiente de trabalho. Articular a construção de praças do PAC como um equipamento que integra atividades e serviços culturais, práticas esportivas e de lazer, formação e qualificação para o mercado de trabalho, serviços socioassistenciais, políticas de prevenção à violência e de inclusão digital, oferecendo cobertura a todas as faixas etárias.

6.3. Metas nacionais propostas

- ✓ reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano;
- ✓ reduzir a prevalência de obesidade em crianças;
- ✓ reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes;
- ✓ deter o crescimento da obesidade em adultos;
- ✓ reduzir a prevalência de consumo nocivo de álcool;
- ✓ aumentar a prevalência de atividade física no lazer;
- ✓ aumentar o consumo de frutas e hortaliças;
- ✓ reduzir o consumo médio de sal;
- ✓ reduzir a prevalência de tabagismo;
- ✓ implantar o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia nos serviços que realizam esse tipo de exame;
- ✓ implantar o Programa de Gestão da Qualidade de Citopatologia nos laboratórios que realizam esse tipo de exame;
- ✓ ampliar e/ou manter a cobertura de exame citopatológico do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, em todas as regiões do país;
- ✓ ampliar a cobertura de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos;
- ✓ garantir tratamento de mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer do colo do útero.

Figuras 16 a 23: Projeção das metas nacionais propostas para o enfrentamento das DCNT e dos fatores de risco

Figura 16: Projeção das taxas de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro DCNT* no Brasil, 1991 a 2022. Meta: redução de 2% ao ano da taxa de mortalidade = 196/100 mil habitantes

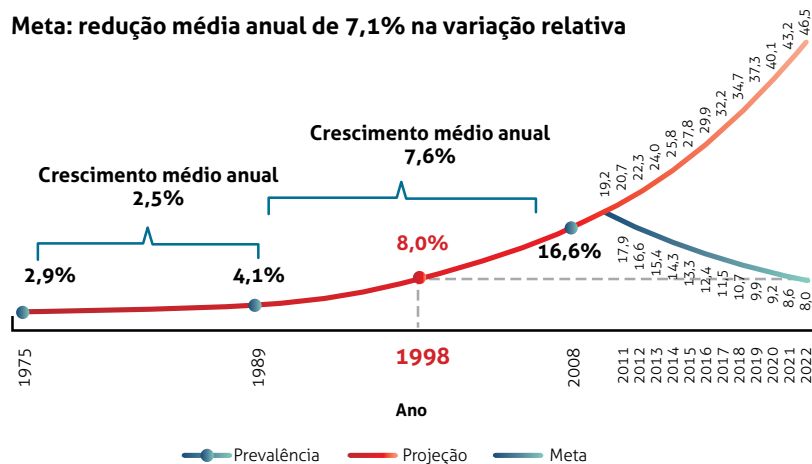


*Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

Fonte: CGDANT/SVS/MS.

Figura 17a: Projeção da obesidade em meninos de 5 a 9 anos, 1975 a 2022. Meta: chegar ao patamar de 1998 = 8,0%

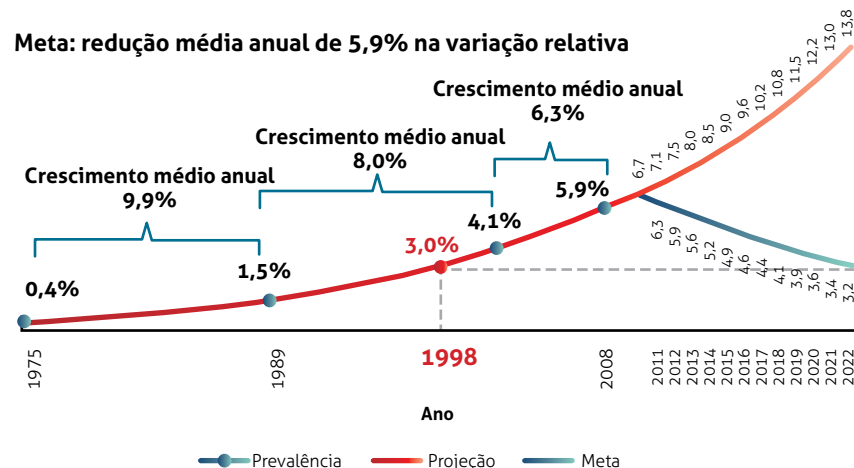
Meta: redução média anual de 7,1% na variação relativa



Fonte: CGDANT/SVS/MS.

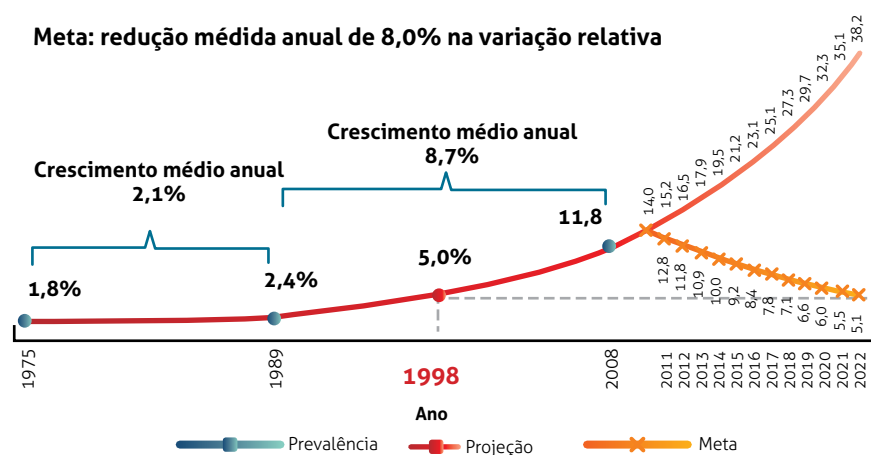
Figura 17b: Projeção da obesidade em meninos de 10 a 19 anos, 1975 a 2022. Meta: chegar ao patamar de 1998 = 3,0%

Meta: redução média anual de 5,9% na variação relativa



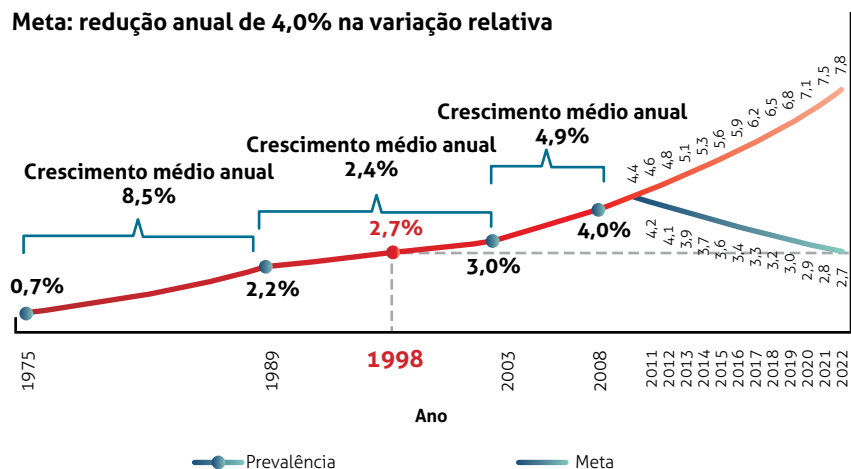
Fonte: CGDANT/SVS/MS.

Figura 17c: Projeção da obesidade em meninas de 5 a 9 anos, 1975 a 2022. Meta: chegar ao patamar de 1998 = 5,0%



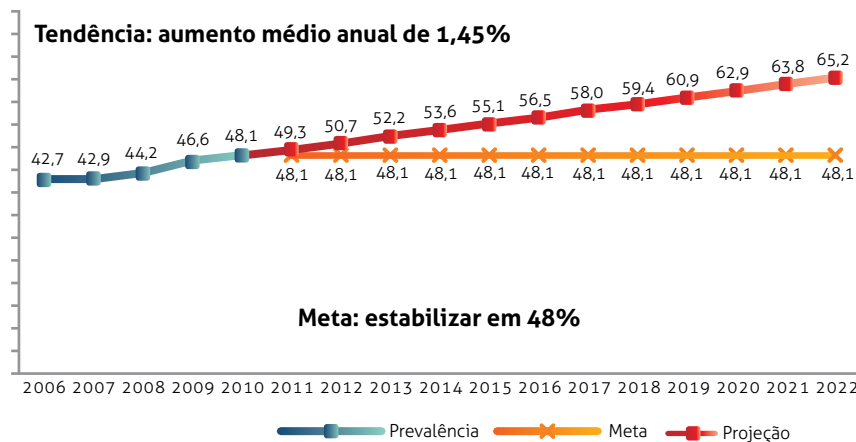
Fonte: CGDANT/SVS/MS.

Figura 17d: Projeção da obesidade em meninas de 10 a 19 anos, 1975 a 2022. Meta: chegar ao patamar de 1998 = 2,7%



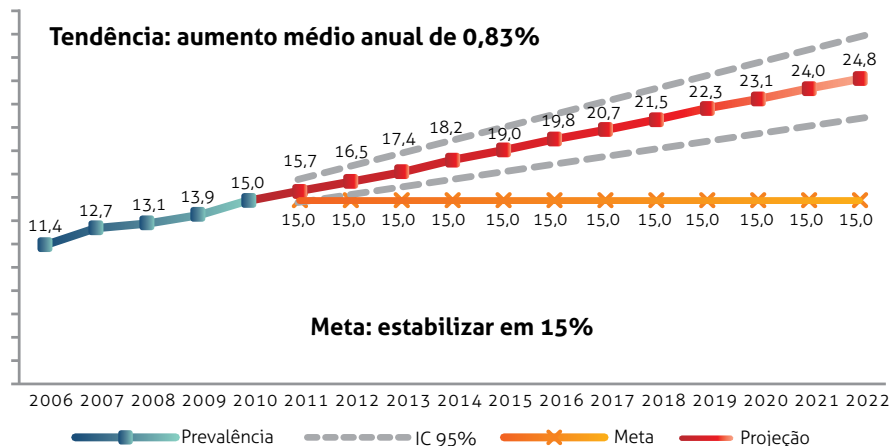
Fonte: CGDANT/SVS/MS.

Figura 18a: Projeção de excesso de peso (IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$) em adultos (≥ 18 anos) nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2006 a 2022



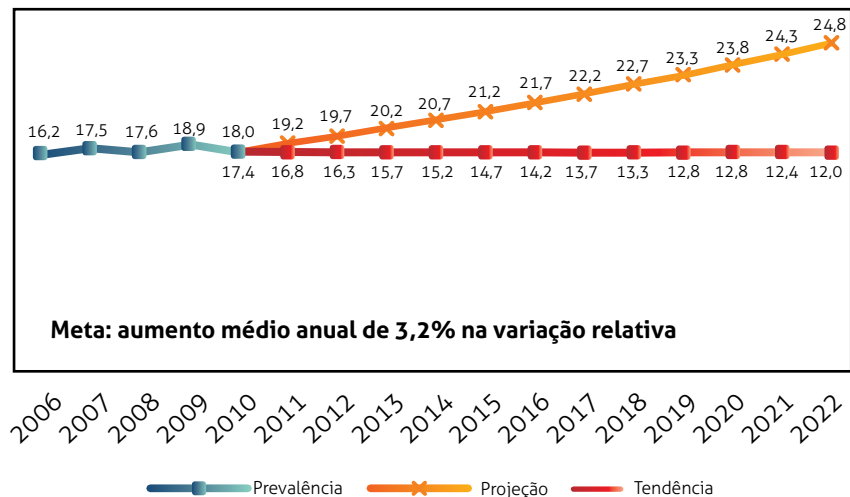
Fonte: CGDANT/SVS/MS.

Figura 18b: Projeção da obesidade (IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$) em adultos (≥ 18 anos) nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2006 a 2022



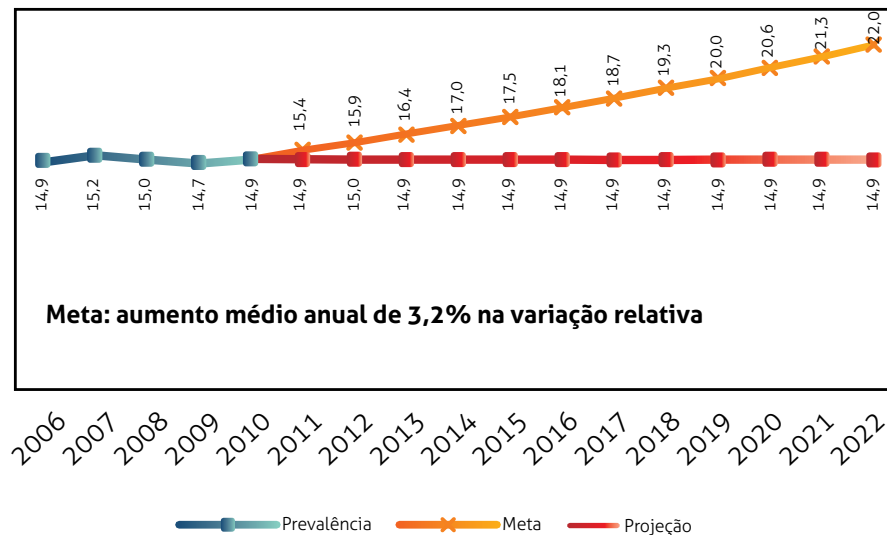
Fonte: CGDANT/SVS/MS.

Figura 19: Projeção do consumo nocivo de álcool em adultos (≥ 18 anos) nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2006 a 2022



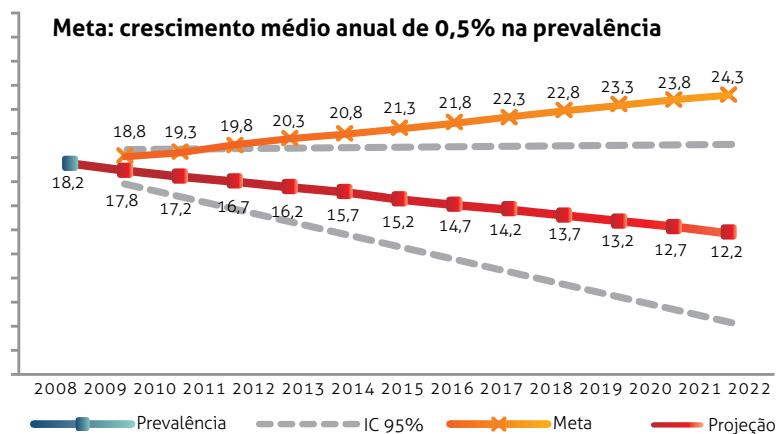
Fonte: CGDANT/SVS/MS.

Figura 20: Projeção da atividade física no lazer em adultos (≥ 18 anos) nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2006 a 2022



Fonte: CGDANT/SVS/MS.

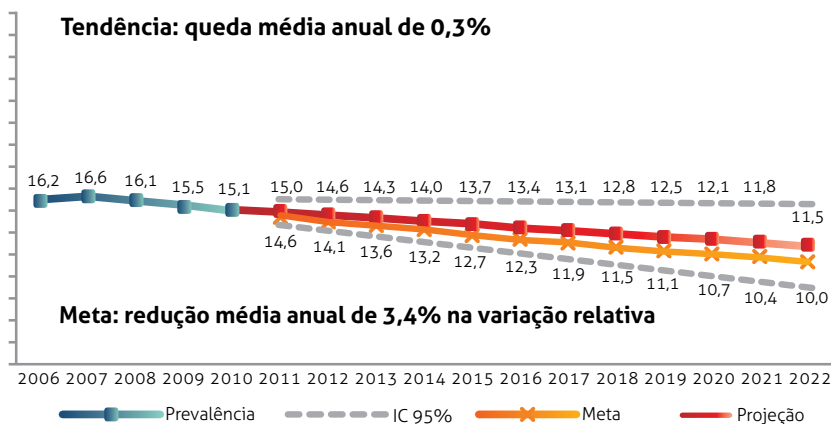
Figura 21: Projeção do consumo recomendado* de frutas e hortaliças em adultos nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2008 a 2022



*Consumo $\geq 5x/dia$ em cinco ou mais dias da semana.

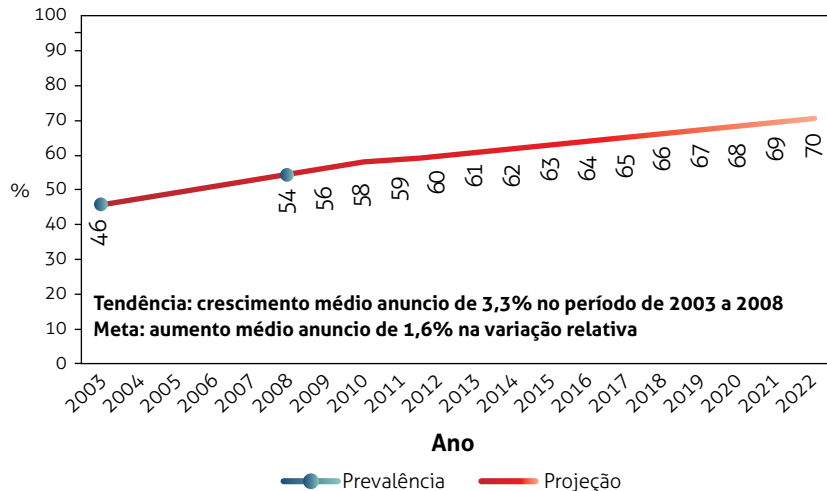
Fonte: CGDANT/SVS/MS.

Figura 22: Projeção do tabagismo em adultos (≥ 18 anos) nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2006 a 2022



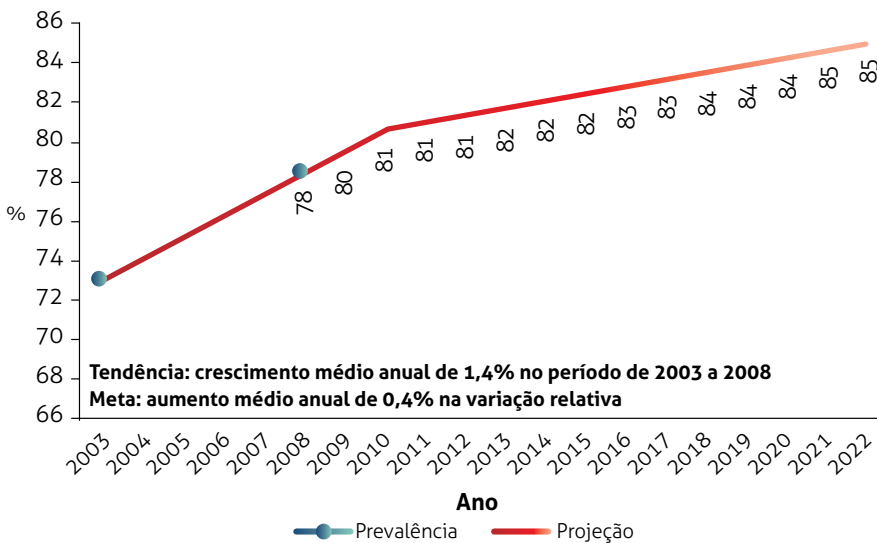
Fonte: CGDANT/SVS/MS.

Figura 23: Projeção da cobertura de mamografia nos últimos dois anos em mulheres de 50 a 69 anos, Brasil, 2003 a 2022



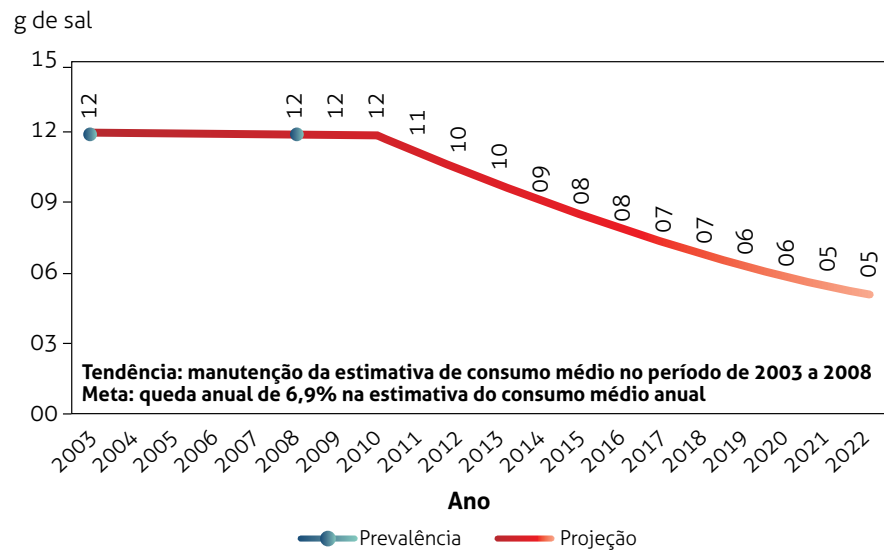
Fonte: CGDANT/SVS/MS.

Figura 24: Projeção da cobertura de Papanicolau nos últimos três anos em mulheres de 25 a 64 anos, Brasil, 2003 a 2022



Fonte: CGDANT/SVS/MS.

Figura 25: Projeção da estimativa do consumo médio de sal, Brasil, 2003 a 2022



Fonte: CGDANT/SVS/MS

Nota: 1g de sal contém 400mg de sódio. 12g de sal=4700mg de sódio; 5g de sal=2000mg de sódio.

7. Detalhamento do Plano: Eixos, Estratégias e Ações

7.1. EIXO I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

1. PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL, 2011-2022						
2. RESPONSÁVEL PELO PLANO: SVS						
3. ATORES ENVOLVIDOS NO PLANO:		Ministério da Saúde (SAS, SCTIE, SEGETS, SGEP, ANS, Sesai, Inca, Anvisa)				
4. OBJETIVO(S) DO PLANO: Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção integral à saúde dos portadores de DCNT						
EIXO I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO						
OBJETIVOS	Fomentar e apoiar o desenvolvimento e o fortalecimento da vigilância de DCNT e seus fatores de risco e avaliar e monitorar o desenvolvimento do Plano de Ação Nacional de DCNT					
Estratégia 1: Realizar pesquisas e/ou inquéritos populacionais sobre incidência, prevalência, morbimortalidade e fatores de risco e proteção para DCNT	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011- 2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	CGDANT/ DASIS/SVS, DECIT/SCTIE	Inquérito(s) realizado(s)	Inquérito(s) realizado(s)	Inquérito(s) realizado(s)	Inquérito(s) realizado(s)	Inquérito(s) realizado(s)
Ações						
1 - Realizar, anualmente, inquérito telefônico contínuo em adultos (VIGITEL).						
2 - Realizar a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) em 2012, 2015, 2018 e 2021.						
3 - Realizar, em 2013 e 2018, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), incluindo temas como acesso aos serviços e utilização, morbidade, fatores de risco, idosos, PETab, medidas bioquímicas e antropométricas, entre outros.						
4 - Realizar a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) em 2014 e 2019.						
5 - Atualizar o estudo de carga de doenças.						

EIXO I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO						
Estratégia 2: Fortalecer os sistemas de informação em saúde e produzir análise de situação de saúde de DCNT e fatores de risco	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011-2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	SVS, SAS	Publicar resultados de pesquisas realizadas	Publicar resultados de pesquisas realizadas	Publicar resultados de pesquisas realizadas	Publicar resultados de pesquisas realizadas	Publicar resultados de pesquisas realizadas
Ações						
1 - Divulgar os resultados dos inquéritos (PeNSE, VIGITEL, PNAD, POF, PETab/GATS), dos estudos longitudinais (Elsa e Elsi) e outros, por meio de publicações do Ministério da Saúde, congressos, periódicos e <i>sites</i> do MS.						
2 - Fortalecer os sistemas de informação (SIM, SIH, SIA/APAC, registros de câncer de base populacional e hospitalar, Hiperdia, Sinan, Sistema de Informação de Produtos e outros) e divulgar análises de informações sobre morbimortalidade das DCNT em publicações como <i>Saúde Brasil</i> , periódicos, congressos, boletins e <i>sites</i> do MS.						
3 - Fomentar pesquisas sobre morbimortalidade e fatores de risco, por meio do uso das bases de dados do Ministério da Saúde, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, por meio de editais do Departamento de Ciência e Tecnologia do MS (DECIT/MS).						
4 - Qualificar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) para o monitoramento do estado nutricional no âmbito da Atenção Básica em Saúde e divulgar análises de informações.						
5 - Aprimorar a coleta de dados da APAC e produzir análise sobre os procedimentos relacionados às DCNT.						
6 - Ampliar a notificação de agravos relacionados ao ambiente do trabalho no Sinan.						
7 - Consolidar um sistema de monitoramento e vigilância de iniquidades em saúde e DCNT.						

EIXO I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO							
Estratégia 3: Consolidar um sistema nacional, padronizado e integrado de informação sobre o câncer	Linha orçamentária	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011-12	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/19	Indicadores/ Meta 2022
	TESOURO	INCA e SVS	85% dos RCBP com informação consolidada; 55% dos RHC com base enviada para o Integrador RHC	85% dos RCBP com informação consolidada; 60% dos RHC com base enviada para o Integrador RHC	85% dos RCBP com informação consolidada; 65% dos RHC com base enviada para o Integrador RHC	90% dos RCBP com informação consolidada; 80% dos RHC com base enviada para o Integrador RHC	90% dos RCBP com informação consolidada; 95% dos RHC com base enviada para o Integrador RHC
Ações							
1 - Desenvolver e implementar a atualização e distribuição dos Sistemas para Registros de Câncer Base Populacional e para Registros Hospitalares de Câncer.							
2 - Prestar assessoria técnica aos RCBP (implantação, implementação e melhoria da qualidade e atualidade das informações).							
3 - Avaliar os registros de câncer por meio de indicadores de desempenho.							
4 - Atualizar os materiais técnicos e educacionais em vigilância e registros de câncer.							
5 - Disponibilizar, de forma ágil e oportuna informações sobre o câncer – em nível local, estadual e nacional sob forma de dados consolidados do Registros de Câncer (RCBP e RHC) e Atlas de mortalidade por câncer.							
6 - Produzir análise de informações sobre morbidade e mortalidade por câncer, por meio de indicadores produzidos pelos Registros de Câncer (RCBP e RHC) e Atlas de mortalidade por câncer sob a forma de informes, boletins, periódicos e publicações técnicas.							
7 - Integrar as principais bases de dados sobre morbimortalidade em câncer no país.							
8 - Produzir análise sobre câncer de Mama e Colo de útero a partir das bases do Siscolo/Sismama.							
9 - Legitimar os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) e Registros de Hospitalares de Câncer (RHC) como fontes oficiais de informação para a vigilância de câncer incorporando suas bases de dados dentro do SUS.							
10 - Fortalecer a vigilância de câncer dentro das Vigilâncias de DCNT nas SES e SMS.							
11 - Articular com as instituições de ensino e de pesquisa a análise dos dados de sobrevida.							

EIXO I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO						
Estratégia 4: Fortalecer a vigilância de DCNT em estados e municípios	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011- 2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	CGDANT/ DASIS/SVS	27 capitais, 26 estados e o DF, 10% dos municípios até 100 mil hab. com referência em DANT	50% dos municípios até 100 mil hab. com referência em DANT	90% dos municípios até 100 mil hab. com referência em DANT	40% dos municípios até 50 mil hab. com referência em DANT	80% dos municípios com mais de 50 mil hab. com referência em DANT
Ações						
1 - Pactuar indicadores de monitoramento das ações do Plano nas esferas municipal e estadual.						
2 - Desenvolver instrumentos para fortalecer a capacidade técnica nas SES e SMS.						
3 - Realizar curso anual de capacitação em vigilância de DCNT e promoção da saúde para as SES e SMS.						
4 - Estimular publicações das SES e SMS em DCNT.						
5 - Fortalecer as SES e SMS para as ações de vigilância, promoção e prevenção de DCNT, incluindo a vigilância ambiental e o acompanhamento de populações expostas a contaminantes ocupacionais e ambientais.						
6 - Estimular a introdução de temas relativos à vigilância de DANT e à promoção da saúde nos planos municipais e estaduais de saúde.						
7 - Desenvolver metodologias e instrumentos para a realização de inquéritos e estudos de avaliação de programas sociais para municípios de pequeno e médio porte.						

EIXO I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO						
Estratégia 5: Monitorar e avaliar as intervenções em DCNT e seus custos	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011- 2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	CGDANT/DASIS, DECIT, MCT	Publicar estudos de custo das DCNT	Publicar estudos de custo das DCNT	Publicar estudos de custo das DCNT	Publicar estudos de custo das DCNT	Publicar estudos de custo das DCNT
Ações						
1 - Realizar estudos e pesquisas de avaliação de: efetividade de intervenções de promoção da saúde, prevenção de DCNT e seus fatores de risco e proteção, impacto financeiro de doenças crônicas, entre outros, utilizando diferentes metodologias, entre as quais a ferramenta WHO <i>step stroke</i> , financiados por meio de editais.						
2 - Realizar estudos de custo-efetividade em DCNT e seus fatores de risco, em articulação com o Departamento de Economia de Saúde, o Departamento de Análise de Situação de Saúde, o Ministério de Ciência e Tecnologia, o Ipea, universidades, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Health Canadá e outros.						
3 - Realizar estudos de avaliação de efetividade de programas de promoção da saúde e atividade física nos programas Academia da Cidade em Pernambuco, Academia da Saúde, entre outros.						
4 - Avaliar a viabilidade e o impacto tributário da redução de impostos e taxas para alimentos saudáveis, bem como o impacto sobre o aumento da taxação de alimentos não saudáveis.						
5 - Avaliar a associação entre a exposição dos trabalhadores da cultura de fumo ao agrotóxico e ao tabaco e os efeitos em sua saúde.						
6 - Apoiar estudos de mapeamento de exposição a riscos ocupacionais e ambientais relacionados a doenças crônicas.						
7 - Construir linha de base para avaliação das intervenções estruturantes dos grandes eventos como Copa do Mundo (2014) e Olimpíadas (2016) e seus efeitos na saúde.						

EIXO I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO						
Estratégia 6: Monitorar e avaliar a implantação do Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011- 2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	CGDANT/DASIS, DECIT, MCT	PDCNT monitorado	PDCNT monitorado	PDCNT monitorado	PDCNT monitorado	PDCNT monitorado
Ações						
1 - Criar painel de monitoramento com as principais metas e indicadores de processo de acompanhamento do Plano Nacional de DCNT.						
2 - Reavaliar, periodicamente, as metas e indicadores do Plano.						

EIXO I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO						
Estratégia 7: Monitorar a equidade social relativa aos fatores de risco, prevalência, mortalidade e acesso ao cuidado integral das DCNT	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011- 2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	CGDANT/DASIS, DECIT, MCT e Seppir	Estudos de monitoramento das iniquidades em DCNT realizados	Estudos de monitoramento das iniquidades em DCNT realizados	Estudos de monitoramento das iniquidades em DCNT realizados	Estudos de monitoramento das iniquidades em DCNT realizados	Estudos de monitoramento das iniquidades em DCNT realizados
Ações						
1 - Monitorar, para os vários indicadores deste Plano, as iniquidades entre as regiões e as desigualdades intraestaduais e intraurbanas.						
2 - Monitorar as disparidades socioeconômicas (escolaridade, ocupação), de raça/etnia (população negra, indígena e em condições especiais – quilombolas) e de gênero.						
3 - Incorporar variáveis socioeconômicas nas bases de dados de inquéritos e pesquisas sobre morbimortalidade, a fim de ampliar as análises das iniquidades.						
4 - Fomentar estudos para desenvolvimento de métodos e análises de monitoramento das iniquidades em DCNT.						
5 - Desenvolver instrumentos e cursos para fortalecer a capacidade técnica do monitoramento das iniquidades em DCNT nas três esferas de governo.						

7.2. EIXO II: PROMOÇÃO DA SAÚDE

1. PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL, 2011-2022						
2. RESPONSÁVEL PELO PLANO: SVS						
3. ATORES ENVOLVIDOS NO PLANO: Ministério da Saúde (SAS, SCTIE, Sesai, SEGETS, SGEP, ANS, Inca, Anvisa), MEC, ME, MDA, MDS, MC, MD, MPA, SECOM/PR, MRE, MT, MAPA, Ipea, MTE, MP, MinC e outros						
4. OBJETIVO(S) DO PLANO: Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer articulações intersetoriais que promovam a construção de estilos de vida saudáveis						
EIXO II: PROMOÇÃO DA SAÚDE						
OBJETIVOS	Abordar as condições sociais e econômicas no enfrentamento dos fatores determinantes das DCNT e proporcionar à população alternativas para adoção de comportamentos saudáveis ao longo da vida					
Estratégia 1: Garantir o comprometimento dos Ministérios e das Secretarias relacionados às ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	CGDANT/DASIS, CGAN/DAB, MEC, MDS, ME, MPA e Seppir	Programas intersetoriais implantados	Programas intersetoriais implantados	Programas intersetoriais implantados	Programas intersetoriais implantados	Programas intersetoriais implantados
Ações						
1 - Estabelecer e fortalecer parcerias com os Ministérios e Secretarias (Saúde, Educação, Cidades, Esportes, Desenvolvimento Agrário, Desenvolvimento Social, Meio Ambiente, Agricultura (Embrapa), Trabalho, Planejamento e Secretaria Especial de Direitos Humanos) para o enfrentamento dos determinantes socioambientais das DCNT e para a promoção de comportamentos saudáveis.						
2 - Formular e implementar o Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, em conjunto com os setores representados na Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan).						
3 - Promover atividades físicas/práticas corporais, de lazer e modos de vida saudáveis para pessoas idosas por meio de parceria entre Ministério da Saúde, Ministério do Esporte e Secretaria Especial de Direitos Humanos.						

4 - Promover atividades físicas/práticas corporais, de lazer e modos de vida saudáveis voltadas para as crianças e os jovens, em parceria com o MEC e o MS, em cumprimento às diretrizes da Lei de Diretrizes e Bases, a qual determina a realização de duas aulas de educação física por semana nas escolas; ampliar, pela parceria ME, MEC e MS, as ações de práticas corporais, esportivas e de atividade física no contraturno por meio do programa Segundo Tempo.
5 - Desenvolver, em articulação com o MEC, ações do componente de promoção da saúde do Programa Saúde na Escola, voltadas para alimentação saudável, práticas corporais, esportivas e atividade física, prevenção de álcool, drogas e tabaco.
6 - Articular as ações de promoção da alimentação e modos de vida saudáveis direcionadas às famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, no acompanhamento das condicionalidades das famílias.
7 - Ampliar espaços e equipamentos de esporte e lazer, como as Praças da Juventude, as Praças do Esporte e da Cultura e as Academias da Saúde, enquanto ambientes saudáveis e sustentáveis que promovam práticas corporais, esportivas e de atividade física e de saúde ao longo do curso da vida.
8 - Formalizar mecanismos de apoio gerencial intersetorial do Plano de ações estratégicas das DCNT e estímulo à promoção da saúde.
9 - Fortalecer culturas alimentares locais visando à promoção da saúde por meio de parcerias com os Pontos de Cultura do Ministério da Cultura.
10 - Potencializar as ações da Rede Cultura e Saúde, acordo entre MS e MinC, para ampliar e qualificar os processos de promoção de saúde e os diálogos entre as redes de saúde e os equipamentos culturais.
11 - Potencializar a parceria esporte, lazer e saúde, com acordo entre ME e MS, nos processos de promoção de saúde, via práticas corporais, esportivas e de atividade física.
12 - Potencializar a parceria entre ME e MS para o desenvolvimento do esporte, do lazer e da saúde como forma de promoção de saúde, via práticas corporais, esportivas e de atividade física e como parte do Legado Social dos Grandes Eventos.
13 - Criação do Plano Nacional de Segurança no Trabalho e Saúde Ocupacional das trabalhadoras e trabalhadores da pesca e aquicultura.
14 - Promover o aumento do consumo do pescado por meio da ampliação da oferta no mercado institucional e de ações de divulgação da qualidade do alimento como fonte de proteína de alta qualidade e, especialmente, garantir o fornecimento de alimentos saudáveis (pescados e algas) para o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), por meio do ordenamento e fomento da aquicultura.

EIXO II: PROMOÇÃO DA SAÚDE						
Estratégia 2: Realizar ações de <i>advocacy</i> para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	SGEP, SVS	Nº ações realizadas no biênio	Nº ações realizadas no biênio	Nº ações realizadas no biênio	Nº ações realizadas no biênio	Nº ações realizadas no biênio
Ações						
1 - Sensibilizar os membros do Conselho Nacional, Estadual e Municipal de Saúde para a inserção do tema da promoção da saúde nas agendas nacional, estaduais e municipais.						
2 - Articular parcerias com sociedades científicas, profissionais e sociedade civil organizada para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de DCNT.						
3 - Incentivar os formadores de opinião e participantes de redes sociais para a difusão do tema da prevenção de DCNT e da promoção de modos de vida saudável.						
4 - Fortalecer o controle social para proteger as políticas de saúde relacionadas à melhoria da alimentação saudável (Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Alimentação e Nutrição e Política Nacional de Alimentação Escolar) e ao controle do tabaco.						
5 - Apoiar projeto de lei federal que vise à total proibição do ato de fumar em recintos coletivos fechados e a outros temas relacionados ao controle do tabaco.						
6 - Sensibilizar os vários conselhos das diversas políticas sociais para o tema da promoção da saúde (Consea, Conanda, Conselho Nacional de Cultura, Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, Conselho do Meio Ambiente e outros).						
7 - Apoio a iniciativas de autorregulamentação das ações de publicidade de alimentos.						

8 - Mobilizar e sensibilizar setores sociais e a mídia para a importância do envelhecimento ativo e da inclusão social do idoso.

9 - Fomentar a participação da sociedade civil organizada na implementação da CQCT no Brasil.

10 - Apoiar a participação da sociedade civil organizada de interesse público na defesa da regulação da publicidade de alimentos, tabaco e álcool.

11 - Articular, junto ao Congresso Nacional, o apoio aos projetos de promoção da saúde e hábitos saudáveis.

12 - Apoio à aprovação de leis no Congresso Nacional que visem à regulamentação da publicidade e alimentos na infância.

EIXO II: PROMOÇÃO DA SAÚDE						
Estratégia 3: Estabelecer acordo com setor produtivo e parceria com a sociedade civil para a prevenção de DCNT e a promoção da saúde, respeitando o artigo 5.3 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (Decreto nº 5.658/2006) e suas diretrizes	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	DAB, Anvisa	Nº de parcerias estabelecidas	Nº de parcerias estabelecidas	Nº de parcerias estabelecidas	Nº de parcerias estabelecidas	Nº de parcerias estabelecidas
Ações						
1 - Estabelecer acordos com a indústria e definir metas para reformulação de alimentos processados, tais como a redução do teor de sódio, gorduras e açúcares.						
2 - Implementar ações de promoção da saúde no ambiente de trabalho no setor produtivo, por meio de realização de parcerias para construção de ambientes saudáveis.						
3 - Divulgar e monitorar os acordos e parcerias com o setor privado e a sociedade civil para alcançar as metas nacionais propostas de redução de sal, gordura <i>trans</i> , açúcar e outros.						
4 - Estabelecer acordos com o setor produtivo para implantação de programas de atividade física como Academia da Saúde e outros.						
5 - Fortalecer os programas de alimentação saudável no ambiente de trabalho.						
6 - Estabelecer parcerias com Sistema S, Petrobras, centrais sindicais e outros para fortalecer as ações de promoção da saúde no ambiente de trabalho.						
7 - Estabelecer parcerias e acordos com a sociedade civil (agricultores familiares, pequenas associações e outros) para o aumento da produção e para a oferta de alimentos <i>in natura</i> .						
8 - Estimular o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de DCNT no setor de saúde suplementar.						
9 - Pactuar com os setores sociais de interesse público um código de ética e conduta na relação público-privada para as ações de promoção da saúde/prevenção DCNT.						

EIXO II: PROMOÇÃO DA SAÚDE						
Estratégia 4: Criar estratégia de comunicação com os temas de promoção da saúde, prevenção de DCNT e seus fatores de risco e promoção de modos de vida saudáveis	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	Ascom/SVS, SAS, SCTIE, ME	Monitorar a porcentagem da população exposta às campanhas de DCNT e promoção	Monitorar a porcentagem da população exposta às campanhas de DCNT e promoção	Monitorar a porcentagem da população exposta às campanhas de DCNT e promoção	Monitorar a porcentagem da população exposta às campanhas de DCNT e promoção	Monitorar a porcentagem da população exposta às campanhas de DCNT e promoção
Ações						
1 - Desenvolver estratégias de <i>marketing</i> social para a promoção de modos de vida saudável em nível nacional e local, articuladas com Secom/PR, Ascom e Nucom/MS e outras parcerias.						
2 - Planejar, de forma intersetorial, campanhas educativas e educação permanente de promoção e de prevenção de DCNT em todo o território nacional e monitorar sua efetividade.						
3 - Capacitar as assessorias de comunicação dos Ministérios e das agências reguladoras na divulgação, nos megaeventos esportivos e de informações sobre modos de vida saudáveis.						
4 - Implementar o Plano de Comunicação em Saúde para difusão de informações sobre práticas de promoção da saúde e de prevenção de DCNT, diversificando as mídias e os públicos-alvo.						
5 - Divulgar programas sobre promoção da saúde na <i>web</i> , nas mídias locais e espontâneas, nas rádios, nas televisões públicas e nos canais abertos de TV.						
6 - Fomentar pesquisas para subsidiar ações para grupos especiais de maior vulnerabilidade para DCNT.						
7 - Desenvolver e implementar metodologias e estratégias de educação e de comunicação de risco sobre os agravos decorrentes da exposição humana aos contaminantes ambientais, em especial, os agrotóxicos.						
8 - Inserir, nos temas de comunicação da Copa e das Olimpíadas, conteúdos relativos aos modos de vida saudável e à promoção da saúde.						
9 - Realizar campanhas de sensibilização de profissionais, de agentes do Sisan e da população para o preparo e o consumo de produtos alimentares regionais, da sociobiodiversidade, agroecológico e de maior valor nutritivo.						

EIXO II: PROMOÇÃO DA SAÚDE						
Estratégia 5: Implantar ações de promoção de atividade física/ esporte/práticas corporais e modos de vida saudáveis para a população, em parceria com o Ministério do Esporte (Programa Academia da Saúde, Vida Saudável e outros)	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/19	Indicadores/ Meta 2022
	SVS, SAS, ME	Mil Academias da Saúde implantadas em municípios	Três mil Academias da Saúde implantadas em municípios	Quatro mil Academias da Saúde implantadas em municípios	Quatro mil e quinhentas Academias da Saúde implantadas em municípios	Cinco mil Academias da Saúde implantadas em municípios
Ações						
1 - Financiar a implantação e adequação de áreas físicas para o Programa Academia da Saúde, com a devida previsão de utilização desses espaços, inclusive com orientação profissional.						
2 - Financiar a manutenção do Programa Academia da Saúde.						
3 - Articular, com outros setores do governo, a implantação de programa de orientação a práticas corporais/atividade física em espaços públicos de lazer existentes e a serem construídos.						
4 - Capacitar e aprimorar recursos humanos e logísticos para o Programa Academia da Saúde.						
5 - Realizar campanha de comunicação e educação para a promoção de saúde via práticas corporais/atividade física.						
6 - Incentivar ações de práticas integrativas no Programa Academia da Saúde, Esporte e Lazer da Cidade, Praças da Juventude e Praças do Esporte e da Cultura.						
7 - Criar estratégias de promoção de vida saudável, pelo estímulo à atividade física/práticas corporais, lazer e modos de vida saudáveis vinculadas à preparação da Copa do Mundo e das Olimpíadas.						

EIXO II: PROMOÇÃO DA SAÚDE						
Estratégia 6: Estimular a construção de espaços urbanos ambientalmente sustentáveis e saudáveis	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta2022
	SAS, SVS, ME, MC e outros	Número de unidades de Praças (PAC) construídas	Número de unidades de Praças (PAC) construídas	Número de unidades de Praças (PAC) construídas	Número de unidades de Praças (PAC) construídas	Número de unidades de Praças (PAC) construídas
Ações						
1 - Articular com os Ministérios das Cidades, Educação, Esporte e Defesa para a construção do Plano Nacional de Transporte Ativo e Saudável, na perspectiva da segurança pública e do trânsito, da iluminação pública, da mobilidade e da acessibilidade.						
2 - Articular, junto ao BNDES e ao Ministério das Cidades, recursos para implementação de um Programa Nacional de Calçadas Saudáveis e construção ou reativação de ciclovias, parques, praças e pistas de caminhadas, integradas às políticas implementadas pelo Ministério do Esporte.						
3 - Sugerir, no Plano Diretor das Cidades, a previsão de estruturas que garantam organização e segurança na guarda de equipamentos particulares, como bicicletário, para favorecer o uso de transporte ativo, no lazer e no deslocamento para o trabalho.						
4 - Propor ao Ministério das Cidades a abertura de editais para construção de estruturas que favoreçam a prática do esporte, do lazer e da atividade física nos municípios, com políticas de utilização desses espaços.						
5 - Ampliar espaços e equipamentos de esporte e lazer, como as Praças da Juventude, as Praças do Esporte e da Cultura e as Academias da Saúde, enquanto ambientes saudáveis e sustentáveis que promovam práticas corporais/atividade física e de saúde ao longo do curso da vida.						
6 - Articular a construção de praças do PAC como um equipamento que integra atividades e serviços culturais, práticas esportivas e de lazer, formação e qualificação para o mercado de trabalho, serviços socioassistenciais, políticas de saúde e prevenção à violência e de inclusão digital, oferecendo cobertura a todas as faixas etárias.						

EIXO II: PROMOÇÃO DA SAÚDE						
Estratégia 7: Ampliar e fortalecer as ações de alimentação saudável	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	SAS, SVS, Anvisa, MPA, PNAE/FNDE/ MEC	40% das escolas com alimentação saudável	50% das escolas com alimentação saudável	60% das escolas com alimentação saudável	70% das escolas com alimentação saudável	80% das escolas com alimentação saudável
Ações						
1 - Implementar os guias alimentares para fomentar, em todos os ciclos da vida, escolhas saudáveis relacionadas à alimentação.						
2 - Apoiar a implementação dos parâmetros nutricionais do Programa de Alimentação do Trabalhador, com foco na alimentação saudável e na prevenção de DCNT no ambiente de trabalho.						
3 - Promover a aquisição de alimentos saudáveis para o Programa Nacional de Alimentação Escolar, de forma a respeitar as diferenças biológicas entre faixas etárias e condições alimentares que necessitem de atenção especializada.						
4 - Articular ações de capacitação e de educação permanente dos profissionais de saúde, em especial na Atenção Básica em Saúde, com foco na promoção da alimentação saudável.						
5 - Formular a orientação técnica para a aquisição dos alimentos oriundos da agricultura familiar, conforme o art. 14 da Lei nº 11.947/2009 – Atendimento da Alimentação Escolar.						
6 - Promover ações de educação alimentar e nutricional e de ambiente alimentar saudável nas escolas, no contexto do Programa Saúde na Escola.						
7 - Elaborar e implementar programas de educação alimentar e de nutrição, articulando diferentes setores da sociedade.						
8 - Fortalecer a promoção da alimentação saudável na infância, por meio da expansão das redes de promoção da alimentação saudável voltadas às crianças menores de dois anos (Rede Amamenta Brasil e Estratégia Nacional de Alimentação Complementar Saudável).						

9 - Fortalecer o projeto Educanvisa como estratégia de promoção da alimentação saudável.
10 - Elaborar Guia de Boas Práticas Nutricionais para Alimentação Fora de Casa, destinado a orientar pequenos comércios e serviços sobre o preparo e a oferta adequada e saudável dos alimentos oferecidos para refeições de rua.
11 - Estimular o consumo de alimentos saudáveis, como frutas, legumes e verduras e outros.
12 - Ordenar e fomentar a aquicultura familiar, visando ao aumento da produção e oferta de alimentos (pescados e algas) para uma alimentação saudável.
13 - Estimular a produção de alimentos de bases limpas (orgânicos, agroecológicos etc.), em articulação com os programas facilitadores da produção de alimentos saudáveis do Ministério do Desenvolvimento Agrário.
14 - Criar protocolo de ações de educação alimentar e nutricional para as famílias beneficiárias dos programas socioassistenciais, integrando redes e equipamentos públicos e instituições que compõem o Sisvan.

EIXO II: PROMOÇÃO DA SAÚDE						
Estratégia 8: Ações de regulamentação para promoção da saúde	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	CGAN/SAS, Anvisa, MPA	Nº de normas de rotulagem revisadas e aprimoradas	Nº de normas de rotulagem revisadas e aprimoradas	Nº de normas de rotulagem revisadas e aprimoradas	Nº de normas de rotulagem revisadas e aprimoradas	Nº de normas de rotulagem revisadas e aprimoradas
Ações						
1 - Propor a revisão do Decreto-Lei nº 986/1969, que trata da defesa e da proteção da saúde individual ou coletiva, no tocante a alimentos, desde a sua obtenção até o seu consumo.						
2 - Revisar e aprimorar as normas de rotulagem de alimentos embalados, atendendo a critérios de legibilidade e visibilidade, facilitando a compreensão pelo consumidor.						
3 - Propor e fomentar a adoção de medidas fiscais tais como: redução de impostos, taxas e subsídios, visando à redução de preços dos alimentos saudáveis (frutas, hortaliças), a fim de estimular o seu consumo.						
4 - Fortalecer a regulamentação da publicidade de alimentos destinados ao público infantil.						
5 - Fortalecer a regulamentação da publicidade de alimentos e bebidas não alcoólicas.						
6 - Apoiar a inclusão de alertas sobre riscos à saúde, a qualquer tipo de publicidade destinada à promoção de alimentos processados, conforme regulamento específico.						
7 - Monitorar a implementação da regulação da publicidade de alimentos.						
8 - Apoiar a regulamentação da publicidade de substâncias químicas, incluir advertências sobre os riscos à saúde, controlar a exposição e alcançar o banimento do amianto.						
9 - Fortalecer mecanismos intersetoriais de apoio a iniciativas de regulação de publicidade de alimentos, que são alvo de ações judiciais.						

10 - Estimular a regulamentação do fornecimento de alimentos e refeições para o setor público e privado, tais como restaurantes universitários, repartições públicas, ambientes de trabalho e outros, a fim de garantir o alcance das recomendações sobre alimentação saudável.

11 - Fomentar iniciativas intersetoriais para a regulação e o controle da qualidade e inocuidade dos recursos pesqueiros destinados à alimentação humana.

12 - Propor medidas fiscais como redução de impostos, taxas e subsídios, a fim de reduzir o preço de alimentos saudáveis (pescados e algas), estimulando, assim, o seu consumo.

EIXO II: PROMOÇÃO DA SAÚDE						
Estratégia 9: Avançar nas ações de implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT Decreto nº 5.658/2006	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	Inca, SVS, Anvisa e representações de Ministérios e Secretarias da CONICQ	Medidas da CQCT implantadas e/ou aperfeiçoadas	Medidas da CQCT implantadas e/ou aperfeiçoadas	Medidas da CQCT implantadas e/ou aperfeiçoadas	Medidas da CQCT implantadas e/ou aperfeiçoadas	Medidas da CQCT implantadas e/ou aperfeiçoadas
Ações						
1 - Fortalecer mecanismo de governança intersetorial da Política Nacional de Controle do Tabaco (Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CONICQ) e da governança setorial da implementação das ações da CQCT na agenda de saúde, em consonância com o art. 19 e cumprindo as diretrizes do art. 5.3.						
2 - Adequar a legislação nacional que regula o ato de fumar em recintos coletivos, em consonância com a diretriz da CQCT que estabelece o banimento do fumo em ambientes coletivos fechados, bem como com a legislação referente aos produtos derivados do tabaco (propaganda, rotulagem e outros).						
3 - Ampliar as ações de prevenção e de cessação do tabagismo em toda população, com atenção especial aos grupos mais vulneráveis (jovens, mulheres, população de menor renda e escolaridade, indígenas e quilombolas).						
4 - Fortalecer a implementação da política de preços e de aumento de impostos dos produtos derivados do tabaco com o objetivo de reduzir o consumo.						
5 - Fortalecer mecanismos intersetoriais para combate ao mercado ilegal de produtos derivados do tabaco e ratificar o protocolo sobre a eliminação de mercado ilícito de produtos derivados do tabaco.						
6 - Fortalecer a regulação dos produtos derivados do tabaco.						
7 - Fortalecer a integração do setor saúde e demais setores governamentais com o Programa Nacional de Diversificação em áreas cultivadas com o tabaco (MDA), visando à ampliação da cobertura desse programa.						

8 - Monitorar, avaliar e desenvolver pesquisas para subsidiar a implementação da CQCT no Brasil.
9 - Participar dos mecanismos de cooperação internacional relacionados à implementação da CQCT no Brasil.
10 - Monitorar as estratégias da indústria do tabaco que visam restringir a adoção das medidas da CQCT, inclusive no âmbito do Judiciário.
11 - Fortalecer ações de promoção da saúde junto aos escolares por meio da parceria MS/MEC (Programa Saúde na Escola).

EIXO II: PROMOÇÃO DA SAÚDE						
Estratégia 10: Articular ações para prevenção e para o controle da obesidade	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	CGAN/SAS, MEC, ME	Reduzir obesidade na infância	Reduzir obesidade na infância	Reduzir obesidade na infância	Reduzir obesidade na infância	Reduzir obesidade na infância
Ações						
1 - Fomentar a vigilância alimentar e nutricional por meio da realização de pesquisas e/ou inquéritos populacionais sobre prevalência de sobrepeso, obesidade e fatores associados.						
2 - Estimular o hábito de práticas corporais/atividade física no cotidiano e ao longo do curso da vida.						
3 - Apoiar iniciativas intersetoriais para o aumento da oferta de alimentos básicos e minimamente processados no contexto da produção, abastecimento e consumo.						
4 - Apoiar iniciativas intersetoriais de comunicação social, educação e <i>advocacy</i> para adoção de modos de vida saudáveis.						
5 - Apoiar iniciativas intersetoriais para a promoção de modos de vida saudáveis nos territórios, considerando espaços urbanos (como escola, ambiente de trabalho, equipamentos públicos de alimentação e nutrição, atividade física e redes de saúde e socioassistencial) e espaços rurais (como unidades de conservação e parques nacionais).						
6 - Estruturar e implementar modelos de atenção integral à saúde do portador de excesso de peso/obesidade na rede de saúde, em especial na Atenção Básica.						
7 - Fomentar iniciativas intersetoriais para a regulação e o controle da qualidade e inocuidade de alimentos.						
8 - Propor e fomentar iniciativas intersetoriais para a adoção de medidas fiscais tais como taxas, subsídios e tributação simplificada, com vistas a estimular o consumo de alimentos saudáveis, como frutas e hortaliças.						

EIXO II: PROMOÇÃO DA SAÚDE						
Estratégia 11: Fortalecer ações de promoção à saúde e prevenção do uso prejudicial do álcool	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	SAS, SVS, Anvisa, MEC, Min. Cidades/ Denatran, Min. da Justiça	Reduzir consumo abusivo de álcool em adolescentes	Reduzir consumo abusivo de álcool em adolescentes	Reduzir consumo abusivo de álcool em adolescentes	Reduzir consumo abusivo de álcool em adolescentes	Reduzir consumo abusivo de álcool em adolescentes
Ações						
1- Apoiar a intensificação de ações fiscalizadoras e comércio ilegal em relação à venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos.						
2- Apoiar a intensificação de ações fiscalizatórias em relação ao uso de álcool e direção motorizada.						
3 - Articular, com outros setores de governo nacional e interfederativos, a reabilitação e a reinserção do alcoolista na sociedade, por meio de geração de renda e do acesso à moradia saudável.						
4 - Apoiar iniciativas locais de redução de danos provocados pelo consumo de álcool, como a distribuição gratuita de água em bares e boates.						
5 - Fortalecer, no Programa Saúde na Escola, ações educativas voltadas para a prevenção e para a redução do uso de álcool.						
6 - Articular a rede de cuidado da Assistência Social (CRAS, CREAS) e equipes de apoio para o cuidado aos usuários dependentes de álcool.						
7 - Apoiar iniciativas locais de legislação específica em relação a controle de pontos de venda de álcool e horário noturno de fechamento de bares e outros pontos correlatos de comércio.						
8 - Apoiar os projetos de lei que regulamentam a publicidade e a propaganda de bebidas alcoólicas.						
9 - Apoiar o aumento dos impostos sobre bebidas alcoólicas.						
10 - Monitorar as ações regulatórias de publicidade e propaganda de bebidas alcoólicas.						
11- Ampliar o acesso, qualificar e diversificar o tratamento a usuários e dependentes de álcool e a seus familiares, com ênfase nas populações vulneráveis, como adolescentes, adultos jovens, baixa escolaridade, baixa renda, indígenas e quilombolas.						

EIXO II: PROMOÇÃO DA SAÚDE						
Estratégia 12: Implantação de um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	SAS, SVS	Formar cuidadores para idosos na comunidade. Cuidadores para idosos na comunidade formados	Formar cuidadores para idosos na comunidade. Cuidadores para idosos na comunidade formados	Formar cuidadores para idosos na comunidade. Cuidadores para idosos na comunidade formados	Formar cuidadores para idosos na comunidade. Cuidadores para idosos na comunidade formados	Formar cuidadores para idosos na comunidade. Cuidadores para idosos na comunidade formados
Ações						
1 - Fortalecer ações de promoção de envelhecimento ativo e saudável na Atenção Básica em Saúde.						
2 - Apoiar as estratégias de promoção de envelhecimento ativo na área de saúde suplementar.						
3 - Adequar as estruturas dos pontos de atenção da rede para melhorar a acessibilidade e o acolhimento aos idosos.						
4 - Ampliar e garantir o acesso com qualidade à tecnologia assistiva e a serviços para pessoas idosas e com condições crônicas.						
5 - Promover a ampliação do grau de autonomia, da independência para o autocuidado e do uso racional de medicamentos em idosos.						
6 - Organizar as linhas de cuidado para as condições crônicas prioritárias e idosos frágeis, ampliando o acesso com qualidade.						
7 - Ampliar a formação continuada dos profissionais de saúde para o atendimento, acolhimento e cuidado da pessoa idosa e de pessoas com condições crônicas.						
8 - Fortalecer e expandir a formação do cuidador da pessoa idosa e com condições crônicas na comunidade.						

7.3. EIXO III: CUIDADO INTEGRAL

1. PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL, 2011-2022						
2. RESPONSÁVEL PELO PLANO: SVS						
3. ATORES ENVOLVIDOS NO PLANO:		Ministério da Saúde (SAS, SCIT, SEGETS, SEGEP, ANS, Inca, Anvisa, Sesai)				
4. OBJETIVO(S) DO PLANO: Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção integral aos portadores de doenças crônicas						
EIXO III: CUIDADO INTEGRAL						
OBJETIVOS		Fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde, visando à ampliação de um conjunto de intervenções diversificadas capazes de uma abordagem integral da saúde com vistas à prevenção e ao controle das DCNT				
Estratégia 1: Definir Linha de Cuidado do portador de DCNT com projeto terapêutico adequado, vinculação ao cuidador e à equipe de saúde, garantindo a integralidade e a continuidade do acompanhamento	Responsáveis	Indicadores/Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	DAB/DAE/SAS/ DERAC, Inca	Vincular paciente com doença crônica às equipes da Atenção Básica em Saúde com continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.	Vincular paciente com doença crônica às equipes da Atenção Básica em Saúde com continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.	Vincular paciente com doença crônica às equipes da Atenção Básica da Saúde com continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.	Vincular paciente com doença crônica às equipes da Atenção Básica em Saúde com continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.	Vincular paciente com doença crônica às equipes da Atenção Básica em Saúde com continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

Ações
1 - Garantir o acolhimento, a ampliação do acesso e a integralidade da atenção aos portadores de DCNT.
2 - Atualizar e implementar as diretrizes clínicas do Ministério da Saúde, com base em evidências e custo-efetividade para linhas de cuidado das principais doenças crônicas: hipertensão, diabetes, acidente vascular encefálico, doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e demais DCNT.
3 - Promover e garantir a vinculação dos portadores de DCNT à Atenção Primária em Saúde/Unidade Básica de Saúde por meio do seu envolvimento e coparticipação na construção do projeto terapêutico.
4 - Implantar estratégias de avaliação de risco global para DCNT em usuários vinculados à Atenção Primária em Saúde, para o rastreamento de risco e detecção precoce de doenças crônicas.
5 - Estratificar os usuários com DCNT segundo risco e planejar projetos terapêuticos individualizados e coletivos.
6 - Estabelecer ações de prevenção primária para pessoas em risco de desenvolver DCNT, com vistas à adoção de modos saudáveis de vida, implementando iniciativas como: Academia da Saúde, alimentação saudável, grupos operativos e outros, para suporte no desenvolvimento de hábitos saudáveis de vida.

EIXO III: CUIDADO INTEGRAL						
Estratégia 2: Fortalecer e qualificar a gestão da rede de serviços visando a qualificar os fluxos e as respostas aos portadores de DCNT	Responsáveis	Indicadores/Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	SAS	Atenção domiciliar implantada no SUS	Atenção domiciliar implantada no SUS	Atenção domiciliar implantada no SUS	Atenção domiciliar implantada no SUS	Atenção domiciliar implantada no SUS
Ações						
1 - Criar mecanismo para a vinculação dos portadores de DCNT à Atenção Básica em Saúde/Unidade Básica de Saúde.						
2 - Qualificar a resposta da Atenção Básica em Saúde.						
3 - Definir fluxo de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica em Saúde e a rede de especialidades e hospitalar, favorecendo a continuidade do cuidado.						
4 - Intervir no fluxo de organização da Rede e no processo de trabalho em saúde, garantindo o acesso e acolhimento em situações agudas ou crônicas agudizadas, e o acesso e atenção às urgências.						
5 - Fortalecer os mecanismos de verificação de custo-efetividade para a incorporação de novas tecnologias voltadas às DCNT (Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde).						
6 - Aumentar a oferta de procedimentos de média e alta complexidade aos indivíduos com doenças crônicas.						
7 - Implantar a Política Nacional de Atenção Domiciliar para atendimento aos portadores de condições crônicas, cuidados paliativos e outros.						
8 - Fortalecer processos de monitoramento de equipamentos, produtos, insumos e medicamentos, garantindo a qualidade e a segurança das tecnologias.						
9 - Implantar sistema de gestão clínico para DCNT, reformulando o Sistema Hiperdia para apoio aos cuidadores no gerenciamento do cuidado na Atenção Básica em Saúde.						
10 - Valorizar o profissional de saúde para atuação em DCNT.						

EIXO III: CUIDADO INTEGRAL						
Estratégia 3: Fortalecer o complexo produtivo da saúde para o enfrentamento das DCNT	Responsáveis	Indicadores/Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	DAF/SCTIE, SAS, Anvisa	Ofertar medicamentos para tratamento de DCNT	Ofertar medicamentos para tratamento de DCNT	Ofertar medicamentos para tratamento de DCNT	Ofertar medicamentos para tratamento de DCNT	Ofertar medicamentos para tratamento de DCNT
Ações						
1 - Fortalecer a Assistência Farmacêutica para garantir a ampliação do acesso aos medicamentos e insumos estratégicos previstos nos Protocolos Clínicos e nas Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde para o cuidado das DCNT e do tabagismo.						
2 - Estabelecer estratégias e mecanismos para o aumento da adesão ao tratamento das DCNT e para a promoção do uso racional de medicamentos específicos.						
3 - Ampliar o acesso aos medicamentos essenciais para o enfrentamento das DCNT por meio do Programa Farmácia Popular.						
4 - Monitorar eventos adversos, ineficácia e interação medicamentosa decorrentes do uso de medicamentos para o enfrentamento das DCNT.						
5 - Fortalecer o complexo produtivo da saúde para ampliar a produção de insumos farmacêuticos (fármacos) destinados ao enfrentamento das DCNT.						
6 - Garantir a oferta de vacinas para a prevenção de hepatite B, influenza em idosos, pneumococo e outras comorbidades das DCNT.						
7 - Estabelecer parceria com integrantes da rede Farmácia Popular para, além do acesso aos medicamentos, atuarem como parceiros no encaminhamento para o diagnóstico precoce e educação para o autocuidado (Res. nº 44/Anvisa).						

EIXO III: CUIDADO INTEGRAL						
Estratégia 4: Fortalecer a rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	Inca, SAS	Realizar tratamento de 100% das lesões precursoras de câncer do colo do útero	Realizar tratamento de 100% das lesões precursoras de câncer do colo do útero	Realizar tratamento de 100% das lesões precursoras de câncer do colo do útero	Realizar tratamento de 100% das lesões precursoras de câncer do colo do útero	Realizar tratamento de 100% das lesões precursoras de câncer do colo do útero
Ações						
1- Aperfeiçoar o rastreamento do câncer do colo do útero e evoluir do modelo oportunístico para o modelo organizado, com garantia de confirmação diagnóstica, tratamento de lesões precursoras e referência dos casos confirmados de câncer para o nível terciário.						
2 - Fortalecer o rastreamento e o diagnóstico precoce do câncer de mama, com garantia de acesso das mulheres com lesões suspeitas ao imediato diagnóstico e esclarecimento.						
3 - Ampliar o acesso das mulheres na faixa etária-alvo de 50 a 69 anos à mamografia de rastreamento.						
4 - Implantar o Programa de Gestão da Qualidade de Citopatologia.						
5 - Implantar o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia.						
6 - Capacitar profissionais da Atenção Básica e Secundária para o rastreamento do câncer do colo do útero.						
7 - Capacitar profissionais da Atenção Básica e Secundária para a detecção precoce do câncer de mama.						
8 - Desenvolver estratégias para difusão de informação e mobilização social relativas à prevenção e à detecção precoce do câncer do colo do útero e de mama.						

EIXO III: CUIDADO INTEGRAL						
Estratégia 5: Ampliar, fortalecer e qualificar a assistência oncológica no SUS	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	Inca, SAS	Capacitar servidores da rede básica para cuidados paliativos	Capacitar servidores da rede básica para cuidados paliativos	Capacitar servidores da rede básica para cuidados paliativos	Capacitar servidores da rede básica para cuidados paliativos	Capacitar servidores da rede básica para cuidados paliativos
Ações						
1 - Garantir o acesso ao diagnóstico e à assistência oncológica, fortalecendo e expandindo a rede de tratamento do câncer no SUS.						
2 - Fortalecer, ampliar e qualificar o tratamento radioterápico para redução do atual déficit e das desigualdades sociais.						
3 - Utilizar as diretrizes clínicas para estabelecer e qualificar as redes regionais de atendimento e serviços de referência oncológica.						
4 - Capacitar a rede básica para promoção, prevenção e diagnóstico precoce das neoplasias mais prevalentes, agilizando o acesso aos Centros de Tratamento.						
5 - Capacitar a rede básica para cuidados de suporte, paliativos e dor oncológica para acompanhamento conjunto com os centros de tratamento.						
6 - Divulgar à comunidade as ações de promoção, prevenção e cuidados relacionados ao paciente e as informações epidemiológicas sobre câncer.						

EIXO III: CUIDADO INTEGRAL						
Estratégia 6: Desenvolver e implementar estratégias para formação profissional e técnica e de qualificação das equipes de saúde	Responsáveis	Indicadores/Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	Inca, SAS	Implantar Telessaúde e "2ª opinião formativa" em DCNT para equipes de Atenção Básica em Saúde em 30% dos municípios	Implantar Telessaúde e "2ª opinião formativa" em DCNT para equipes de Atenção Básica em Saúde em 50% dos municípios	Implantar Telessaúde e "2ª opinião formativa" em DCNT para equipes de Atenção Básica em Saúde em 60% dos municípios	Implantar Telessaúde e "2ª opinião formativa" em DCNT para equipes de Atenção Básica em Saúde em 70% dos municípios	Implantar Telessaúde e "2ª opinião formativa" em DCNT para equipes de Atenção Básica em Saúde em 90% dos municípios
Ações						
1 - Fortalecer as estratégias de ensino e aprendizagem para o trabalho multidisciplinar e intersectorial, visando a ampliar as ações de promoção da saúde às DCNT na Atenção Básica em Saúde.						
2 - Promover a educação permanente das equipes de saúde nas diretrizes clínicas das DCNT.						
3 - Formar técnicos e pós-técnicos para o apoio diagnóstico das DCNT.						
4 - Utilizar tecnologias de ensino a distância para educação permanente e atualização das equipes da rede básica por meio do Telessaúde, "2ª opinião formativa" e Unassus em DCNT.						
5 - Promover editais do PET Saúde com ênfase em ações de vigilância, promoção e cuidado integral de DCNT.						
6 - Fortalecer as diretrizes curriculares nacionais e as políticas interministeriais de reorientação curricular na graduação dos cursos da área da saúde (Pró-Saúde), com vistas às ações de enfrentamento das DCNT.						

7 - Incluir a abordagem teórico-metodológica da educação popular em saúde nos processos formativos da Atenção Básica em Saúde.

8 - Fomentar a abordagem das DCNT nos cursos de pós-graduação (*sensu strictu* e *sensu lato*) em áreas da saúde e correlatas.

9 - Valorizar o profissional de saúde para atuação em DCNT.

10 - Implementar os processos de educação permanente dos profissionais e dos trabalhadores do SUS, por meio da articulação das CIES, instituições de ensino e pesquisa e associações de especialistas.

EIXO III: CUIDADO INTEGRAL						
Estratégia 7: Fortalecer a área de educação em saúde para DCNT	Responsáveis	Indicadores/Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	SAS, SEGETS, SGP	Formar cuidadores para apoio nas comunidades em 20% dos municípios	Formar cuidadores para apoio nas comunidades em 40% dos municípios	Formar cuidadores para apoio nas comunidades em 60% dos municípios	Formar cuidadores para apoio nas comunidades em 80% dos municípios	Formar cuidadores para apoio nas comunidades em 90% dos municípios
Ações						
1 - Implementar estratégias educativas e de comunicação em saúde voltadas ao fortalecimento da autonomia e do autocuidado para portadores de DCNT.						
2 - Fortalecer as estratégias de trabalho multidisciplinar e intersetorial, visando a ampliar as ações de promoção da saúde às DCNT na Atenção Básica em Saúde.						
3 - Formar cuidadores para apoio nas comunidades.						
4 - Desenvolver e disponibilizar material educativo de apoio para portadores de DCNT, valorizando a participação dos usuários e o diálogo com os saberes da comunidade.						
5 - Acompanhar e avaliar as ações educativas em DCNT, mediante a interação das equipes de saúde com os demais agentes educativos envolvidos na atenção.						
6 - Implementar estratégias continuadas de educação e comunicação em saúde sobre as DCNT e seus fatores de risco no âmbito dos serviços e da comunidade, em articulação com associações comunitárias, ONGs e movimentos populares.						

EIXO III: CUIDADO INTEGRAL						
Estratégia 8: Fortalecer o cuidado ao paciente com doenças do aparelho circulatório na Rede de Urgência	Responsáveis	Indicadores/Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	DAE/SAS/INC	Criar unidades de atendimento do AVE e do IAM	Criar unidades de atendimento do AVE e do IAM	Criar unidades de atendimento do AVE e do IAM	Criar unidades de atendimento do AVE e do IAM	Criar unidades de atendimento do AVE e do IAM
Ações						
1 - Implantar protocolos para tratamentos e para agilizar a transferência e o transporte dos portadores de síndrome coronariana aguda e acidente vascular encefálico.						
2 - Utilizar métodos de Telemedicina para diagnóstico eletrocardiográfico precoce e preciso do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e na abordagem do AVE. Expansão do TeleECG no Serviço de Atendimento Médico de Urgência (Samu), nas Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs), prontos-socorros e unidades de AVE.						
3 - Qualificar o atendimento ao infarto agudo do miocárdio nas urgências pré-hospitalares (Samu e UPAs) e implementar a integração entre o diagnóstico pré-hospitalar e a conduta hospitalar.						
4 - Criar unidades de atendimento ao acidente vascular encefálico nos hospitais de referência, visando à assistência qualificada (cuidado multiprofissional) e à capacitação dos demais profissionais da Rede para o atendimento pós-internação.						
5 - Criar mecanismo de financiamento e ampliação de leitos de unidades de AVE e IAM para hospitais que se habilitem a participar da Rede.						
6 - Ampliar o acesso à angioplastia primária.						
7 - Melhorar a comunicação e a articulação entre a Central de Regulação Médica, as Unidades Coronarianas e as Unidades de AVE, visando ao atendimento imediato.						
8 - Garantir o fornecimento de medicamentos essenciais ao tratamento do IAM e AVC.						

9 - Garantir o acesso à reabilitação qualificada para pacientes com AVE.
10 - Definir protocolos e normas para a realização de trombólise no acidente vascular encefálico e no infarto agudo do miocárdio.
11 - Ampliar leitos para tratamento de infarto agudo do miocárdio.
12 - Qualificar os profissionais do atendimento pré-hospitalar, de urgência e de emergência para identificação e atendimento ao AVE e IAM.
13 - Implantar o Telessaúde entre unidades de referência para atendimento ao IAM e AVE e outros pontos da rede.
14 - Possibilitar o acesso facilitado a leitos de retaguarda para portadores de condições crônicas e socialmente vulneráveis.
15 - Promover a prevenção secundária do IAM e do AVE.
16 - Aumentar a efetividade no atendimento de portadores de quadros clínicos complexos em unidade de atenção ao acidente AVE e IAM.
17 - Capacitar profissionais para o diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento pós-internação por AVE e IAM.
18 - Garantir a continuidade do cuidado e a utilização dos recursos terapêuticos adequados para o período pós-IAM e pós-AVE.
19 - Divulgar para a população conhecimentos referentes à identificação precoce do IAM e AVE.
20 - Criar registros de IAM e AVE, incluindo pontos de atenção pré-hospitalar.

8. Referências

- ABE, I. M.; LOTUFO, P. A.; GOULART, A. C.; BENSEÑOR, I. M. Stroke prevalence in a poor neighbourhood of São Paulo, Brazil: applying a stroke symptom questionnaire. *International Journal of Stroke*, 2011, v. 6, n. 1, p. 33-9.
- ABE, I. M.; GOULART, A. C.; Junior, W. R. S.; LOTUFO, P. A.; BENSEÑOR, I. M. Validation of Stroke symptom questionnaire for epidemiological surveys. *São Paulo Medical Journal*, 2010, v. 128, n. 4, p. 225-31.
- ABEGUNDE, D. O.; MATHERS, C. D.; ADAM, T.; ORTEGON, M.; STRONG, K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 2007, n. 370, p. 1.929-38.
- AHMAD, O. B.; BOSCHI-PINTO, C.; LOPEZ, A. D.; MURRAY, C. J. L.; LOZANO, R.; INOUE, M. Age standardization of rates: a new who standard – GPE. *Discussion Paper Series*, n. 31. Disponível em: <<http://www.who.int/healthinfo/>>.
- ALWAN, A. et al. Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *The Lancet* 2010, n. 376, p. 1861-68.
- ANDERSON, P.; CHISHOLM, D.; FUHR, D. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet*, 2009, n. 373, p. 2234-46.
- ASARIA, P. et al. Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *The Lancet*, 2007, n. 370, p. 2044-53.
- ASHER, M. I.; MONTEFORT, S.; BJÖRKSTÉN, B.; LAI, C. K.; STRACHAN, D. P.; WEILAND, S. K.; WILLIAMS, H. ISAAC, Phase Three Study Group. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet*, 2006, v. 368, n. 9537, p. 733-43.
- BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Determinantes das Condições de Saúde e Problemas Prioritários no País. Anais da XI Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 16 a 19 de dezembro de 2000.
- BAZZANO, L. A.; SERDULA, M. K.; LIU, S. Dietary intake of fruits and vegetables and risk of cardiovascular disease. *Current Atherosclerosis Reports*, 2003, n. 5, p. 492-9.
- BRASIL. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2006-2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1521>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *A Vigilância, o Controle e a Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis*: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Brasília, 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção de saúde, vigilância, prevenção e assistência, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

BROWN, I. J. et al. Salt intakes around the world: implications for public health. *International Journal of Epidemiology*, 2009, n. 38, p. 791-813.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 2006, v. 22, n. 9, p. 2005-2008.

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

DOLL, R.; PAYNE, P.; WATERHOUSE, J. Cancer Incidence in Five Continents: A Technical Report. Berlin: Springer-Verlag (for UICC), 1966.

EZZATI, M. et al. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *The Lancet*, 2002, n. 360, p. 1.347-60.

GOULART, A. C.; Bastos, I. R.; ABE, I. M.; PEREIRA, A. C.; FEDELI, L. M.; BENSEÑOR, I. M.; LOTUFO, P. A. A stepwise approach to stroke surveillance in Brazil: the EMMA (Estudo de Mortalidade e Morbidade do Acidente Vascular Cerebral) Study. *International Journal of Stroke*, 2010, v. 5, n. 4, p. 284-9.

HU, F. B. et al. Dietary fat intake and the risk of coronary heart disease in women. *New England Journal of Medicine*, 1997, n. 337, p. 1.491-99.

IARC, 2002. *Breast cancer screening*. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2002 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, v. 7).

IARC, 2005. *Cervix Cancer Screening*. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2005 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, v. 10).

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

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estudo Nacional da Despesa Familiar (Endef) 1974-1975*.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003, primeiros resultados*:

Brasil e grandes regiões. 2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002/pof2002.pdf>>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009*. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010c.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008. Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab)*. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde (PNAD 2008)*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. *Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) 1989*. Arquivo de dados da pesquisa. Brasília, 1990.

ISIS-1 (First International Study of Infarct Survival) Collaborative Group. Randomized trial of intravenous atenolol among 16,027 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS-1. *The Lancet*, 1986, n. 2, p. 57-66.

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

JARDIM, J. R.; OLIVEIRA, J. A.; NASCIMENTO, O. II Consenso Brasileiro de DPOC. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2004, n. 30, p. S1-S42.

LEVY, R. B., CLARO, R. M., MONTEIRO, C. A. Sugar and total energy content of household food purchases in Brazil. *Public Health Nutrition*, 2009, n. 12, p. 2.084-91.

LI, R. et al. Cost-effectiveness of interventions to prevent and control diabetes mellitus: a systematic review. *Diabetes Care*, 2010, n. 33, p. 1.872-94.

LIM, S. S. et al. Prevention of cardiovascular disease in high-risk individuals in low-income and middle-income countries: health effects and costs. *The Lancet*, 2007, n. 370, p. 2.054-62.

LOTUFO, P. A.; BENSEÑOR, I. M. Stroke mortality in Brazil: one example of delayed epidemiological cardiovascular transition. *International Journal of Stroke*, 2009, v. 4, n. 1, p. 40-1.

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

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

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

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

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*. v. 14, p. 593-605, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop0510.pdf>>.

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

MATHERS, C. D; LONCAR, D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, n. 3, p. e442.

MCCALLY, M; HAINES, A.; FEIN, O.; ADDINGTON, W.; LAWRENCE, R. S.; Cassel, C. K. Poverty and ill health: physicians can, and should, make a difference. *Ann. Intern. Med.*, 1998, n. 129, p. 726-33.

MEYER, K. A. et al. Dietary fat and incidence of type 2 diabetes in older Iowa women. *Diabetes Care*, 2001, n. 24, p. 1.528-35.

Ministério da Saúde. Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. de 2010. Seção 1.

MONTEIRO, C. A; CONDE, W. L.; Popkin, B. M. Income-Specific Trends in Obesity in Brazil: 1975-2003. *American Journal of Public Health* 2007, n. 97, p. 1.808-12.

MONTEIRO, C. A; D'Aquino, B. M. H.; LUNES, R.; GOUVEIA, N. C; TADDEI, J. A. A. C.; CARDOSO, M. A. A. Endef and PNSN: Trends in Physical Growth of Brazilian Children. *Cadernos de Saúde Pública*, 1993, n. 9 (Supl. 1), p. 85-95.

MONTEIRO, C. A; MOURA, E; CONDE, W. L.; POPKIN, B. M. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *WHO Bull*, 2004, n. 82, p. 940-6.

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

Policy and action for cancer prevention. Food, Nutrition, and Physical Activity: a Global Perspective. Washington, DC, World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, 2009.

RIBOLI, E.; NORAT, T. Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2003, n. 78 (Supl.), p. 559S-569S.

SANKARANARAYANAN, R. et al. Cancer survival in Africa, Asia, and Central America: a population-based study. *The Lancet Oncology*, 2010, v. 11, n. 2, p. 165-73.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Health in

Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, 2011, n. 377.

SCHRAMM, J. M.; OLIVEIRA, A. F.; LEITE, I. C. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*, 2004, n. 9, p. 897-908.

SEMBAJWE, G.; CIFUENTES, M.; TAK, S. W. et al. National income, selfreported wheezing and asthma diagnosis from the World Health Survey. *European Respiratory Journal*, 2010, n. 35, p. 279-286.

SIMÕES, E. J.; HALLAL, P.; PRATT, M. et al. Effects of a community-based, professionally supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. *American Journal of Public Health*, 2009, v. 99, n. 1, p. 68.

STJERNSWÄRD, J.; FOLEY, K. M.; FERRIS, F. D. The public health strategy for palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2007, n. 33, p. 486-93.

STUCKLER, D. Population causes and consequences of leading chronic diseases: a comparative analysis of prevailing explanations. *Milbank Quarterly*, 2008, n. 86, p. 273-326.

TOBACCO ADDICTION. In: JAMISON, D. T. et al. *Disease control priorities in developing countries*. 2. ed. Washington: The World Bank, 2006.

WHITWORTH, J. A. World Health Organization/International Society of Hypertension statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 2003, n. 21, p. 1983-1992.

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

WHO 2000. Global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization, 2000.

WHO 2002a. The World health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002.

WHO 2002b. National cancer control programmes, policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2000.

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

WHO/Fiocruz. Pesquisa Mundial de Saúde 2003. O Brasil em números. RADIS Comunicação em Saúde. 2004.

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

WHO 2005. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization, 2005.

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

WHO 2007b. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes module 2. Geneva: World Health

Organization, 2007b.

WHO 2008. Closing the gap in generation health equality through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health Final Report. Geneva: World Health Organization, 2008.

WHO 2009a. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization, 2009.

WHO 2009b. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization, 2009.

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

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

WHO 2010b. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization, 2010.

WHO 2010c. Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies: report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency, United Kingdom. Geneva: World Health Organization, 2010.

WHO 2010d. The World Health Report 2010 - Health Systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization, 2010.

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

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

WHO 2010g. Package of essential noncommunicable disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization, 2010.

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

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

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

Working towards wellness. The business rationale. Geneva: World Economic Forum, 2008.

YUSUF, S. Two decades of progress in preventing vascular disease. *The Lancet*, 2002, n. 360, p. 2-3.

WATERLOO, C. A. International Tobacco Control Policy Evaluation Project, 2010.

9. Lista de participantes na elaboração do Plano

Coordenadores do Plano

Deborah Carvalho Malta	CGDANT/DASIS/SVS/MS
Otaliba Libânio de Moraes Neto	DASIS/SVS/MS
Jarbas Barbosa da Silva Junior	Secretário da SVS/MS

Redação do Plano

Deborah Carvalho Malta	CGDANT/DASIS/SVS/MS
Betine Pinto Moehleck e Iser	CGDANT/SVS/MS e UFRGS
Eneida Anjos Paiva	CGDANT/SVS/MS
Gulnar Azevedo e Silva	UERJ
Lenildo de Moura	CGDANT/SVS/MS e UFRGS
Luane Margarete Zanchetta	CGDANT/SVS/MS
Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha	CGDANT/SVS/MS
Lucimar Rodrigues Coser Cannon	Opas
Micheline Gomes Campos da Luz	CGDANT/SVS/MS
Regina Tomie Ivata Bernal	USP
Renata Tiene de Carvalho Yokota	CGDANT/SVS/MS
Vera Luiza da Costa e Silva	Fiocruz/ENSP
Otaliba Libânio de Moraes Neto	DASIS/SVS/MS

Colaboradores

Adriana Coser	GAB/SE/MS
Adriano Massuda	SE/MS
Airton Golbert	SBEM
Alba Figueroa	CGDANT/DASIS/SVS
Alberto Aragão	SABPJ/UFRJ
Alberto José de Araujo	Soc. Brasil. de Pneumologia/UFRJ
Alessandra Schneider	Conass
Alexandre Seabra	Abras
Alvimar Botega	DAF/SCTIE/MS
Alzira de Oliveira Jorge	DAE/SAS/MS
Amanda Poldi	Abia
Ana Carolina Feldenheimer da Silva	CGAN/DAB/MS
Ana Carolina Rios	ANS
Ana Cláudia Bastos de Andrade	Anvisa
Ana Daniela Rezende P. P. Neves	DEGES/SGTES/MS
Ana Lucia Santos de Matos Araujo	MCT/Seped
Ana Luisa Serra	DAPES
Ana Luiza O. Champloni	SPE/MF
Ana Marcia Messeder	GPDTA/Anvisa
Ana Maria B. Menezes	UFPEL
Ana Maria Cordeiro	DRAC/SAS/MS
Ana Paula Cavalcante	DAE/SAS/MS
Ana Vasconcelos	DOGES
André D. Barbosa	CGPNCH/SVS
Andreia Duarte Lins	ATPCP/DAPES/SAS
Andreia Setti	CGDANT/DASIS/SVS
Annibal Coelho de Amorin	Fiocruz
Arnaldo R. Costa	DEMAS/SE/MS
Bianca Alves Silveira	SE/ME
Bruce Bartholow Ducan	UFRGS
Bruna Delocco	ANS

Byron Prestes Costa	SE/MJ
Carla Cruz	Anvisa
Carlos A. G. Gadelha	SCTIE/MS
Carlos Alberto Aguilera	SCTIE/MS
Carlos Alberto Matias	GSI-PR/SAEI
Carlos Augusto Monteiro	USP
Carolina Souza Penido	Anvisa
Celeste de Souza Rodriguez	GAB/SAS/MS
Celia Landman	Fiocruz
Celina Pereira	Secex/CASA CIVIL
Cheila Marina de Lima	CGDANT/SVS/MS
Christianne Belinzoni	MDA
Cibele Fernanda Dias Knoen	SAE/PR
Cida Perez	SE/MPA
Claudia Barata Ribeiro	Acad. Bras. Neurologia
Claudia Castro Bernardes Magalhães	SES/DF
Claudia Regina Bonalune	SNDEZ/Min. Esporte
Clemantina Corah L. Prado	DESD/SE/MS
Consuelo Silva Oliveira	Inst. Evandro Chagas/SVS/PA
Cristiane Amaral de Almeida	DSAU/MAPA
Cristiane Montenegro	DEGES
Cristiane Munhoz	SPI/MP
Cristiane Scolari Gosch	CGDANT/SVS/MS
Crystina Aoki	CGMAC/SAS/MS
Cybelle de Aquino J. Alves	PNAE/FNDE
Dais Rocha	UnB/Abrasco
Daisy Maria Coelho de Mendonça	DAB/SAS/MS
Dalila Tussit	UnB
Daniel Rinaldi dos Santos	Soc. Bras. de Nefrologia
Daniela Siqueira	DA/SAGI/MDS
Daniela V. Ferreira	MS
Daniella Ferreira e Cruz Pic	SAM/Casa Civil

Danielle Cruz
Denise Kaplan
Denise Rinehart
Diogo Penha Soares
Doriane Patrícia de Souza
Edise Brito Lopes
Edson Antonio Donagema
Eduardo A. F. Nilson
Eduardo Melo
Eduardo Traversa
Elisabeth Wartchow
Elisete Berchiol da Silva Iwai
Elza Dias Tosta da Silva
Erika Pisaneschi
Eunice de Lima
Fabio da Silva Gomes
Fabricio Araujo Prado
Fadlo Fraige Filho
Fatima Brandalise
Fernanda B. O. Farias
Fernanda Frade
Fernando Barros
Fernando Maximo
Francisco Cordeiro
Gisele Bortolini
Glauco Oliveira
Guilherme E. Almeida
Guilherme Franco Netto
Gustavo Gusso
Heider Pinto
Helena Ferreira
Helena Luna Ferreira

CGDANT/SVS/MS
ADJ DM BR
Conasems
Nuvig/Anvisa
DAGD
GEDANT/SVS/SES-DF
Anvisa
CGAN/DAB/SAS/MS
DAB/SAS/MS
MCT/SEPED/CGBS
DAB/SAS/MS
MPS/SE
Acad. Brasil. de Neurologia
Saúde da Criança
NEC/MS
Inca/SAS/MS
MRE/DTS
FENAD/ANAD
MDA
SES/DF
CGPAE
SVS/MS/DSAST/CGVAM
ME/SE
Saúde Mental/DAPES/SAS/MS
CGAN/DAB/SAS/MS
Opas
ACT BR
DSAST/SVS/MS
SBMLC
DAB/SAS/MS
DES/SCTIE
SCTIE/MS

Hermelinda Pedrosa
Ione Maria Fonseca de Melo
Indiara Meira Gonçalves
Isabel Cristina
Isabella Henriques
Ivanildo Franzosi
Janaina G. B. Fagundes
Jarbas Barbosa
Jeann Marie Maralin
Jeanne Michel
Jorge Francisco Kell
José Eduardo Fogolin Passos
José Eudes Barroso Viera
Jose Getulio Martins Segalla
José Luiz Fonseca
José Vicente Payá Neto
Juliana Rezende
Juliana S. Borges Vallini
Juliana Sambugaro
Katia Audi
Katia Souto
Lalinne Amália de Souza Leite
Leandro Luiz Viegas
Leticia L. Pauloja
Levon Yegiantz
Leyla Cristina Mendes Duarte
Ligia Teixeira Mendes
Liz Maria de Almeida
Lucas Ramão dos Santos Lopes
Luciana Mendes Santos Servo
Lucimeire Neris Sevilha
Luiza Machado

Soc. Brasil. de Diabetes
CNHD/DAB/SAS/MS
AISA/MS
Aids
Inst. Alana
SAG/Casa Civil
CGDANT/SAS/MS
SVS/MS
SVS/MS
DHR/SESU/MEC
CGDANT/SVS/MS
CGVE/DAE/SAS/MS
CGAN/DAB/SAS
ABRC

Inca/SAS/MS
ASAJ/DAPES/SAS/MS
SVS/MS
ABRAS
ANS
PNCH/DEVEP
FNDE/MEC
AISA/MS
CGTES/Anvisa
UnB/CIORD
DAF/MS
SES-DF
Inca/SAS/MS
MD
Ipea
Sesai/MS
DAPES/SAS/MS

Marcier Trombiere
Manoel Messias
Marcio Farias Lobato
Marco Akerman
Marcos de Souza e Silva
Marcos Franco
Marcos Paulo Freire Malgueliro Lopes
Margela Lourenço
Maria Angela Avelar Nogueira
Maria Claudia Irigoyen
Maria do P. Socorro A. de Souza
Maria Inês Schmidt
Maria Inez Pordeus Gadelha
Maria José Delgado Fagundes
Maria Luiza Moretzsohn
Maria Montefusco
Maria Paula do Amaral Zaitune
Maria Silva Freitas
Maria Thereza Teixeira
Maria Vilma
Mariana C. Ribeiro
Mariana Heleias Cortes
Mariana Pinheiro
Marilisa Berti de Azavedo Barros
Marina Mirazon Janeso
Marisete Araujo
Marta Klumb
Marta Maria da Silva
Maya Takagi
Mércia Gomes Oliveira de Carvalho
Monica Cristina A. J. Sousa

Ass. Especial - Ministério das Cidades
SG/PR
MRE/DTS
Abrasco
SPI/MPOG
Conasems
CGDANT/MS
FNDE
CGMAC/DAE/SAS
Soc. Brasil. de Hipertensão
SEGES/MT
UFRGS
CGMAC/SAS/MS
Anvisa
SE/MPA
Funasa/MS
DSAST/CGVAM/SVS/MS
DEGES/SGTES/MS
CGVAM
DAGEP
CGAN/MS
CGEAN/MDS
CGAN
Unicamp
Elsevier
FNDE/PNAE/MEC
MEC/SEB
CGDANT/DASIS/SVS
SESAN/Min. Desenvolvimento Social
CGDANT/DASIS/SVS
GENVT/SES

Monica de Assis
Mônica Diniz Durães
Nadja Mara Killesse Carvalho
Natalia Gedanken
Neilton Oliveira
Nelson Brwr Motta
Nilton Pereira Junior
Nubia Nunes
Onivaldo Coutinho
Patricia C. Jaime
Patricia Chaves Gentil
Paula C. de Freitas
Paula Johns
Raquel Pedroso
Regina Márcia M. Barros
Regina Xavier
Renata A. Monteiro
Renata Santiago
Renata Vasconcelos Neto
Rita C. Vilella Mendonça
Roberta Maria Leite Costa
Roberto Jorge da Silva Franco
Rodrigo Bueno de Oliveira
Rodrigo Lofrano A. dos Santos
Rogerio Fenner
Roque Manoel Perusso Veiga
Rosa Maria Sampaio V. de Carvalho
Rosana Fiorini Puccini
Rosana Radominski
Rosane Maria Franklin Pinto
Rurany Silva
Samia Nadaf Melo

Rede Educ. Pop. em Saúde
DEGES/SGTES/MS
ME/SE
Min. Integração/Gab.
Anvisa
SE/SRI/PR
SE/MS
SGETS/MS
Funasa
CGAN/SAS/MS
MDS
CGDANT/DASIS/SVS
ACT BR
PNH/SAS/MS
GENUT/SAS/SES
CGMAC/DAE/SAS
UnB/OPSAN
DAI/SGEP
CGSAT/MS
SMS São José do Rio Preto-SP
DAB/SAS/MS
Soc. Brasil. de Hipertensão
Soc. Brasil. de Nefrologia
SAM/Casa Civil
CGVAM/SVS/MS
CGSAT/MS
DAB/SAS/MS
SGTES/DEGES/MS
Abeso/Soc. Brasil. de Endocrinologia
CGALI/Anvisa
DASIS/SVS/MS
CGTES/SEGES

Sandhi Maria Barreto
Sara Araújo da Silva
Sarah Guerra G.Tinero
Silvana Leite Pereira
Simone Fabiano Mendes
Taciane Monteiro
Tais Cristiane F. B. Barella
Tais Porto Oliveira
Tamara Amoroso Gonçalves
Tânia Cavalcante
Teresa Cristina Lopes Americo
Tereza Pasinato
Thais Campos Valadares Ribeiro
Theresa Cristina
Theresa Cristina Albuquerque Siqueira
Valdir Teixeira
Valeria Cunha de Oliveira
Veronica Albuquerque de Negreiros
Verônica Marques Lima
Verônica Nogueira
Victor Pavarino
Waleska Teixeira Caiaffa
Willian Claret Torres
Yole Mendonça

UFMG
CGAN/DAB/MS
GEDANT/SVS/SES-DF
Conasems
ANS/DIPRO
Saúde Mental/SAS/MS
ME
SVS/MS
Inst. Alana
Inca/MS
SCTIE/MS
ANS
Opas/OMS e DEGES/SETES
DAGEP
DAGEP/SEGEp
SFC/CGU-PR
Inca/SAS/MS
CGAFB/DAF/MS
Inca
CGAFB/DAF/SCDG
Opas
UFMG/Observatório de Saúde Urbana
Min. Comunicações
Secom

ANEXO

DECLARAÇÃO BRASILEIRA PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Nós, abaixo assinados, governo e sociedade civil organizada, ratificamos o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Brasil,

Considerando:

- I. Que as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e enfermidades respiratórias crônicas, principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, alto grau de limitação das pessoas em suas atividades de trabalho e de lazer, além de ocasionar impactos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e a sociedade em geral, resultando no agravamento das iniquidades sociais e da pobreza;
- II. Que as DCNT constituem um problema de saúde de grande magnitude e respondem por cerca de 70% das mortes no Brasil, com destaque para as doenças cardiovasculares (30%) e o câncer (15,6%), atingindo principalmente a população de baixa escolaridade e baixa renda, além de grupos vulneráveis como os idosos;
- III. Que o sobrepeso e a obesidade resultantes da falta de uma alimentação saudável e da inatividade física, o tabagismo e o consumo nocivo de álcool são os principais fatores de risco evitáveis de DCNT, cuja redução e controle têm um efeito substantivo na redução de mortes prematuras e de incapacidades decorrentes de câncer, doenças respiratórias crônicas, doenças cardiovasculares e diabetes;
- IV. Que os crescentes custos da atenção às pessoas com DCNT ameaçam a sustentabilidade dos sistemas de saúde pública e as próprias economias dos países;
- V. Que existem significativas diferenças regionais, de gênero, entre grupos étnico-raciais, ciclos de vida e de estrato socioeconômico na distribuição da carga das DCNT e no acesso à sua prevenção e controle no país, com evidente prejuízo das pessoas em condições de maior vulnerabilidade social, configurando uma situação importante de iniquidade em saúde que necessita ser superada;
- VI. Que os interesses da saúde pública devem prevalecer sobre quaisquer outros na adoção de medidas para reduzir a carga de morbidade e mortalidade produzida pelas DCNT,

Resolvemos:

1. Fortalecer o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas para a prevenção e o controle das DCNT na população em geral e em grupos populacionais específicos, priorizando os compromissos contidos na Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (2003), Estratégia Global para a Alimentação, Atividade Física e Saúde (2004), Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (2006) e a Estratégia Regional para Doenças Crônicas da Organização Pan-Americana de Saúde (2007), com o objetivo de minimizar as consequências da alta prevalência dessas doenças no desenvolvimento econômico e social do país.
2. Fomentar e fortalecer a incorporação dessas políticas públicas às agendas setoriais de governo, no âmbito nacional, estadual e municipal, e à agenda da saúde suplementar, assegurando ações integradas entre os diversos setores, o acesso aos recursos necessários e a ampla participação comunitária, como estratégias para promover a saúde da população e contribuir para a redução da pobreza, que pode ser agravada nas famílias cujos membros são portadores de DCNT.
3. Fomentar iniciativas intersetoriais no âmbito público e privado visando ao desencadeamento de intervenções e ações articuladas de natureza educativa e regulatória, que promovam e estimulem a alimentação saudável e a prática regular da atividade física, e que desestimulem o consumo de tabaco e o consumo nocivo de álcool, promovendo e estimulando a adoção de comportamentos, estilos de vida e ambientes saudáveis.
4. Fortalecer a vigilância integrada dos principais fatores de proteção e de risco modificáveis e comuns à maioria das DCNT (tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física e consumo nocivo de álcool) por meio do aprimoramento de instrumentos de monitoramento que permitam o acompanhamento de suas tendências e a avaliação do impacto das políticas adotadas.
5. Trabalhar conjuntamente para reduzir a morbidade, incapacidade e mortalidade causadas pelas DCNT, por meio de um conjunto de ações preventivas e de promoção da saúde, associadas à detecção precoce e tratamento oportuno e ao reordenamento dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da atenção primária e da participação comunitária.
6. Desencadear e fortalecer ações nacionais, regionais e locais, sinérgicas e pactuadas para facilitar a implementação de estratégias sustentáveis de prevenção e controle de DCNT, com racionalização dos custos e estabelecimento de processos de acompanhamento e avaliação.
7. Realizar processos de avaliação tecnológica com vistas à incorporação de equipamentos, produtos e processos no âmbito do SUS e da saúde suplementar, garantindo uma melhor relação custo-efetividade das intervenções.
8. Implementar políticas públicas articuladas que garantam a redução de custos e a ampliação do acesso a terapias para a prevenção e controle das DCNT.
9. Atuar nos determinantes sociais que influenciam nos fatores de risco para as DCNT, por meio de políticas governamentais que promovam ambientes físicos e sociais adequados à diminuição da exposição aos riscos, facilitando a adoção de comportamentos saudáveis pela população brasileira, nos ambientes escolar, de trabalho e de lazer, nos espaços urbanos e outros.

10. Disponibilizar à sociedade em geral, aos meios de comunicação, às organizações não governamentais, às entidades de classe, às associações de usuários dos serviços de saúde, aos portadores de doenças e outros informações que promovam sua atuação corresponsável em ações de melhoria e manutenção da saúde e da qualidade de vida dos cidadãos.

11. Implantar o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, que contempla ações a serem incorporadas às agendas setoriais de governo, promove o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências científicas de prevenção e controle das principais DCNT e fatores de risco comuns e contribui para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997



Ministério da
Saúde



DERRAME

CÂNCER

MISÉRIA

ASMA DPOC

DIABETES

OBSIDADE

TABAGISMO

ALCOOLISMO

FATORES DE RISCO

POUCA INFORMAÇÃO

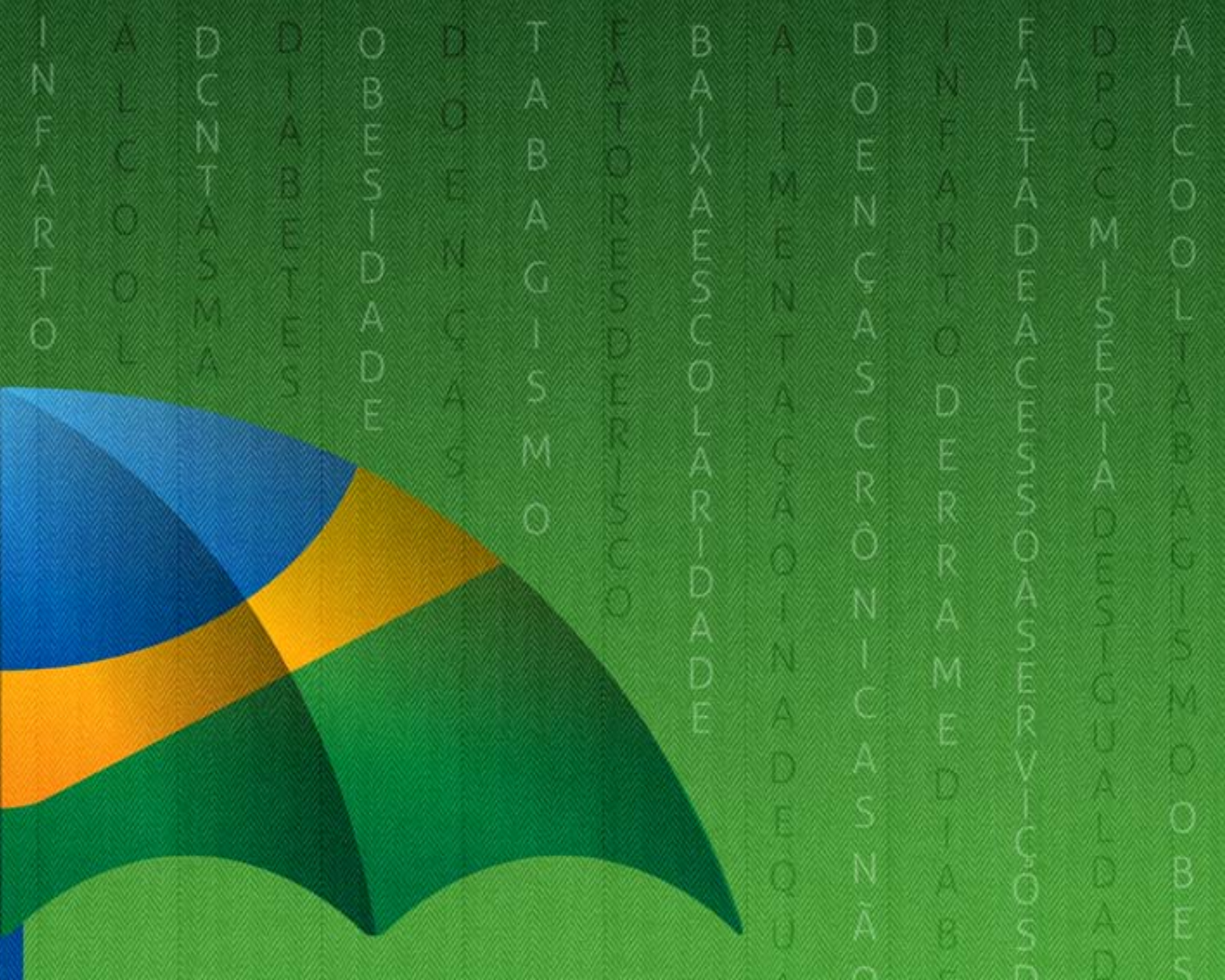
ASMA DPOC MISÉRIA

ENFERMIA INFARTO

DOENÇA CRÔNICA

FATORES DE RISCO





ÁLCOOLO E TABACO - SINOS E OBES

DROGAS E MISÉRIA - SÓ O CULO DA DROGA

FALTA DE ACESSO A SERVIÇOS DE

INFARTO E DERRAMAMENTO

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO

ALIMENTAÇÃO INADEQUADA

BAIXA ESCOLARIDADE

FAITORS DE RISCO

TABAGISMO

DOENÇAS

OBESIDADE

DIABETES

DENUTRIÇÃO

ALCOOL

INFARTO



www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997



Ministério da
Saúde

