



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: 500 exemplares – 2011

Elaboração, edição e distribuição
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde
Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Produção
Assessoria de Comunicação/GAB/MS

Endereço
Secretaria de Vigilância em Saúde
SAF SUL Trecho 2 Lote 5 e 6 Bloco F, Torre I, Ed. Premium, sala 14 T.
CEP 70.070-600.Brasília, DF, Brasil.
E-mail: svs@saude.gov.br
Internet: www.saude.gov.br/svs

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.
148 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.

CDU 614

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

Dilma Rousseff

Presidente da República Federativa do Brasil

Alexandre Padilha

Ministro da Saúde

Jarbas Barbosa da Silva

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 Moehlecke 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
Naiane de Brito Francischetto – 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 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 primária, 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 do 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 de Alimentação Saudável, 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 Primária 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 primária, 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 5 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 e agravos 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 3 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 municípios até 2015. Desde 2006, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde apoia e financia programas de atividade física que somaram mais de mil projetos em todo o país em 2011.

– **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 tem sido uma importante iniciativa do MS, ao lado de mensagens claras, como o Guia de Alimentação Saudável, 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 pães, macarrão e, até o final de 2011, nos demais grupos de alimentos.

– **Expansão da atenção primária:** A Atenção Primária 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 mais de 15 medicamentos para hipertensão e diabetes (anti-hipertensivos, insulinas, hipoglicemiantes, ácido acetil salicílico, estatina, entre outros). 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 distribuídos, até abril de 2011, mais de 3,7 milhões de tratamentos, aumentando em 70% a distribuição de medicamentos para hipertensos e diabéticos.

– **Rastreamento para câncer:** Houve aumento na cobertura de exame preventivo de **câncer de mama** (mamografia) de 54,8% (2003) para 71,1% (2008) e aumento na cobertura de exame preventivo para **câncer do colo do útero** (Papanicolau) de 82,6% (2003) para 87,1% (2008), entre mulheres com idade entre 25 e 59 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 0 a 8 anos de estudo) a 87,9% (mulheres com 12 e mais anos de estudo) e a realização de Papanicolau nos últimos 3 anos variou de 77,8% (mulheres com 0 a 8 anos de estudo) a 90,5% (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 em adultos.
- ✓ Aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos.
- ✓ Ampliar 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 a Pesquisa Nacional de Saúde – 2013 (em parceria com IBGE):** Geração de informações e conhecimentos sobre o processo saúde-doença e seus determinantes sociais, para formulação de políticas de saúde no Brasil. Serão pesquisados temas como acesso aos serviços e sua utilização; morbidade; fatores de risco e proteção a doenças crônicas; saúde dos idosos, das mulheres e das crianças, bem como serão feitas medições antropométricas e de pressão arterial e coleta de material biológico.
- II. **Estudos sobre DCNT:** Análises de morbimortalidade, inquéritos, avaliação de intervenções em saúde, estudos sobre desigualdades em saúde, identificação de populações vulneráveis (indígenas, quilombolas, outras), avaliação de custos de DCNT, entre outros.
- III. **Portal do Plano DCNT:** Criação de um portal na internet para monitorar e avaliar a implantação do Plano Nacional de Enfrentamento das 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, em articulação com a Atenção Primária à Saúde.
- II. **Programa Saúde na Escola:** Implantação em todos os municípios, incentivando ações de promoção da saúde e de hábitos saudáveis nas escolas (como as cantinas saudáveis); reformulação de espaços físicos visando à prática de aulas regulares de educação física; e prática de atividade física no contraturno (programa Segundo Tempo).
- III. **Praças do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC):** Fortalecimento da construção das praças do PAC dentro do Eixo Comunidade Cidadã, além de busca pela cobertura de todas as faixas etárias. Essas praças integram atividades e serviços culturais, práticas esportivas e de lazer, formação e qualificação para o mercado de trabalho, serviços socioassistenciais e políticas de prevenção à violência e de inclusão digital.
- 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 e as Olimpíadas.

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. **Acordos com a indústria para redução do sal e do açúcar:** 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, buscando avanços no campo da alimentação mais saudável.
- 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 Obesidade:** Implantação do Plano Intersetorial de Obesidade, com vistas à redução da obesidade na infância e na adolescência.

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. Incentivo aos idosos para a prática da atividade física regular no programa Academia da Saúde.
- III. Capacitação das equipes de profissionais da Atenção Primária em Saúde para o atendimento, acolhimento e cuidado da pessoa idosa e de pessoas com condições crônicas.
- IV. Incentivar a ampliação da autonomia e independência para o autocuidado e o uso racional de medicamentos.
- V. Criar programas para formação do cuidador de pessoa idosa e de pessoa com condições crônicas na comunidade.
- VI. Apoio à estratégia de promoção do envelhecimento ativo na saúde suplementar.

c) Cuidado integral

Serão realizadas ações visando ao fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde e à ampliação das ações de cuidado integrado para a prevenção e o controle das DCNT.

Principais ações:

- I. **Linha de cuidado de DCNT:** Definição e implementação de protocolos e diretrizes clínicas das DCNT com base em evidências de custo-efetividade, vinculando os portadores ao cuidador e à equipe da atenção primária,

garantindo a referência e a contrarreferência para a rede de especialidades e a rede hospitalar, favorecendo a continuidade do cuidado e a integralidade na atenção.

II. **Capacitação e telemedicina:** Capacitação das equipes da Atenção Primária 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 mama:** Aperfeiçoamento do rastreamento do câncer do colo do útero e mama; universalização desses exames a todas as mulheres, independentemente de renda, raça/cor, reduzindo desigualdades, e garantia de 100% de acesso ao tratamento de lesões precursoras de câncer.

V. **Saúde Toda Hora:**

a. **Atendimento de Urgência:** Fortalecimento do cuidado ao portador de doenças do aparelho circulatório na rede de urgência, integrado entre unidades de promoção, prevenção e atendimento à saúde, com o objetivo de tornar o atendimento mais rápido e eficaz.

b. **Atenção Domiciliar:** Ampliação do atendimento em domicílio a pessoas com dificuldades de locomoção ou que precisem de cuidados regulares ou intensivos, mas não de hospitalização, como idosos, acamados, portadores de sequelas de acidente vascular encefálico (AVE), entre outros. Cuidados ambulatoriais e hospitalares em casa, ampliando o campo de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica.

c. **Unidades Coronarianas e de Acidente Vascular Encefálico (AVE):** Qualificação das estruturas hospitalares para o atendimento em urgência e emergência, sem restringir as portas de entrada aos prontos-socorros. Priorização dos atendimentos a traumas, problemas cardíacos e acidente vascular encefálico por meio da criação, dentro dos hospitais, de unidades especializadas, como unidades coronarianas e unidades de AVE, visando qualificar a resposta a esses agravos e possibilitar a criação de novas vagas hospitalares e de leitos de retaguarda, evitando espera nas portas dos hospitais.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	24
1.1 Impactos sobre o desenvolvimento.....	26
1.2 Transição demográfica.....	27
2. Vigilância e Monitoramento de DCNT no Brasil.....	28
2.1 Dados epidemiológicos.....	29
2.1.1 Mortalidade por DCNT.....	30
2.1.2 Morbidade e fatores de risco	34
3. Intervenções Efetivas em DCNT	49
4. Fundamentos para a Abordagem Integral de DCNT	55
5. Destaques no Controle das DCNT no Brasil.....	61
6. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011- 2022	68
6.1. Objetivo do Plano.....	68
6.2 Eixos estratégicos.....	69

6.3 Metas nacionais propostas	88
7. Detalhamento do Plano: Eixos, Estratégias e Ações.....	96
7.1 EIXO I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO.....	96
7.2 EIXO II: PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	102
7.3 EIXO III: CUIDADO INTEGRAL	117
8. Referências.....	127
9. Lista de participantes na elaboração do Plano	135

Figuras

Figura 1: Pirâmides etárias do Brasil de 2000 e 2005 e projeções para 2040 e 2045.....	27
Figura 2: Tendências recentes de mortalidade por DCNT de 1996 a 2000 e 2007	30
Figura 3: Taxas de mortalidade por doenças não transmissíveis por região em 1996 e 2007	31
Figura 4: Mortalidade para os principais locais de câncer em homens e mulheres, 1980-2006.....	32

Figura 5: Taxa de internação hospitalar por doenças crônicas selecionadas, Brasil 2000 a 2009.....	35
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.....	38
Figura 6a: Prevalência de fumantes, Brasil e regiões, 2006 e 2010.....	38
Figura 6b: Prevalência de ex-fumantes, Brasil e regiões, 2006 e 2010.....	38
Figura 6c: Prevalência de atividade física no tempo livre, Brasil e regiões, 2006 e 2010.....	39
Figura 6d: Prevalência de consumo abusivo de álcool, Brasil e regiões, 2006 e 2010.....	39
Figura 6e: Prevalência de excesso de peso, Brasil e regiões, 2006 e 2010.....	40
Figura 6f: Prevalência de obesidade, Brasil e regiões, 2006 e 2010.....	40
Figura 6g: Prevalência de consumo de carne com gordura, Brasil e regiões, 2006 e 2010.....	41
Figura 6h: Prevalência de consumo regular de frutas e hortaliças, Brasil e regiões, 2006 e 2010.....	41
Figura 7: Prevalência de fatores de risco e proteção para DCNT nas capitais do Brasil, segundo escolaridade, Vigitel 2010.....	42
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.....	43
Figura 9: Proporção de mulheres entre 25 e 59 anos que referiram ter realizado Papanicolau nos últimos três anos, Brasil e regiões, PNAD 2008.....	44

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.....	48
Figura 11: Prevalência de déficit de peso, excesso de peso e obesidade na população com 10 a 19 ou mais anos de idade, por sexo, Brasil – períodos 1974-1975, 1989, 2002-2003 e 2008-2009.....	49
Figura 12: Abordagem integral da linha de cuidado em doenças crônicas.....	58
Figura 13: Benefícios na atuação sobre fatores ambientais e comportamento saudável ao longo do ciclo de vida.....	59
Figura 14: Fontes de informação para a vigilância de DCNT.....	62
Figura 15: Inquéritos de saúde para vigilância de fatores de risco e proteção para DCNT.....	63
Figuras 16 a 23: Projeção das Metas nacionais propostas para o enfrentamento das DCNT e dos fatores de risco.....	89
Figura 16: Projeção das taxas de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro DCNT no Brasil, 1991 a 2022.	89
Figura 17a: Projeção da obesidade em meninos de 5 a 9 anos, 1975 a 2022.....	90
Figura 17b: Projeção da obesidade em meninos de 10 a 19 anos, 1975 a 2022.....	90
Figura 17c: Projeção da obesidade em meninas de 10 a 19 anos, 1975 a 2022.	91

Figura 18a: Projeção de excesso de peso ($IMC \geq 25$) em adultos nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2006 a 2022.....	91
Figura 18b: Projeção da obesidade ($IMC \geq 30$) em adultos nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2006 a 2022....	92
Figura 19: Projeção do consumo nocivo de álcool em adultos nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2006 a 2022.....	92
Figura 20: Projeção da atividade física no lazer em adultos nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2006 a 2022..	93
Figura 21: Projeção do consumo recomendado de frutas e hortaliças em adultos nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2006 a 2022.....	93
Figura 22: Projeção do tabagismo em adultos nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2006 a 2022.....	94
Figura 23: Projeção da cobertura da mamografia nos últimos dois anos em mulheres de 50 a 69 anos, Brasil, 2003 a 2022.....	94
Figura 24: Projeção da cobertura de Papanicolau nos últimos três anos em mulheres de 25 a 59 anos, Brasil, 2003 a 2022.....	95

Tabelas

Tabela 1: Anos potenciais de vida perdidos (APVP) para doenças crônicas selecionadas, em menores de 70 anos, por sexo, Brasil, 2008.....	33
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.....	37

Quadros

Quadro 1: Mensagens-chave	60
Quadro 2: Principais ações do Plano de DCNT em Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento.	72
Quadro 3: Principais ações do Plano de DCNT em Promoção da Saúde.....	73
Quadro 4: Principais ações do Plano de DCNT em Cuidado Integral.....	77
Quadro 5: Algumas ações do Plano de Enfrentamento das DCNT no Brasil segundo o ciclo vital.....	79
Quadro 6: Ações intersetoriais para a promoção da saúde e prevenção de DCNT.....	81

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).

Dieta não saudável: 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 de 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 acidente vascular encefálico (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 de desenvolvimento de doenças crônicas. Nesse contexto, grupos étnicos e raciais menos privilegiados, como a população indígena, 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 DCNTs (WORLD ECONOMIC FORUM, 2008).

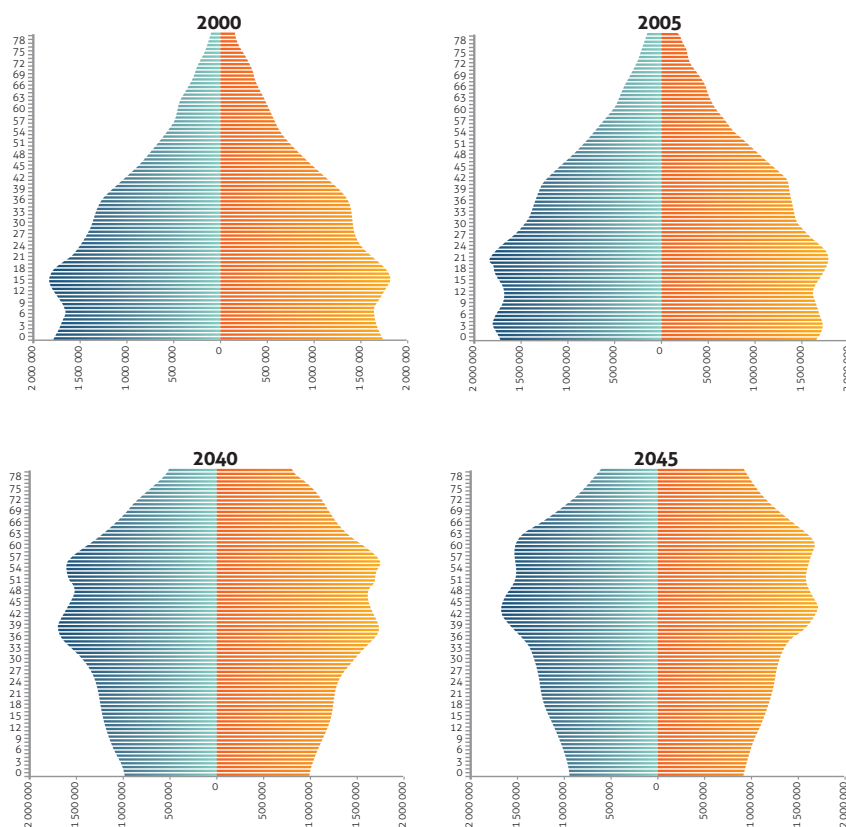
Estimativas para o Brasil sugerem que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes de apenas três DCNT (diabetes, doença do coração e acidente vascular encefálico) levarão a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (ABEGUNDE, 2007).

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.

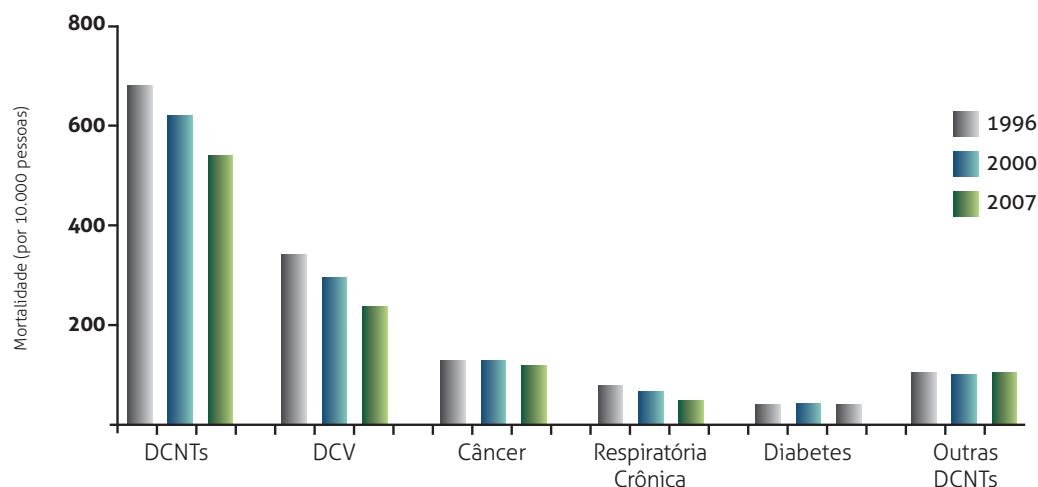
2.1 Dados epidemiológicos

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 1). 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 recentes de mortalidade* por DCNT de 1996 a 2000 e 2007

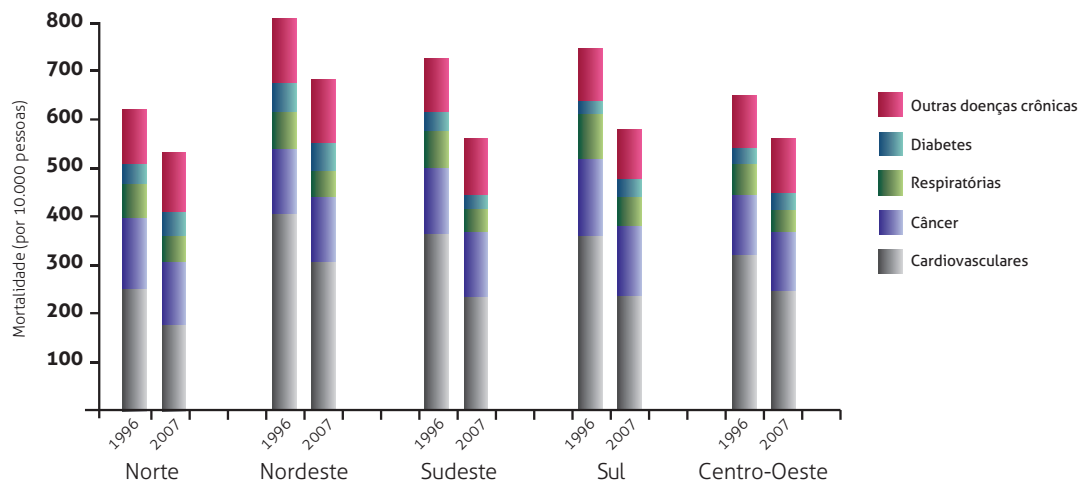


*Taxas padronizadas por idade para a população-padrão da OMS segundo Ahamad et al (2001), corrigidas para sub-registro, com redistribuição das causas mal definidas de morte, *pro rata*, dentre as causas não externas. DCNT = doenças crônicas não transmissíveis. DCV = doença cardiovascular.

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 2). Além disso, verificou-se aumento na mortalidade por diabetes e outras doenças crônicas nessas regiões.

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



*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.

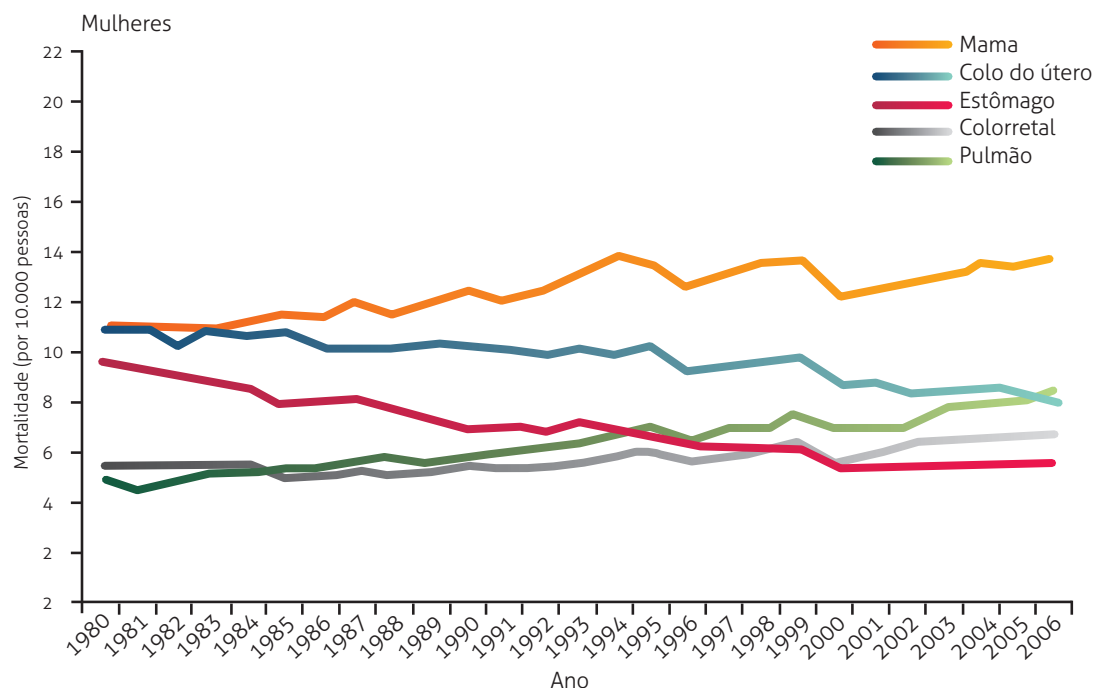
Fonte: Schmidt, M. I. et al, 2011.

O diabetes como causa básica de morte aumentou 11% entre 1996 e 2000 e, em seguida, diminuiu 8% em 2007, resultando em aumento de 2% no período (Figura 1). 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 3). 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 locais 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.

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 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 aumentam 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.

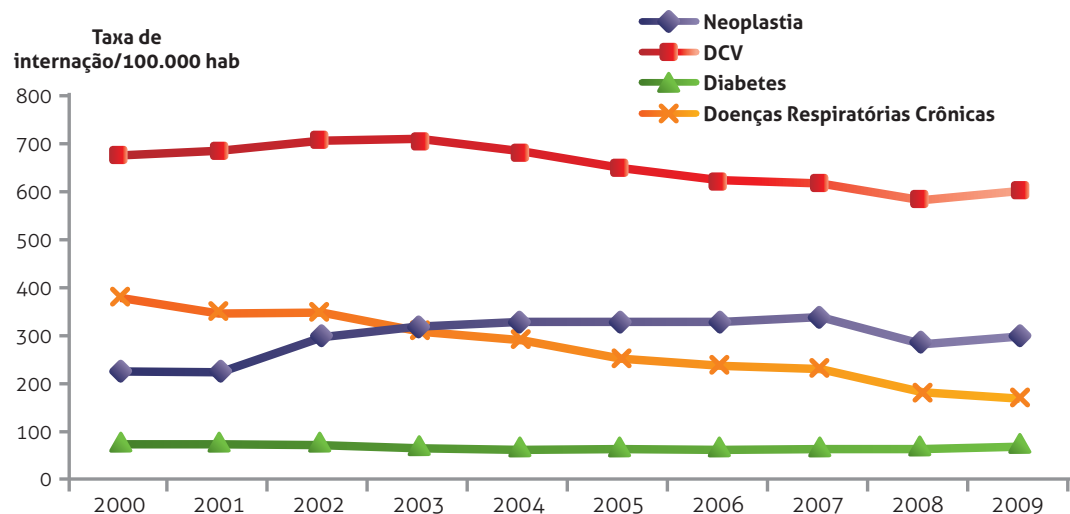
Conforme se pode observar na Figura 4, as doenças do aparelho circulatório (DAC) são as principais causas de internações e geram o maior custo nesse componente do sistema de saúde nacional. Em 2007, 12,7% das hospitalizações não relacionadas a gestações e 27,4% das internações de indivíduos de 60 anos 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 DC.

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 4). 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).

Um estudo com dados nacionais mostrou que 7,4% de todas as hospitalizações não relacionadas a gestações e 9,3% de todos os custos hospitalares no período 1999-2001 puderam ser atribuídos ao diabetes (ROSA, 2008). 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 seculares 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.

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)

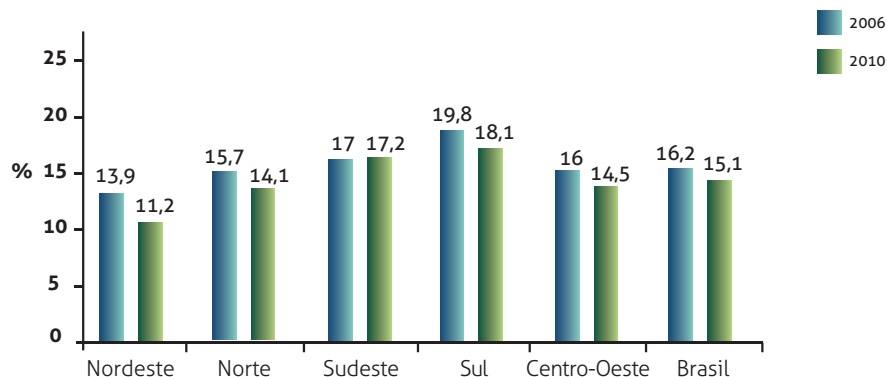
Os dados são % (IC de 95%) ou % (valor p) – valor p estabelecido por regressão de Poisson, que comparou porcentagens nos anos de 2006, 2007, 2008, 2009 e 2010.

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).

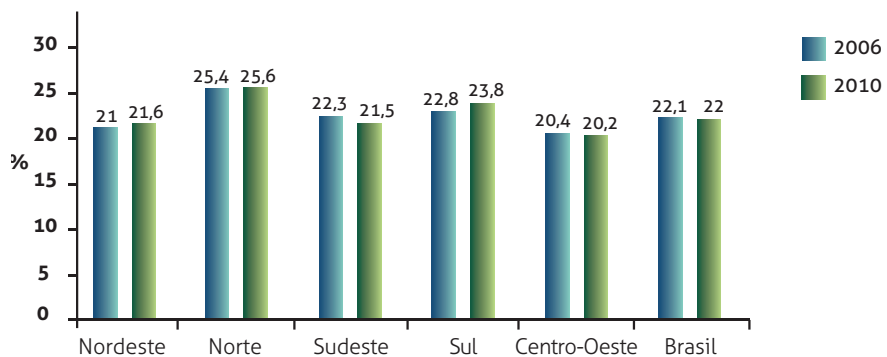
Figuras 6a a 6h: Prevalências de fatores de risco e proteção para doenças crônicas no Brasil e regiões, segundo estimativas do Vigitel, inquérito telefônico entre adultos residentes das capitais brasileiras, 2006 e 2010.

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



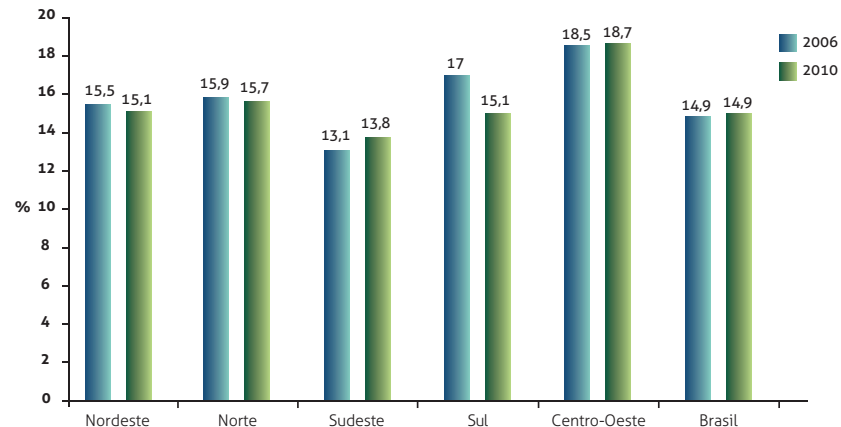
a – Percentual de adultos que referiram fumar, independentemente da frequência e intensidade do hábito.

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



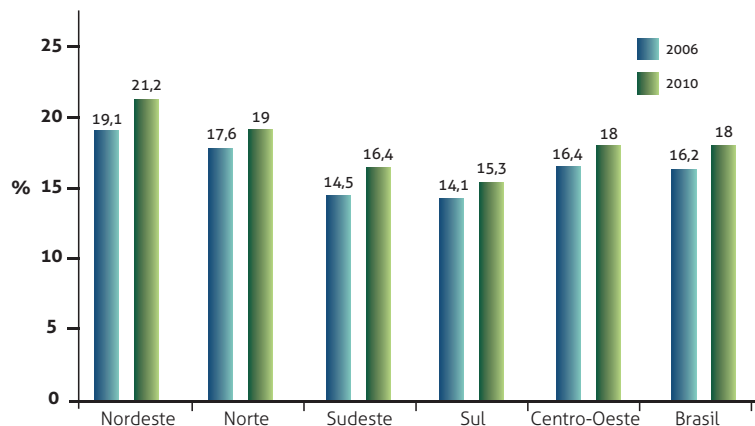
b – Percentual de adultos não fumantes que declararam ter fumado no passado, independentemente do número de cigarros e da duração do hábito.

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



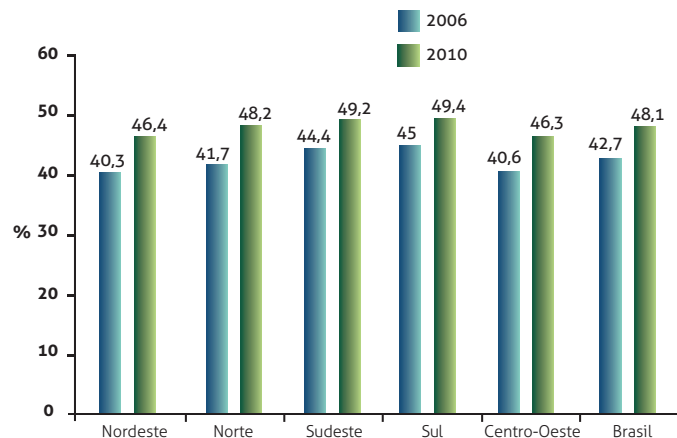
c – Percentual de adultos que realizaram, nos últimos três meses, atividade física leve ou moderada (caminhada, natação) por 30 min./dia, em $\geq$ cinco dias na semana ou atividade física vigorosa (corrida, futebol) por 20min./dia, em $\geq$ três dias da semana.

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



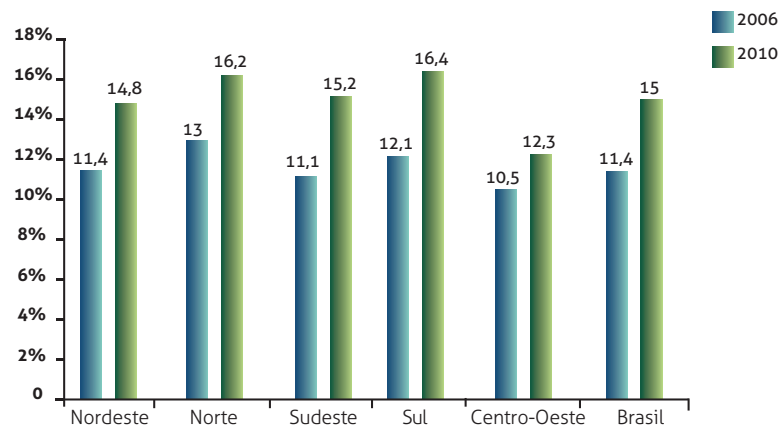
d – Percentual de indivíduos que, nos últimos 30 dias, consumiram mais do que quatro doses (mulher) ou mais do que cinco doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião. Considerou-se como dose de bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho.

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



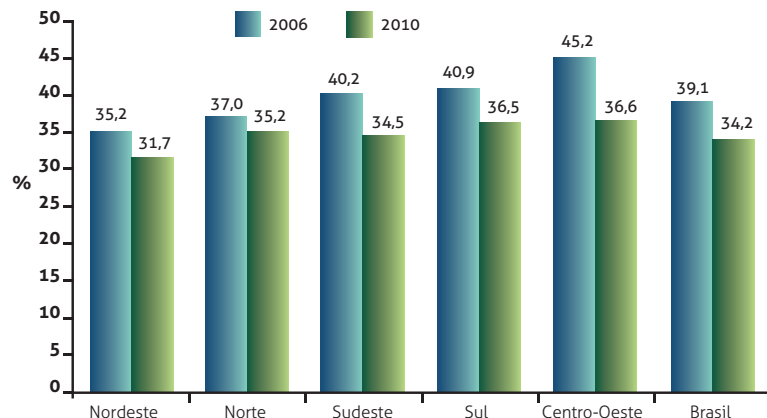
e – Percentual de adultos que, de acordo com peso e altura referidos, apresentaram índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 25 kg/m².

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



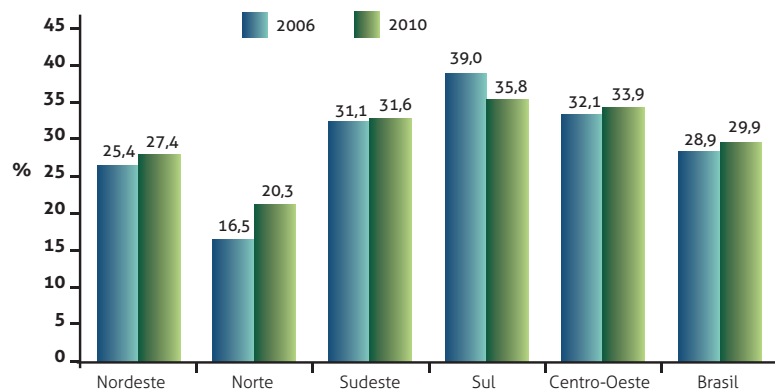
f – Percentual de adultos que, de acordo com peso e altura referidos, apresentaram índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 30 kg/m².

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.

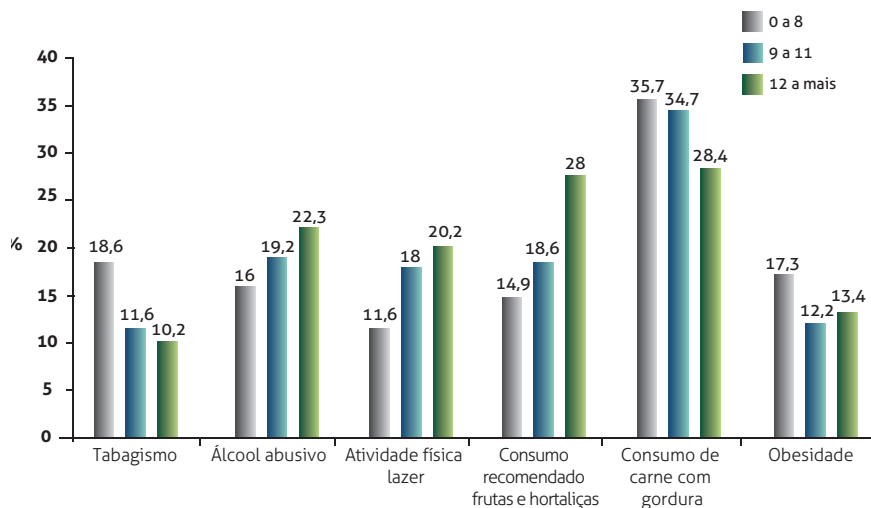
Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) 2006-2010. Ministério da Saúde. Percentuais ponderados para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta de região no Censo Demográfico de 2000.

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.

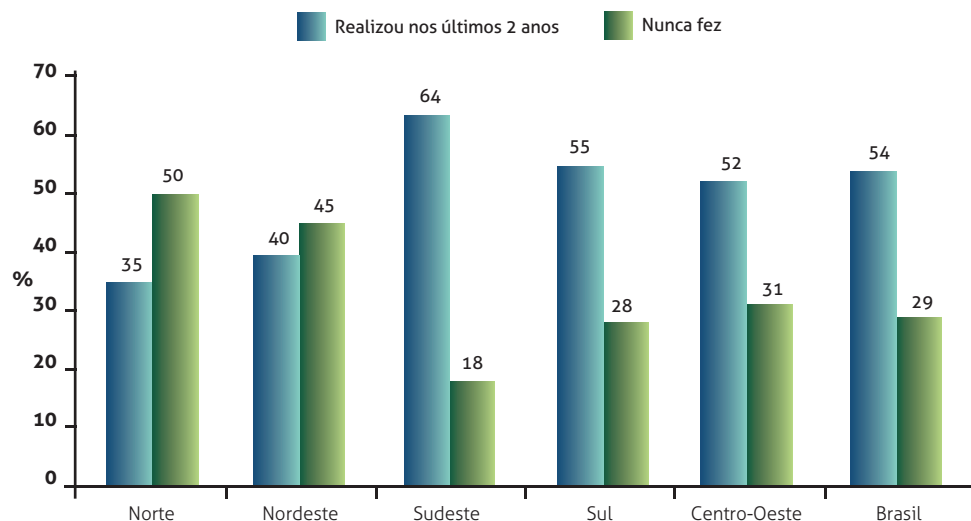
Figura 7: Prevalência de fatores de risco e proteção para DCNT nas capitais do Brasil, segundo escolaridade, Vigitel 2010



Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) 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.

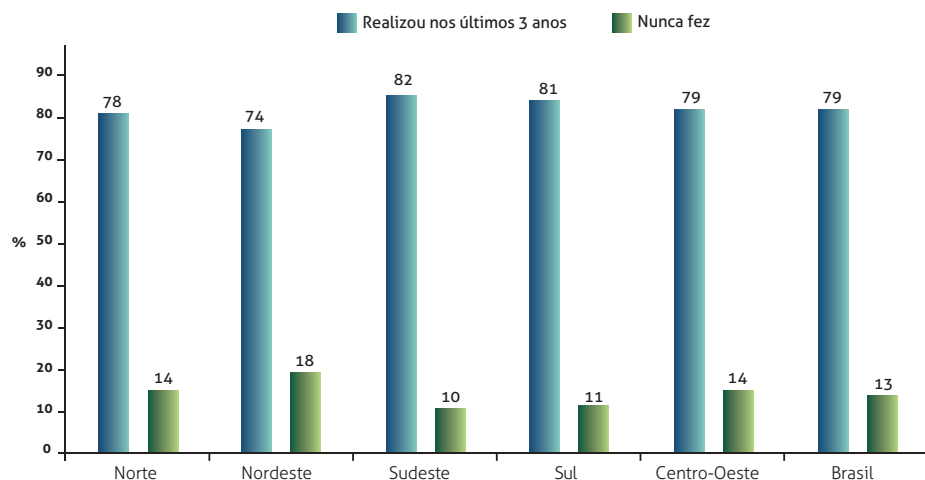
Em relação ao acesso da população feminina a exames preventivos de câncer, observa-se que a cobertura dos exames, especialmente da mamografia, que precisa de tecnologia específica, é mais elevada nas regiões mais ricas do país (Sul e Sudeste). As regiões Nordeste e Norte apresentaram coberturas do exame 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 59 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 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 não saudável

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 de 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).

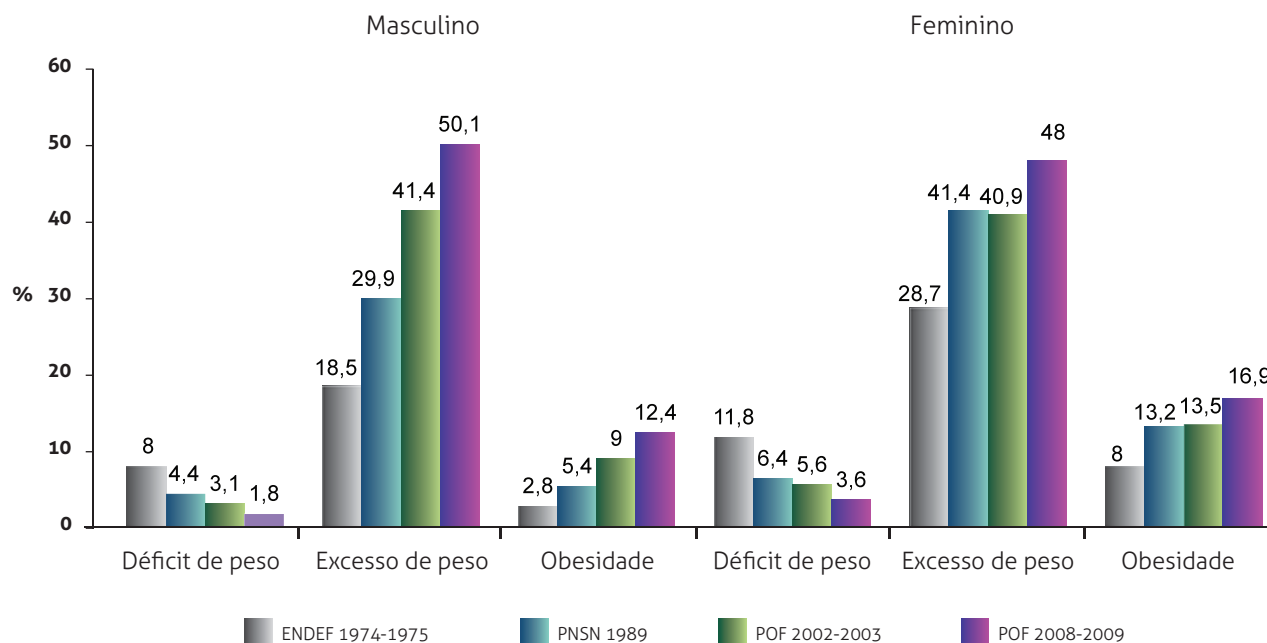
Os dados mais recentes do Vigitel (2010) são mais alarmantes, indicando uma prevalência de excesso de peso nos adultos das capitais de 48,1% (52,1% em homens e 44,3% em mulheres), enquanto a obesidade passou de 11,4% em 2006 para 15% em 2010. Observou-se que no período 2006-2010 houve um aumento de excesso 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).

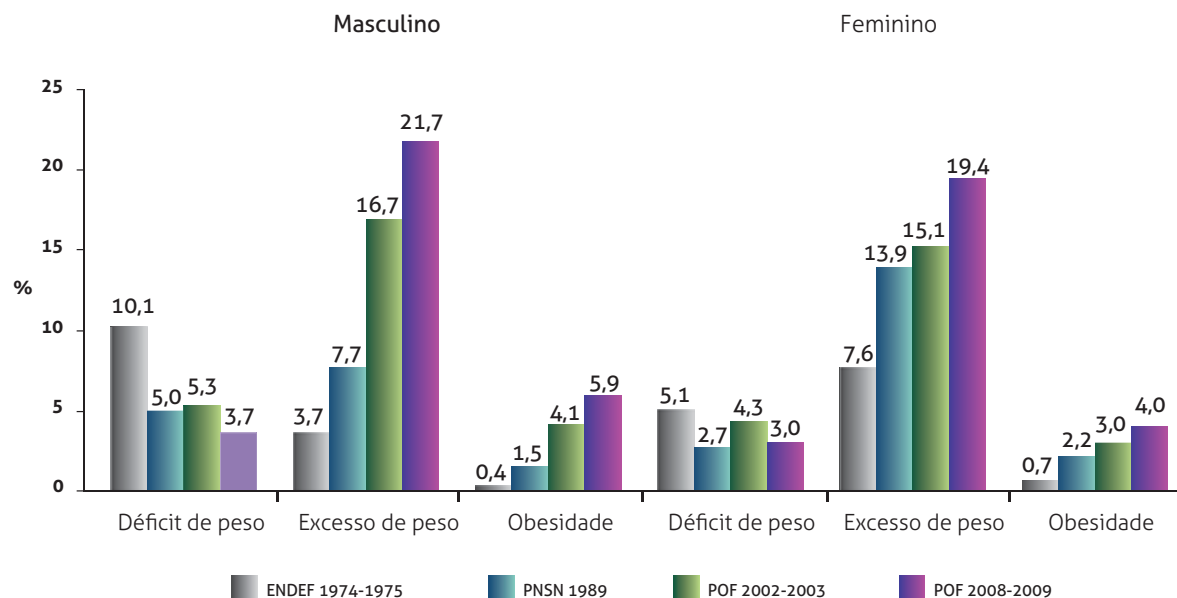
Na PeNSE, foi avaliado o IMC de escolares do 9º ano (13 a 15 anos) das capitais brasileiras em escolas públicas e privadas. O sobrepeso atingiu 16,0% e a prevalência de obesidade foi de 7,2% para o conjunto das capitais. As maiores frequências de escolares com sobrepeso e obesidade foram nas regiões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

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 sobrevida para vários tipos de câncer em países de alta renda, enquanto em países de baixa e média renda 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 acetil salicílico (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 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 das doenças, para os altos custos sociais e do sistema de saúde (SUS e sistema suplementar). 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 apresentação 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, o qual, avaliado a partir de dados referidos em inquéritos nacionais (PNAD), passou de 82,6% em 2003 para 87,1% em 2008 na faixa etária preconizada. Da mesma forma, a cobertura informada de mamografia aumentou de 54,8% em 2003 para 71,1% 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 de 100% 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).

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 Primária 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 acetil salicílico para infarto agudo do miocárdio;
- ✓ rastreamento para câncer do colo do útero, 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 (50-69 anos), seguido de confirmação diagnóstica e tratamento oportuno de 100% dos casos diagnosticados;
- ✓ 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 primária.

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 primária, articulando os demais níveis de atenção e as redes de serviços.

Atenção Primária em Saúde: compreende-se a importância da atenção primária 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

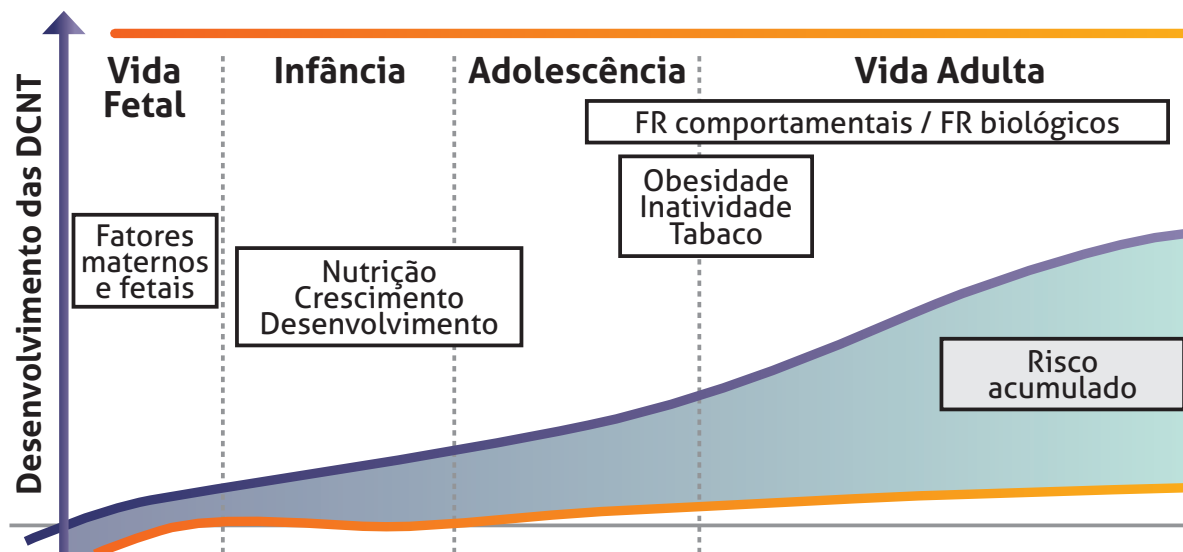


Fonte: Nolte; McKee, 2008 (adaptado).

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

Prevenção de DCNT ao longo da 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. Correspondeu a 63% de todas as mortes, 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 a 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.

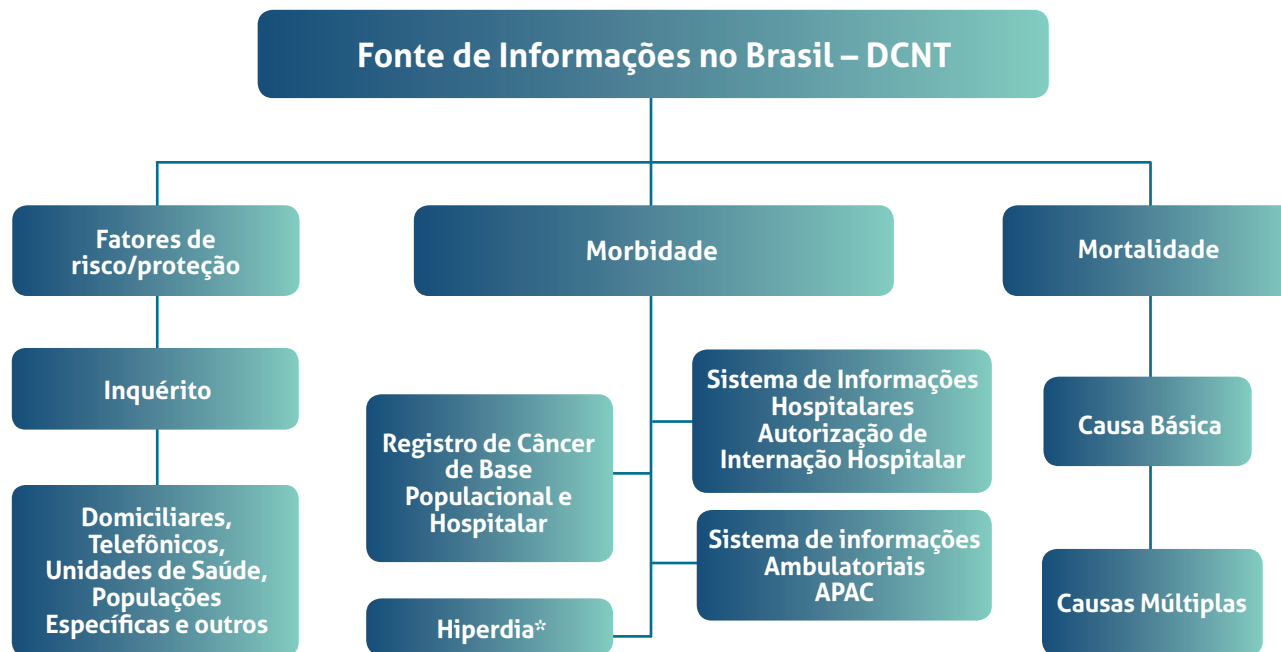
5. Destaques no Controle das DCNT no Brasil

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 primária, 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 e agravos 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



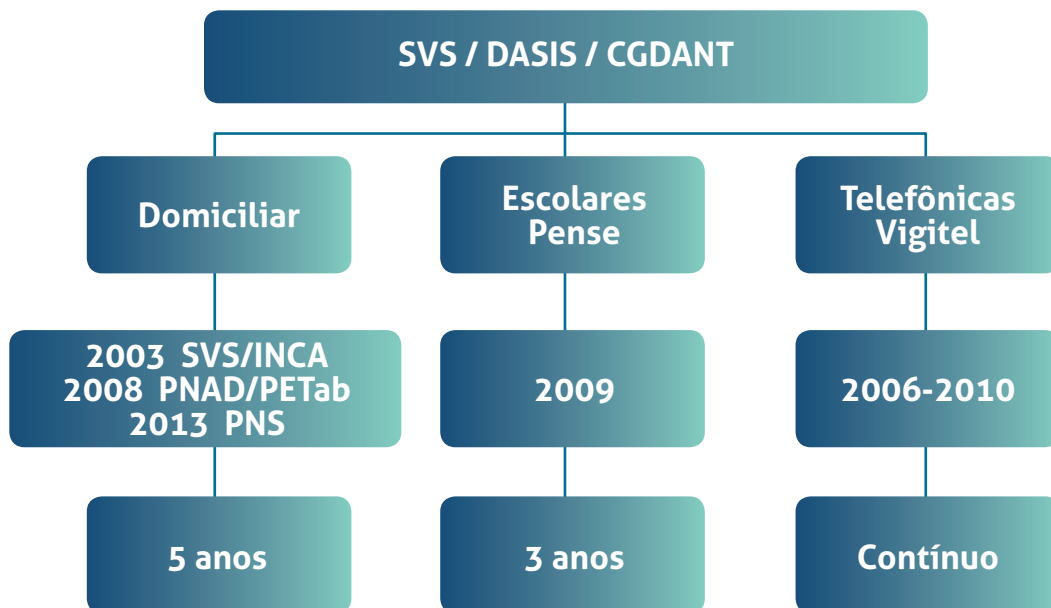
* Hiperdia: Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensão e diabetes.

** 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 e PNS – Pesquisa Nacional de Saúde.

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 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 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. A 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, proibição de fumar em ambientes fechados (embora ainda sejam permitidos os “fumódromos”), 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, e ao aleitamento materno, que tem 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 sal 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 primária – A Atenção Primária à Saúde (APS) 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 primária 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 APS por meio do ensino a distância. Processos como o **Telesaúde** (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 APS para o cuidado integral em DCNT.

Distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão arterial e diabetes: a experiência do Brasil – A prevalência de diagnóstico médico prévio de diabetes e hipertensão arterial estimada na população adulta foi 6,3% e 23,3%, respectivamente, segundo o Vigitel 2010 (BRASIL, 2011). Essas duas DCNT constituem a primeira causa de hospitalização no sistema público de saúde do Brasil e estão relacionadas ao desenvolvimento de outras doenças crônicas e complicações. 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 Primária à Saúde. A distribuição gratuita de medicamentos no Brasil foi iniciada em 1971, com foco na população com reduzido poder aquisitivo. 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, repassando-os a um baixo custo.

Em 2006, essa estratégia foi estendida à rede privada de farmácias e drogarias, recebendo a denominação de Aqui Tem Farmácia Popular. Nesse programa, o Ministério da Saúde passou a subsidiar 90% do valor de referência dos 24 medicamentos disponibilizados para hipertensão, diabetes, asma, rinite, mal de Parkinson, osteoporose e glaucoma. Atualmente, esse programa abrange mais de 2,5 mil municípios, correspondendo a 1,3 milhão de brasileiros, sendo 660 mil hipertensos e 300 mil diabéticos. Ainda em 2006, foi decretada uma lei para garantir a distribuição gratuita de medicamentos para diabetes e de materiais necessários para o monitoramento da glicemia capilar aos

portadores inscritos em programas de educação para diabéticos na atenção primária. Em 2007, foram definidos os medicamentos gratuitos disponibilizados aos diabéticos. No entanto, a distribuição gratuita desses medicamentos estava restrita aos portadores que utilizavam as unidades básicas de saúde. Em 2010, foi aprovado o financiamento para aquisição de medicamentos na rede básica de saúde. Esse financiamento foi pactuado entre as três esferas de governo, sendo os valores mínimos repassados de R\$ 5,10/habitante/ano pela União e de R\$ 1,86/habitante/ano pelos estados e municípios, com previsão de revisão de valores *a posteriori*. Além desse financiamento, o Ministério da Saúde também financia a aquisição de insulina humana NPH e insulina humana regular e os estados e municípios são responsáveis por contrapartida financeira referente aos insumos complementares destinados aos indivíduos diabéticos insulínod dependentes.

Em março de 2011, o governo brasileiro criou o programa Saúde Não Tem Preço, com o objetivo de ampliar o acesso a medicamentos para indivíduos diabéticos e hipertensos. Nesse programa, as farmácias e drogarias conveniadas 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 (glibenclamida, metformina 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 abril de 2011, foram distribuídos mais de 3,7 milhões de tratamentos, representando um aumento de 70% na distribuição de medicamentos para hipertensos e diabéticos. Atualmente, estão cadastradas no programa cerca de 17.500 farmácias privadas.

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 a 59 anos de todo o país de foi de 87,1% em 2008. A cobertura informada de realização de mamografia nesse mesmo ano foi de 71,1%, segundo a PNAD (IBGE, 2010a). Novos esforços devem ser direcionados à melhoria da qualidade desses exames e à garantia de seguimento de 100% dos casos que necessitem de tratamento.

Iniciativas de fomento a 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 entre 35 e 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 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 primária 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. Implantação de 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 ao cuidado integrado para a prevenção e o 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 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, articulados com a Atenção Primária à Saúde.
	Programa Saúde na Escola: Implantação, em todos os municípios brasileiros, incentivando ações de promoção da saúde e de hábitos saudáveis nas escolas (como as cantinas saudáveis); a reformulação de espaços físicos, visando à prática das aulas regulares de educação física; e o incentivo à prática de atividade física no contraturno (Programa Segundo Tempo).
	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)

Alimentação saudável	Escolas: Promover alimentação saudável no Programa Nacional de Alimentação Escolar.
	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.
	Acordos com a indústria para redução do sal e do açúcar: Estabelecer acordo com setor produtivo e parceria com a sociedade civil para a redução do sal e do açúcar nos alimentos processados, buscando avançar em uma alimentação mais saudável.
	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.
	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.

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

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)

Envelhecimento ativo	Implantar um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo, favorecendo ações de promoção da saúde, de prevenção e de atenção integral.
	Incentivar os idosos para a prática da atividade física regular no programa Academia da Saúde.
	Capacitar as equipes de profissionais da Atenção Primária 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 primária, 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 primária 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	Aperfeiçoar o rastreamento do câncer do colo do útero e mama, de forma universal, para todas as mulheres, independentemente de renda e raça/cor, reduzindo desigualdades, e garantir 100% de acesso ao tratamento de lesões precursoras de câncer.

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

Saúde toda Hora	Atendimento de urgência: Fortalecer o cuidado ao portador de doenças do aparelho circulatório na rede de urgência, integrado entre unidades de promoção, prevenção e atendimento à saúde, com o objetivo de tornar o atendimento mais rápido e eficaz.
	Atenção domiciliar: Para portadores com dificuldades de locomoção ou pessoas que precisem de cuidados regulares ou intensivos, mas não de hospitalização, como idosos, acamados, portadores com sequelas de acidente vascular encefálico, entre outros. Cuidados ambulatoriais e hospitalares em casa, ampliando o campo de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica.
	Unidades coronarianas e de acidente vascular encefálico: Qualificar as estruturas hospitalares para o atendimento em urgência e emergência, sem restringir as portas de entrada aos prontos-socorros. O programa priorizará os atendimentos a traumas, problemas cardíacos e acidente vascular encefálico por meio da criação, dentro dos hospitais, de unidades especializadas, como unidades coronarianas e unidades de AVE, visando qualificar a resposta a esses agravos e possibilitar a criação de novas vagas hospitalares e de leitos de retaguarda, evitando espera nas portas dos hospitais.

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 ao açúcar no sangue.
Infância e adolescência	Alimentação saudável na infância, estímulo ao aleitamento materno. Alimentação saudável e educação alimentar na escola, 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. Regulação de propaganda de alimentos para o 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.
Idosos	Promoção de atividade física para os idosos. Capacitação de cuidadores na comunidade. Campanha de estímulo ao envelhecimento ativo.

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

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 Primária à 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 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.

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 para pessoas idosas, por meio de parceria entre MS, ME e Secretaria de Direitos Humanos (SEDH). Promover atividades físicas/práticas corporais 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 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 DCNTes e seus fatores de risco, com o objetivo de promover mudanças de comportamento 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 web, 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 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), a fim de estimular o seu consumo. Propor e fomentar iniciativas intersetoriais para a adoção de medidas fiscais, como taxas, subsídios e tributação simplificada, para estimular o consumo de alimentos saudáveis, como frutas e hortaliças. 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.

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

Setor	Ações propostas
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.

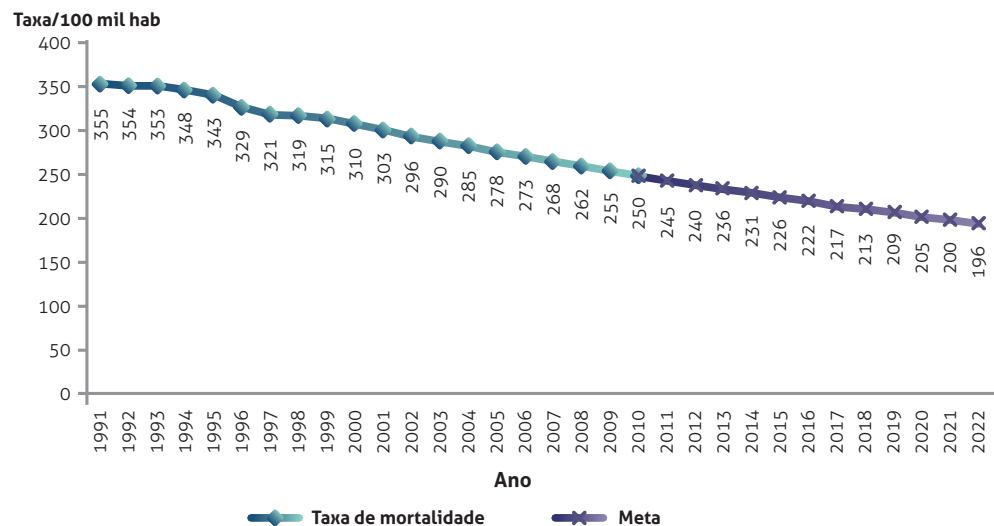
6.3 Metas nacionais propostas

- ✓ 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 em adultos.

- ✓ Implantar programas de gestão da qualidade da mamografia em 100% dos serviços que realizam esse exame para o SUS.
- ✓ Implantar programas de gestão da qualidade do exame citopatológico do colo do útero em 100% dos laboratórios.
- ✓ Ampliar e/ou manter a cobertura de exame citopatológico do câncer do colo do útero para 80% ou mais em mulheres de 25 a 64 anos, em todas as regiões do país.
- ✓ Garantir tratamento em 100% 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

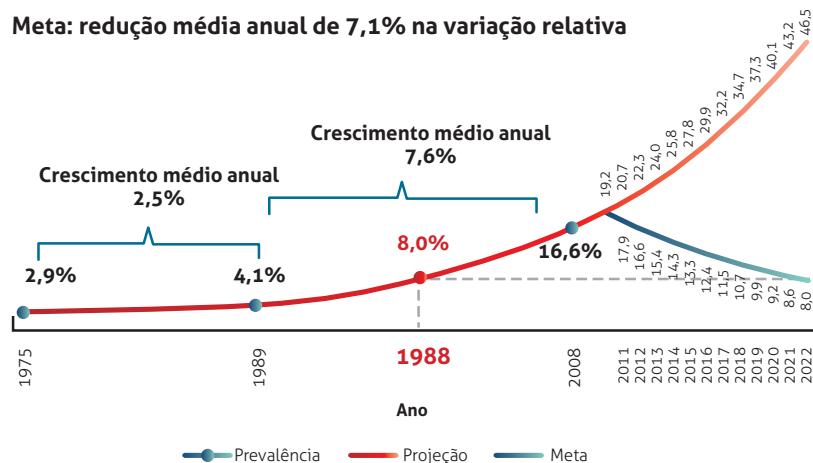


*Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

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%

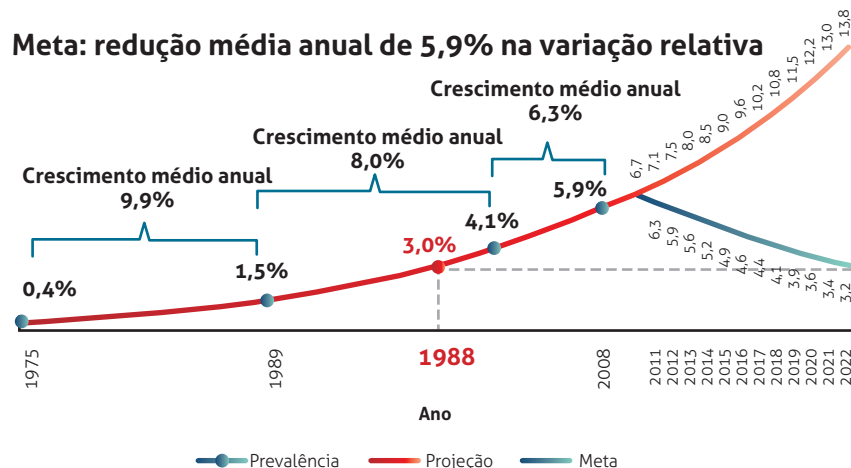
Meta: redução média anual de 7,1% na variação relativa



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%

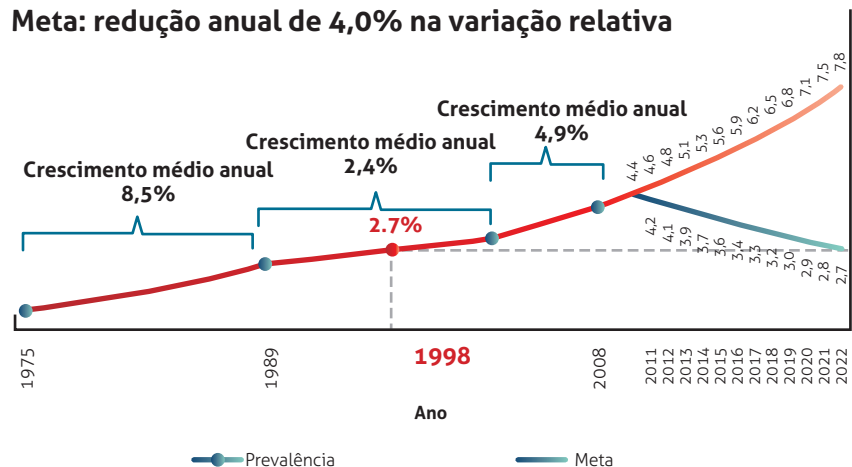
Meta: redução média anual de 5,9% na variação relativa



Fonte: CGDANT/SVS/MS.

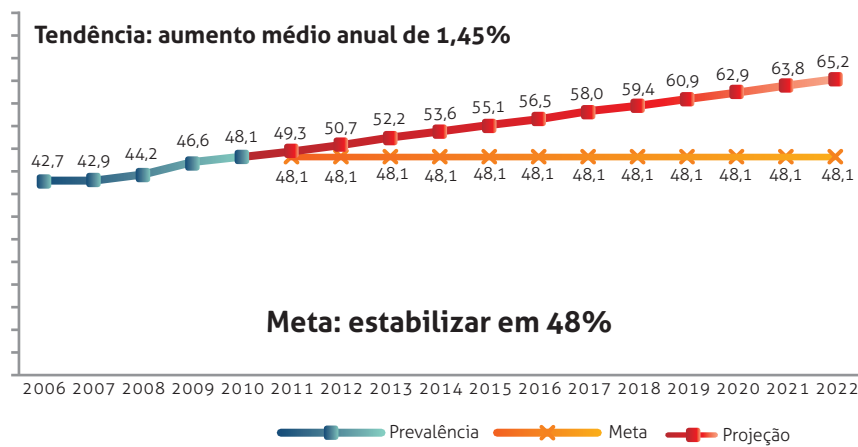
Figura 17c: Projeção da obesidade em meninas de 10 a 19 anos, 1975 a 2022. Meta: chegar ao patamar de 1998 = 2,7%

Meta: redução anual de 4,0% na variação relativa



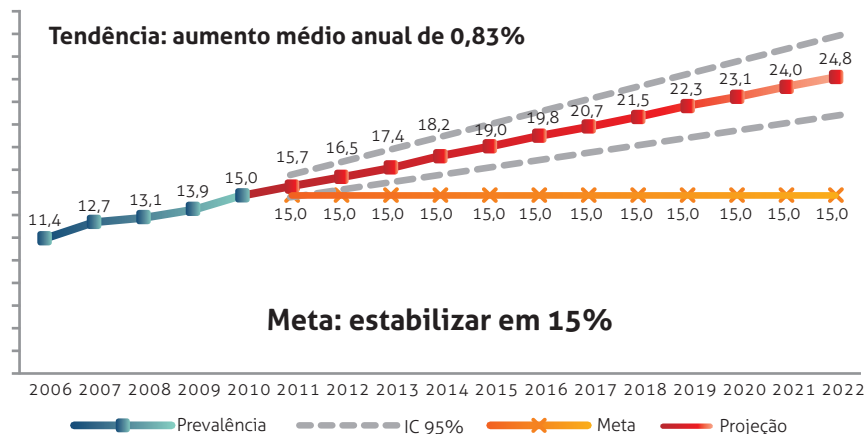
Fonte: CGDANT/SVS/MS.

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



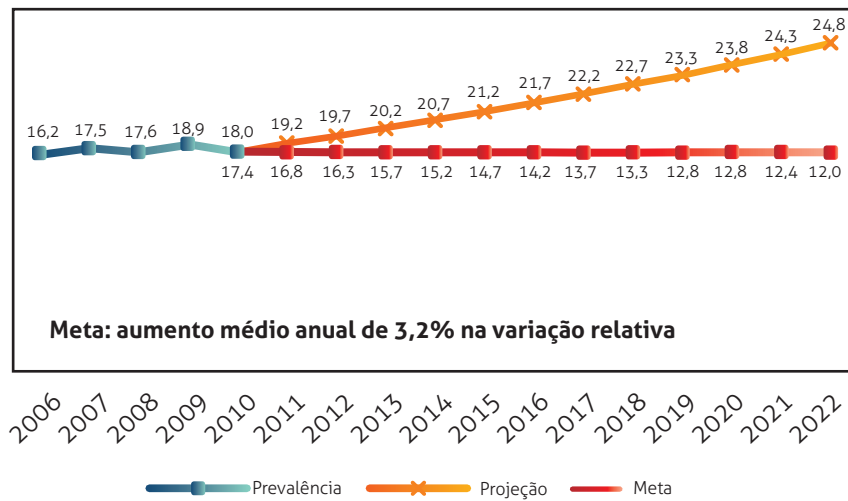
Fonte: CGDANT/SVS/MS.

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



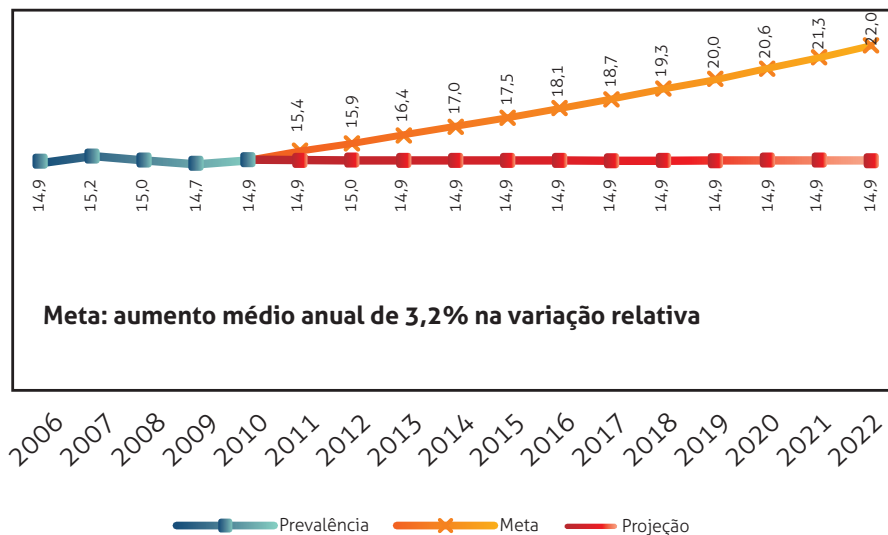
Fonte: CGDANT/SVS/MS.

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



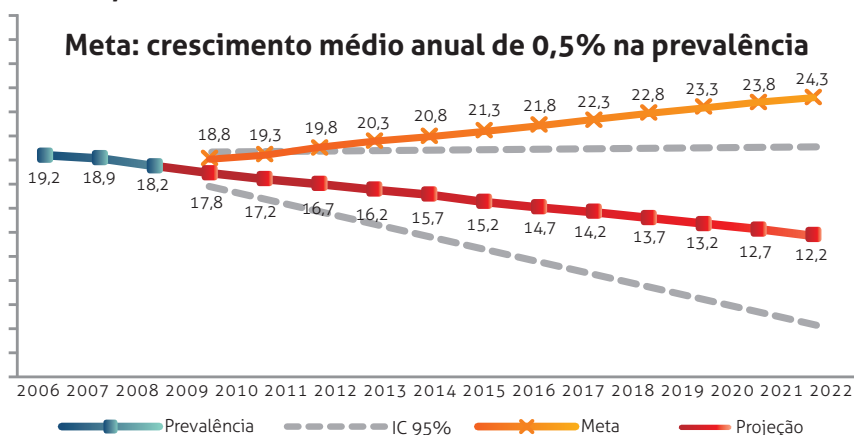
Fonte: CGDANT/SVS/MS.

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.

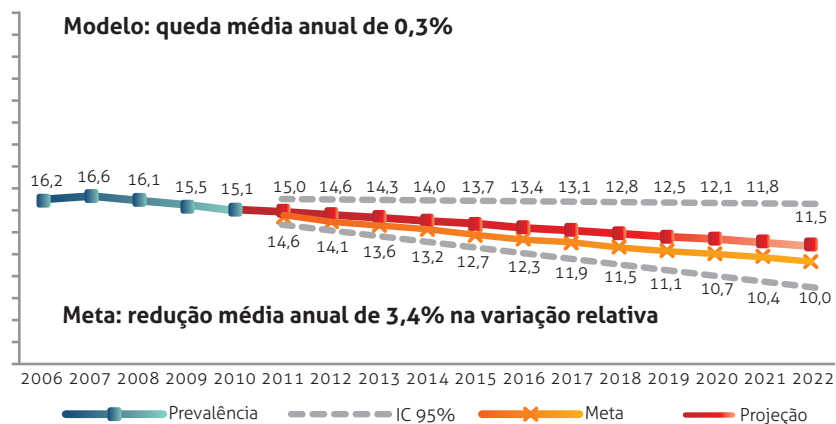
Figura 21: Projeção do consumo recomendado* de frutas e hortaliças em adultos nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2008 a 2022



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

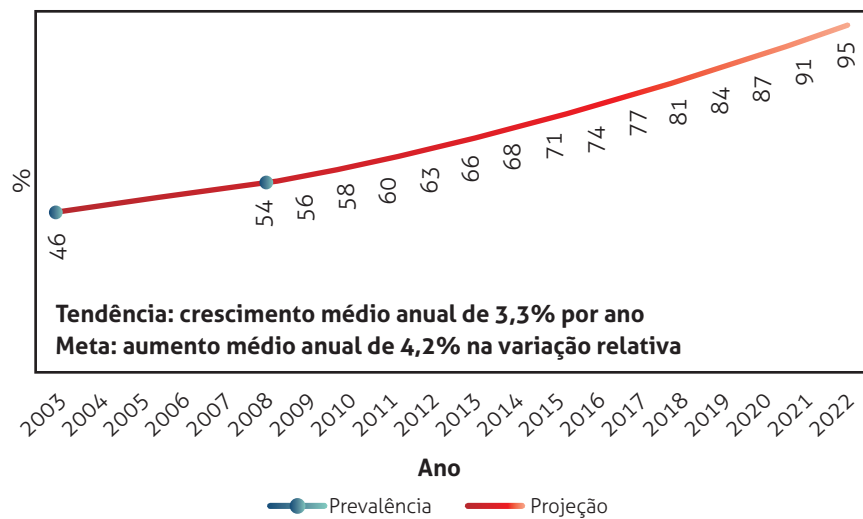
Fonte: CGDANT/SVS/MS.

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



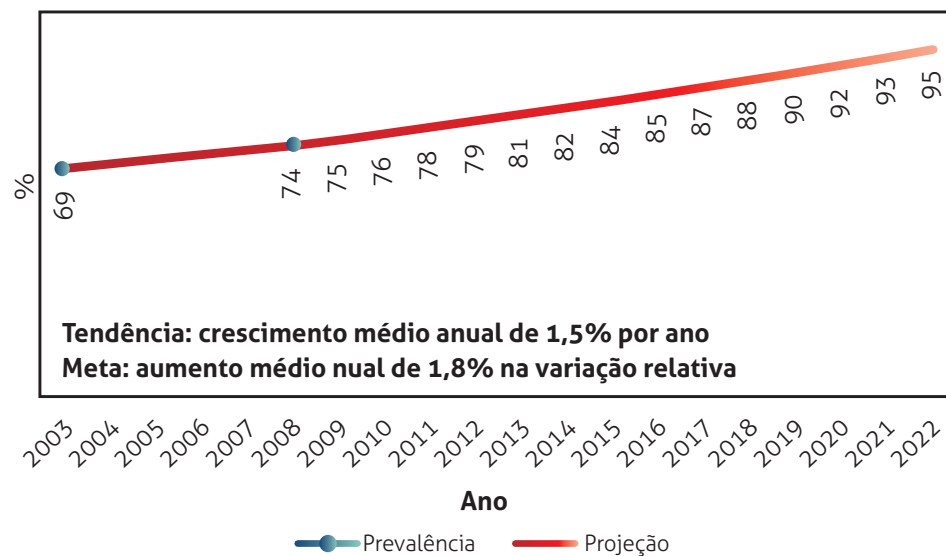
Fonte: CGDANT/SVS/MS.

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 59 anos, Brasil, 2003 a 2022



Fonte: CGDANT/SVS/MS.

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.						

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 sites 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 sites 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 Primária à 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.						

Estratégia 3: Consolidar um sistema nacional, padronizado e integrado de informação sobre o câncer	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011- 2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	Inca, SVS	70% dos RCBP com informação atualizada	75% dos RCBP com informação atualizada	80% dos RCBP com informação atualizada	85% dos RCBP com informação atualizada	90% dos RCBP com informação atualizada
Ações						
1 - Prestar assessoria técnica aos RCBP para implementação e melhoria da qualidade e atualização das informações.						
2 - Avaliar os registros de câncer por meio de indicadores de desempenho.						
3 - Disponibilizar, de forma ágil e oportuna, dados sobre o câncer em âmbito local, estadual e nacional produzidos pelos Registros de Câncer de base populacional e hospitalar (RCBP e RCH).						
4 - Produzir análise de informações sobre incidência, mortalidade e sobrevida do câncer por meio dos dados dos RCBP e RHC, sob a forma de publicação eletrônica, informes, boletins, periódicos, atlas e publicações técnicas.						
5 - Integrar as principais bases de dados sobre morbimortalidade por câncer no país.						
6 - Fortalecer os Registros de Câncer de Base Populacional e os Registros Hospitalares de Câncer como fontes oficiais de informação para a vigilância de câncer, incorporando suas bases de dados aos Sistemas de Informações do SUS.						
7- Fortalecer a vigilância de câncer dentro das vigilâncias de DCNT nas SES e SMS.						
8 - Articular com as instituições de ensino e de pesquisa a análise dos dados de sobrevida.						
9 - Produzir análise sobre câncer de mama e colo de útero a partir das bases do Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero e do Sistema de Informação do Câncer de Mama (Siscolo/Sismama).						

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.						

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 taxa 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.						

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.						
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	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	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 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 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.

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.						
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 um código de ética e conduta na relação público-privada para as ações de promoção da saúde/prevenção DCNT.

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 web, 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.						

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, vinculadas à preparação da Copa do Mundo e das Olimpíadas.						

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.						

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 Primária 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 Educunvisa 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.						
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 na infância.						

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.						
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).

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 primária.						
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.						

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.						

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 Primária à 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, SEGEF, 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 ao cuidado integrado para a prevenção e o 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 Primária em Saúde	Vincular paciente com doença crônica às equipes da Atenção Primária em Saúde	Vincular paciente com doença crônica às equipes da Atenção Primária em Saúde	Vincular paciente com doença crônica às equipes da Atenção Primária em Saúde	Vincular paciente com doença crônica às equipes da Atenção Primária em 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.						
Estratégia 2: Fortalecer e qualificar a gestão da rede de serviços visando 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 Primária em Saúde/Unidade Básica de Saúde.						
2 - Qualificar a resposta da Atenção Primária em Saúde.						
3 - Definir fluxo de referência e contrarreferência entre a Atenção Primária 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 Primária em Saúde.						
10 - Valorizar o profissional de saúde para atuação em DCNT.						
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).

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 o modelo oportunístico para o modelo organizado, com garantia de confirmação diagnóstica, tratamento de lesões precursoras e referência dos casos de câncer para o nível terciário.

2 - Fortalecer o diagnóstico precoce do câncer de mama, com garantia de acesso das mulheres com lesões palpáveis ao imediato esclarecimento diagnóstico e tratamento.						
3 - Ampliar o acesso das mulheres da população-alvo à mamografia de rastreamento.						
4 - Implantar o programa de gestão da qualidade do exame citopatológico do colo do útero.						
5 - Implantar o Programa de Gestão da Qualidade da Mamografia.						
6 - Capacitar profissionais do nível primário e secundário para o rastreamento do câncer do colo do útero e o tratamento das lesões precursoras.						
7 - Capacitar profissionais da atenção primária 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.						
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.

	Responsáveis	Indicadores/Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
Estratégia 6: Desenvolver e implementar estratégias para formação profissional e técnica e de qualificação das equipes de saúde	Inca, SAS	Implantar Telessaúde e “2ª opinião formativa” em DCNT para equipes de Atenção Primária em Saúde em 30% dos municípios	Implantar Telessaúde e “2ª opinião formativa” em DCNT para equipes de Atenção Primária em Saúde em 50% dos municípios	Implantar Telessaúde e “2ª opinião formativa” em DCNT para equipes de Atenção Primária em Saúde em 60% dos municípios	Implantar Telessaúde e “2ª opinião formativa” em DCNT para equipes de Atenção Primária em Saúde em 70% dos municípios	Implantar Telessaúde e “2ª opinião formativa” em DCNT para equipes de Atenção Primária em Saúde em 90% dos municípios

Ações

1 - Fortalecer as estratégias de ensino e aprendizagem para o trabalho multidisciplinar e intersetorial, visando ampliar as ações de promoção da saúde às DCNT na Atenção Primária 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 Primária em Saúde.						
8 - Fomentar a abordagem das DCNT nos cursos de pós-graduação (<i>sensu strictu</i> e <i>sensu lato</i>) 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.						
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 ampliar as ações de promoção da saúde às DCNT na Atenção Primária 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.

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 AVE	Criar unidades de atendimento AVE	Criar unidades de atendimento AVE	Criar unidades de atendimento AVE	Criar unidades de atendimento AVE

Ações

1 - Implantar protocolos 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) 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 - Ampliar na Rede a disponibilização de reabilitação pós-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 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 - Garantir o acesso à reabilitação qualificada para pacientes com AVE.
17 - Aumentar a efetividade no atendimento de portadores de quadros clínicos complexos em unidade de atenção ao acidente vascular encefálico.
18 - Capacitar profissionais para o diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento pós-internação por AVE.
19 - Garantir a continuidade do cuidado e a utilização dos recursos terapêuticos adequados para o período pós-IAM e pós-AVE.
20 - Divulgar para a população conhecimentos referentes à identificação precoce do IAM e AVE.
21 - 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.

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.

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. 1808-12.

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.

ROSA, R. S. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999-2001. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2008, n. 17, p. 131-34.

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.

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 Boteca	DAF/SCTIE/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 Vasconcelos	DOGES
André D. Barbosa	CGPNCH/SVS
Andreia Duarte Lins	ATPCP/DAPES/SAS
Andreia Setti	CGDANT
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

Cybelle de Aquino J. Alves	PNAE/FNDE
Dais Rocha	UnB/Abrasco
Daisy Maria Coelho de Mendonça	DAB/SAS/MS
Dalila Tussit	UnB
Daniel Reinaldi 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	CGDANT/SVS/MS
Denise Kaplan	ADJ DM BR
Denise Rinehart	Conasems
Diogo Penha Soares	NURIG/Anvisa
Doriane Patrícia de Souza	DAGD
Edise Brito Lopes	GEDANT/SVS/SES-DF
Edson Antonio Donagema	Anvisa
Eduardo A. F. Nilson	CGAN/DAB/SAS/MS
Eduardo Melo	DAB/SAS/MS
Eduardo Traversa	MCT/SEPED/CGBS
Elisabeth Wartchow	DAB/SAS/MS
Elisete Berchiol da Silva Iwai	MPS/SE
Elza Dias Tosta da Silva	Acad. Brasil. de Neurologia
Erika Pisaneschi	Saúde da Criança
Eunice de Lima	NEC/MS
Fabio da Silva Gomes	Inca/SAS/MS
Fabricio Araujo Prado	MRE/DTS
Fadlo Fraige Filho	FENAD/ANAD
Fatima Brandalise	MDA

Fernanda B. O. Farias	SES/DF
Fernanda Frade	CGPAE
Fernando Barros	SVS/MS/DSAST/CGVAM
Fernando Maximo	ME/SE
Francisco Cordeiro	Saúde Mental/DAPES/SAS/MS
Gisele Bortolini	CGAN/DAB/SAS/MS
Glauco Oliveira	OPAS
Guilherme E. Almeida	ACT BR
Guilherme Franco Netto	DSAST/SVS/MS
Gustavo Gusso	SBMLC
Heider Pinto	DAB/SAS/MS
Helena Ferreira	DES/SCTIE
Helena Luna Ferreira	SCTIE/MS
Hermelinda Pedrosa	Soc. Brasil. de Diabetes
Ione Maria Fonseca de Melo	CNHD/DAB/SAS/MS
Indiara Meira Gonçalves	AISA/MS
Isabel Cristina	Aids
Isabella Henriques	Inst. Alana
Ivanildo Franzosi	SAG/Casa Civil
Janaina G. B. Fagundes	CGDANT/SAS/MS
Jarbas Barbosa	SVS/MS
Jeann Marie Maralin	SVS/MS
Jeanne Michel	DHR/SESU/MEC
Jorge Francisco Kell	CGDANT/SVS/MS
José Eudes Barroso Viera	CGAN/DAB/SAS
Jose Getulio Martins Segalla	ABRC
José Luiz Fonseca	

José Vicente Payá Neto	Inca/SAS/MS
Juliana Rezende	ASAJ/DAPES/SAS/MS
Juliana S. Borges Vallini	SVS/MS
Juliana Sambugaro	ABRAS
Katia Audi	ANS
Katia Souto	PNCH/DEVEP
Lalinne Amália de Souza Leite	FNDE/MEC
Leandro Luiz Viegas	AISA/MS
Leticia L. Pauloja	CGTES/Anvisa
Levon Yegariantz	UnB/CIORD
Leyla Cristina Mendes Duarte	DAF/MS
Ligia Teixeira Mendes	SES-DF
Liz Maria de Almeida	Inca/SAS/MS
Lucas Ramão dos Santos Lopes	MD
Luciana Mendes Santos Servo	Ipea
Lucimeire Neris Sevilha	Sesai/MS
Luiza Machado	DAPES/SAS/MS
Marcier Trombiere	Ass. Especial - Ministério das Cidades
Manoel Messias	SG/PR
Marcio Farias Lobato	MRE/DTS
Marco Akerman	Abrasco
Marcos de Souza e Silva	SPI/MPOG
Marcos Franco	Conasems
Marcos Paulo Freire Malgueiro Lopes	CGDANT/MS
Margela Lourenço	FNDE
Maria Angela Avelar Nogueira	CGMAC/DAE/SAS
Maria Claudia Irigoyen	Soc. Brasil. de Hipertensão

Maria do P. Socorro A. de Souza	SEGES/MT
Maria Inês Schmidt	UFRGS
Maria José Delgado Fagundes	Anvisa
Maria Luiza Moretzsohn	SE/MPA
Maria Montefusco	Funasa/MS
Maria Paula do Amaral Zaitune	DSAST/CGVAM/SVS/MS
Maria Silva Freitas	DEGES/SGTES/MS
Maria Thereza Teixeira	CGVAM
Maria Vilma	DAGEP
Mariana C. Ribeiro	CGAN/MS
Mariana Heleias Cortes	CGEAN/MDS
Mariana Pinheiro	CGAN
Marilisa Berti de Azavedo Barros	Unicamp
Marina Mirazon Janeso	Elsevier
Marisete Araujo	FNDE/PNAE/MEC
Marta Klumb	MEC/SEB
Marta Maria da Silva	CGDANT/DASIS/SVS
Maya Takagi	SESAN/Min. Desenvolvimento Social
Mércia Gomes Oliveira de Carvalho	CGDANT/DASIS/SVS
Monica Cristina A. J. Sousa	GENVT/SES
Monica de Assis	Rede Educ. Pop. em Saúde
Mônica Diniz Durães	DEGES/SGTES/MS
Nadja Mara Killesse Carvalho	ME/SE
Natalia Gedanken	Min. Integração/Gab.
Neilton Oliveira	Anvisa
Nelson Brwr Motta	SE/SRI/PR
Nilton Pereira Junior	SE/MS

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 Rodominsis
Rosane Maria Franklin Pinto
Rurany Silva
Samia Nadaf Melo
Sandhi Maria Barreto
Sara Araújo da Silva

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
UFMG
CGAN/DAB/MS

Sarah Guerra G.Tinero	GEDANT/SVS/SES-DF
Silvana Leite Pereira	Conasems
Simone Fabiano Mendes	ANS/DIPRO
Taciane Monteiro	Saúde Mental/SAS/MS
Tais Cristiane F. B. Barella	ME
Tais Porto Oliveira	SVS/MS
Tamara Amoroso Gonçalves	Inst. Alana
Tânia Cavalcante	Inca/MS
Teresa Cristina Lopes Americo	SCTIE/MS
Tereza Pasinato	ANS
Thais Campos Valadares Ribeiro	Opas/OMS e DEGES/SETES
Theresa Cristina	DAGEP
Theresa Cristina Albuquerque Siqueira	DAGEP/SEGEP
Valdir Teixeira	SFC/CGU-PR
Valeria Cunha de Oliveira	Inca/SAS/MS
Veronica Albuquerque de Negreiros	CGAFB/DAF/MS
Verônica Marques Lima	Inca
Verônica Nogueira	CGAFB/DAF/SCDG
Victor Pavarino	Opas
Waleska Teixeira Caiaffa	UFMG/Observatório de Saúde Urbana
Willian Claret Torres	Min. Comunicações
Yole Mendonça	Secom

Lista de Abreviaturas e Siglas

AAS - Ácido Acetil Salicílico

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

Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ANS - Agência Nacional de Saúde

APAC - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

APS - Atenção Primária à Saúde

APVP - Anos Potenciais de Vida Perdidos

Ascom - Assessoria de Comunicação

AVE - Acidente Vascular Encefálico

BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

Caisan - Câmara Intersectorial de Segurança Alimentar e Nutricional

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CGIAE - Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica

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
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
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 Ambulatorial Médico 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
SES - Secretarias Estaduais 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 - Secretarias Municipais de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde
Vigitel - Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Agravos não Transmissíveis
Rename - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
WHO - World Health Organization

DERRAME

CÂNCER

MISÉRIA

ASMA DPOC

DIABETES

OBESIDADE

TABAGISMO

ALCOOLISMO

FATORES DE RISCO

POUCA INFORMAÇÃO

ASMA DPOC MISÉRIA DESIGUALDADE

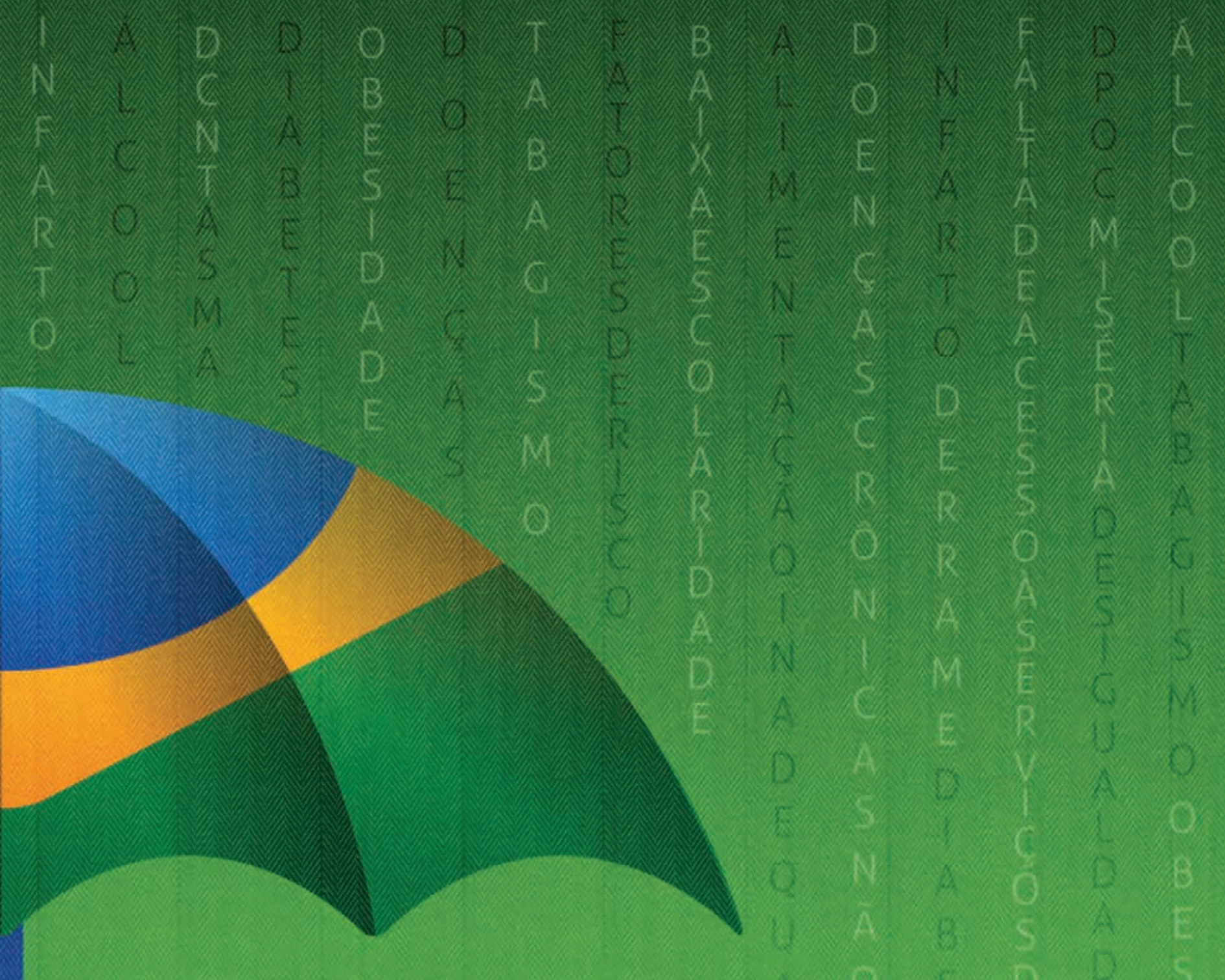
ENFERMIA INFARTO DE

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO

ATIVIDADE FÍSICA ALI

FATORES DE RISCO ALCOOL





ÁLCOOLO E TABACO - SINISMO OBES

DPOC MISERIA DOSS - QUALIDADE

FALTA DE ACESSO A SERVIÇOS DE

INFARTO DERRAMAMENTO DE

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO

ALIMENTAÇÃO INADEQUADA

BAIXA ESCOLARIDADE

FAITORES DE RISCO

TABAGISMO

DOENÇAS

OBESIDADE

DIABETES

DENUTRIÇÃO

ÁLCOOLO

INFARTO



www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA