

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

***** Versão preliminar *****

**Brasília DF
21 julho de 2011**

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. O plano de ação do Ministério da Saúde contou com a colaboração na sua construção de Instituições de Ensino e Pesquisa, de diversos Ministérios do Governo Brasileiro, membros de ONGs da área da saúde, entidades médicas, associações de portadores de doenças crônicas, dentre outros. Foram quatro meses de discussões, envolvendo reuniões presenciais, Fóruns de Discussão, participação via internet, buscando colher sugestões dos diferentes segmentos da sociedade para a construção de um plano de ação que possibilite o enfrentamento das DCNT no país. O Plano foi também apresentado nas instâncias do SUS visando a sua consolidação como um compromisso de todos os níveis de gestão.

O plano visa preparar o país nos próximos dez anos para enfrentar e deter as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, câncer, diabetes, doenças respiratórias crônicas. No Brasil estas doenças constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a cerca de 72% 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 cerca de 20% nas taxas de mortalidade por estas doenças, o que pode ser atribuído à expansão da atenção primária, melhoria da assistência e redução do consumo do tabaco desde os anos 90, mostrando importante avanço na saúde dos brasileiros.

Como determinantes sociais das DCNT são apontadas as desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e serviços, baixa escolaridade, desigualdades no acesso à informação, além de 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 (MS) do Brasil tem implementado importantes políticas de enfrentamento destas doenças, com destaque para a organização da Vigilância de DCNT, cujo objetivo é conhecer a distribuição, magnitude e tendência das doenças crônicas e agravos e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção à saúde. A Política

de Promoção da Saúde tem priorizado diversas ações no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool e também tem sido 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. Dentre as ações de enfrentamento do tabagismo, destacam-se as ações regulatórias como a proibição da propaganda, advertências nos maços e a adesão à convenção Quadro do Controle do Tabaco em 2006, dentre outras. No campo da alimentação saudável, o incentivo ao aleitamento materno tem sido uma importante iniciativa do MS, ao lado de mensagens claras como o Guia de Alimentação Saudável, a rotulagem dos alimentos e acordos com a indústria para a eliminação das gorduras trans, e recentemente, 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 62% da população brasileira. As equipes atuam em território definido com população adscrita, realizando ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção e assistência e 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 distribuição gratuita de mais de 15 medicamentos para hipertensão e diabetes (anti-hipertensivos, insulinas, hipoglicemiantes, estatina, dentre 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 de medicamentos gratuitos.

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 controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para cuidados crônicos.

O plano aborda os quatro principais grupos de doenças (cardiovascular, 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 à saúde; c) Cuidado integral.

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

Alexandre Padilha

Ministro da Saúde

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 (**cardiovascular, câncer, respiratórias crônicas e diabetes**) e seus fatores de risco em comum modificáveis (**tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade**).

Na sequência, são descritas as intervenções consideradas mais custo-efetivas, bem como aquelas consideradas 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 ONU, em 13 de maio de 2010, na Resolução nº 265, decidiu convocar uma reunião de alto nível sobre DCNT, em setembro de 2011, em Nova York, 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 Governos 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; LANCET, 2011).

2.2. Contexto Mundial das DCNT

As DCNT são as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 63% das mortes 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 das mortes por DCNT são atribuíveis às doenças cardiovasculares, 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 DCNT 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 100.000 habitantes (LANCET, 2011). Apesar de elevada, observou-se redução de 20% nessa taxa na última década, principalmente em relação às doenças cardiovasculares 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.

2.4. Políticas de DCNT no Brasil em destaque

– Organização da Vigilância de DCNT:

O Brasil vem organizando nos últimos anos ações no sentido da estruturação e operacionalização de um sistema de vigilância específico para as doenças e agravos não transmissíveis, de modo a conhecer a distribuição, magnitude e tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção à saúde.

Em 2003 realizou 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. Desde 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 com 54.000 entrevistas anuais. 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 Distrito Federal, em parceria com o IBGE, Ministério da Saúde e Educação, que aconteceria a cada 3 anos.

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

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

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

– **Atividade Física:** o Ministério da Saúde lançou, em 7 de abril de 2011, o programa **Academia da Saúde**, de promoção de atividade física, com meta de expansão a 4 mil municípios até 2015. Desde 2006, a SVS apoia e financia programas de atividade física, que já somam mais de 1.000 projetos em todo o país.

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

– **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 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 e 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, cuidados cardiovasculares, entre outros.

– **Distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes:** expansão da atenção farmacêutica e distribuição gratuita de mais de 15 medicamentos para hipertensão e diabetes (anti-hipertensivos, insulinas, hipoglicemiante, AAS, estatina, entre outros). Em março de 2011, o **Programa Farmácia Popular** passou a ofertar medicamentos gratuitos para hipertensão e diabetes em mais de 12.000 farmácias privadas. 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 exames preventivos 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** de 82,6% (2003) para 87,1% (2008), entre mulheres com idade entre 25 a 59 anos, segundo a PNAD, 2008 (IBGE, 2010). Ainda persistem

desigualdades, em relação a 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 estudo) a 90,5% (mulheres de 12 e mais anos), segundo o VIGITEL, 2010 (Ministério da Saúde, 2011).

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

Como resposta ao desafio das DCNT, o MS espera que a reunião de Alto Nível da ONU possibilite a contribuição intersetorial dos demais ministérios na preparação do plano de ação para o enfrentamento das DCNT, já discutido com áreas do MS, sociedades médicas, ONGs e instituições acadêmicas.

O plano aborda as quatro principais doenças (cardiovascular, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e os fatores de risco (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade) e define diretrizes e ações em: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento em saúde; b) promoção em saúde; c) cuidado integral.

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 cuidados crônicos.

Metas propostas no plano

- ✓ 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 59 anos.

- ✓ Tratamento em 100% de mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer.

Eixos do plano

O Plano fundamenta-se no delineamento de diretrizes e ações em: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção à saúde; c) cuidado integral. Em síntese, as grandes ações definidas para esse plano são:

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 a gestão, políticas, planos, infraestrutura, recursos humanos e acesso a serviços de saúde essenciais, inclusive medicamentos.

Principais ações:

- I. **Realizar a Pesquisa Nacional de Saúde – 2013 (parceria com IBGE):**
Geração de informações e conhecimentos sobre processo saúde-doença e seus determinantes sociais, para formulação de políticas de saúde no Brasil. Serão pesquisados temas como acesso e utilização de serviços, morbidade, fatores de risco e proteção de doenças crônicas, saúde dos idosos, mulheres, crianças, bem como medidas antropométricas, pressão arterial e coleta de material biológico.
- II. **Estudos DCNT:** Análises de morbimortalidade e 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 para o plano DCNT:** Criação de um portal 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 setores (Educação, Cidades, Esporte, Desenvolvimento Agrário, Desenvolvimento Social, Meio Ambiente, Agricultura - EMBRAPA, Trabalho, Planejamento, Secretaria Especial de Direitos Humanos, Meio Ambiente, Segurança Pública, Órgãos de Trânsito e outros), além da participação de organizações não governamentais, empresas, 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, articulados com a atenção primária à saúde.
- II. **Programa Saúde na Escola:** Implantação em todos os municípios, incentivando ações de promoção à saúde e de hábitos saudáveis nas escolas (como as cantinas saudáveis); a reformulação de espaços físicos nas escolas visando à prática das aulas regulares de educação física e ao incentivo à prática de atividade física no contra-turno (programa Segundo Tempo).
- III. **Praças do PAC:** Fortalecimento do componente 1 do PAC 2, no Eixo Comunidade Cidadã – construção de praças como um equipamento que integra atividades e serviços culturais, práticas esportivas e de lazer, formação e qualificação para o mercado de trabalho, serviços socioassistenciais, políticas de prevenção à violência e de inclusão digital, oferecendo cobertura a todas as faixas etárias.
- IV. **Plano Nacional de Transporte Ativo e Saudável:** Implantação desse plano na perspectiva da segurança pública, do trânsito, da iluminação pública, da mobilidade e da acessibilidade.
- V. **Reformulação de espaços urbanos saudáveis:** Criação do Programa Nacional de Calçadas Saudáveis e construção e reativação de ciclovias, parques, praças e pistas de caminhadas.
- VI. **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:** Garantir o fornecimento de alimentos saudáveis no Programa Nacional de Alimentação Escolar.
- II. **Aumento da oferta de alimentos saudáveis:** Estabelecer 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", visando ao acesso à alimentação adequada e saudável. Apoiar 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:** Estabelecer acordo com setor produtivo e parceria com a sociedade civil, visando à prevenção de DCNT e à promoção à saúde, para a redução do sal e do açúcar nos alimentos, buscando avançar em uma alimentação mais saudável.
- IV. **Redução dos preços dos alimentos saudáveis:** Propor e fomentar a adoção de medidas fiscais, tais como redução de impostos, taxas e subsídios, visando à redução dos preços dos

alimentos saudáveis (frutas, hortaliças), a fim de estimular o seu consumo.

- V. **Plano Intersectorial de Obesidade:** Implantação do plano visando à redução da obesidade na infância e adolescência.

Tabagismo e álcool

- I. Adequar a legislação nacional que **regula o ato de fumar em recintos coletivos.**
- II. 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, quilombolas).
- III. 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.
- IV. Apoiar a intensificação de ações fiscalizatórias em relação à **venda de bebidas alcóolicas a menores de 18 anos.**
- V. Fortalecer, no **Programa Saúde na Escola (PSE)**, ações educativas voltadas para a prevenção e para a redução do uso de álcool e tabaco.
- VI. Apoiar iniciativas locais de legislação específica em relação a controle de pontos de venda de álcool, **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 à 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 da pessoa idosa e com condições crônicas na comunidade.

c) Cuidado integral

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

Principais ações:

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

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

- II. **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.
- III. **Medicamentos gratuitos:** Ampliar 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:** Aperfeiçoar o rastreamento do câncer do colo do útero e mama de forma universal, para todas as mulheres, independentemente de renda, raça/cor, reduzindo desigualdades, e garantir 100% de acesso ao tratamento de lesões precursoras de câncer.
- V. **Saúde Toda Hora:**
 - a. **Atendimento de Urgência:** fortalecer o cuidado ao paciente com doenças circulatórias 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:** novidade para os pacientes do SUS com dificuldades de locomoção ou pessoas que precisam de cuidados regulares ou intensivos, mas não de hospitalização, como idosos, acamados, pacientes 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.
 - c. **Unidades coronarianas e de Acidente Vascular Encefálico (AVE):** as estruturas hospitalares serão qualificadas para o atendimento em urgência e emergência, sem restringir as portas de entrada aos prontos-socorros. O novo programa vai priorizar os atendimentos a traumas, problemas cardíacos e acidente vascular encefálico (AVE) 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	
1. Introdução	17
1.1 Transição demográfica	19
2	
2. Vigilância e monitoramento de DCNT no Brasil	8 , 20
2.1 Dados Epidemiológicos	22
2.1.1 Mortalidade por DCNT	22
2.1.2 Morbidade e fatores de risco	26
3	
3. Intervenções efetivas em DCNT	38
4	
4. Prioridades de ação para a abordagem integral de DCNT	43
5	
5. Destaques no controle das DCNT no Brasil	47
6	
6. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011- 2022	53
6.1 Objetivo do plano	53
6.2 Eixos estratégicos	53
6.3 Metas Propostas	66
7	
7. Referências	73
8	
8. Anexos - Eixos, estratégias e ações do plano	80
9	
9. Lista de participantes na elaboração do plano	99

Figuras

Figura 1: Tendências recentes de mortalidade* por DCNT de 1996 a 2000 e 2007	23
Figura 2: Taxas de mortalidade* por doenças não transmissíveis por região em 1996 e 2007	23
Figura 3: Mortalidade* para os principais locais de câncer em homens e mulheres, 1980–2006.....	24
Figura 4: Taxa de internação hospitalar por doenças crônicas selecionadas, Brasil 2000 a 2009.	27
Figura 5 a-h: 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.....	29
Figura 6: Prevalência de fatores de risco e proteção para DCNT nas capitais do Brasil segundo escolaridade, VIGITEL 2010.....	33
Figura 7: Prevalência de mulheres que realizaram mamografia nos últimos dois anos e Papanicolau nos últimos três anos, segundo escolaridade, VIGITEL 2010	34
Figura 8: Prevalência de mulheres que realizaram mamografia nos últimos dois anos e Papanicolau nos últimos três anos, segundo região do país. VIGITEL 2010	34
Figura 9: 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 e 2002-2003 e 2008-2009.	38
Figura 10: 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 e 2002-2003 e 2008-2009.	38
Figura 11: Abordagem integral da linha de cuidado em doenças crônicas	45
Figura 12: Benefícios na atuação sobre fatores ambientais e comportamento saudável ao longo do ciclo de vida.....	45
Figura 13: Fontes de informação para a vigilância de DCNT	47
Figura 14: Inquéritos de saúde para Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para DCNT	48

Figura 15 a 22: Projeção da prevalência dos fatores de risco e das metas propostas..... 66

Tabelas

Tabela 1: Anos potenciais de vida perdidos (APVP) para doenças crônicas selecionadas, em menores de 70 anos, por sexo. Brasil, 2008. 26

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. 28

Quadros

Quadro 1: Mensagens chave	46
Quadro 2: Principais ações do Plano de DCNT em vigilância, informação e monitoramento	56
Quadro 3: Principais ações do Plano de DCNT em Promoção da Saúde.....	56
Quadro 4: Principais ações do Plano de DCNT em Cuidado Integral	58
Quadro 5: Algumas ações do plano de enfrentamento DCNT no Brasil segundo o ciclo vital.....	60
Quadro 6: Ações intersetoriais para a promoção da saúde e prevenção de DCNT	61

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 dos impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza. Apesar do seu rápido crescimento, o impacto das DCNT pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo-efetivas de promoção de saúde para redução de seus fatores de risco, além da melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno.

Das 57 milhões de mortes no mundo em 2008, 36 milhões ou 63% foram devidas a DCNT, com destaque para as doenças cardiovasculares, 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 e nestes países, cerca de 29% das mortes por DCNT ocorrem em pessoas com menos de 60 anos, enquanto 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 problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por cerca de 72% das causas de mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (30%) e as neoplasias (15,6%) (Schmidt et al, 2011) e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, e de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos, e os de baixas 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 (Malta et al, 2006), sendo todos preveníveis e, por sua vez, responsáveis pela epidemia de sobrepeso e obesidade e pela elevada prevalência de hipertensão arterial e colesterol alto.

Tabaco: Cerca de 6 milhões de pessoas morrem a cada ano pelo uso do tabaco, tanto por utilização direta ou pelo fumo passivo (WHO, 2010a). Até 2020, este número deve aumentar para 7,5 milhões, contando 10% de todas as mortes (Mathers, Loncar, 2006). Estima-se que fumar cause aproximadamente 71% do câncer de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e aproximadamente 10% das doenças cardiovasculares (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 20 a 30% de aumento do risco de todas as causas de mortalidade (WHO, 2010b). Atividade física regular reduz o risco de doença cardiovascular, inclusive hipertensão, diabetes, câncer de mama e cólon, além da depressão.

Uso prejudicial do álcool: Aproximadamente 2,3 milhões morrem a cada ano pelo consumo prejudicial de álcool, correspondendo a 3,8% de todas as mortes do mundo (WHO, 2009b). Mais da metade destas mortes são causadas por DCNT incluindo câncer, doenças cardiovasculares 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 cardiovasculares, câncer de estômago e câncer colorretal (Bazzano et al, 2003; Riboli, Norat, 2003). A maioria das populações consome mais sal do que o recomendado pela OMS para a prevenção de doenças (Brown et al, 2009); o alto consumo de sal é um importante determinante de hipertensão e risco cardiovascular (WHO, 2010c). O alto consumo de gorduras saturadas e ácidos graxos trans está ligado às doenças cardíacas (Hu et al, 1997). Alimentação não saudável está aumentando rapidamente na população de baixa renda, incluindo o consumo de gorduras (WHO, 2011).

Pressão Arterial alta: Estima-se que a pressão arterial alta cause 7,5 milhões de mortes, cerca de 12,8% de todas as mortes (WHO, 2009a) e este é um fator de risco para doenças cardiovasculares (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: cerca de 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, derrame e diabetes aumentam consistentemente com o aumento de peso (IMC) (WHO, 2002). O 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); aumenta o risco de doença cardíaca e acidente vascular encefálico (derrame) (Ezzati et al, 2002; Meyer et al, 2001). O colesterol elevado é mais prevalente em países de alta renda.

Impacto sobre o desenvolvimento

A epidemia de DCNT tem afetado mais as pessoas de baixa renda, por serem estas pessoas mais expostas aos fatores de risco e com menos acesso a serviços de saúde. Além disto, essas doenças criam um círculo vicioso levando as famílias a maior estado de pobreza (WHO, 2011).

Existe forte evidência que correlaciona os determinantes sociais como educação, ocupação, renda, gênero e etnia com a prevalência de DCNT e

fatores de risco (WHO, 2008). No Brasil, os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuem para o maior risco da população ao desenvolvimento de doenças crônicas. Nesse contexto, grupos étnicos e raciais menos privilegiados, como a população indígena, têm tido participação desproporcional nesse aumento verificado na carga de doenças crônicas (Schmidt et al, 2011).

O tratamento para diabetes, câncer, doenças cardiovasculares e doença respiratória crônica podem ser de curso prolongado, onerando os indivíduos, famílias e os sistemas de saúde. Os gastos familiares com DCNT reduzem a disponibilidade de recursos para necessidades como: alimentos, moradia, educação, dentre outros. A OMS estima que, a cada ano, 100 milhões de pessoas são empurradas para a pobreza nos países em que as pessoas têm que 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 mais de 20 milhões de anos produtivos de vida anualmente devido às DCNTs (World Economic Forum, 2008).

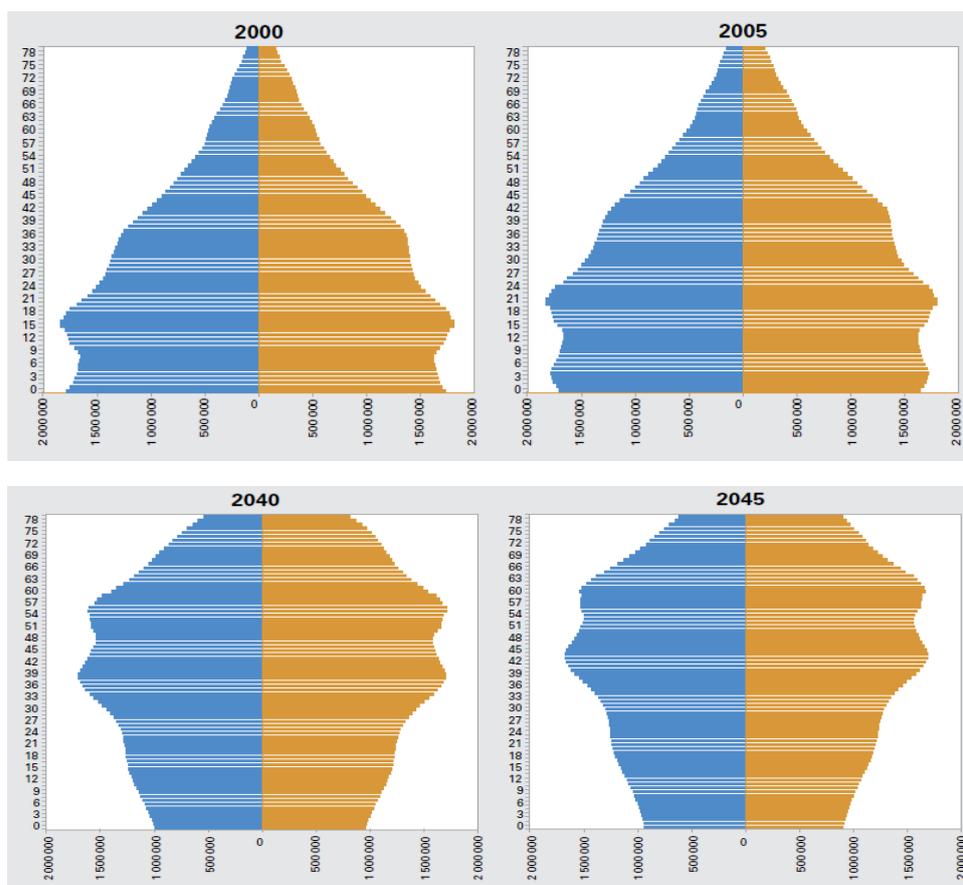
Estimativas para o Brasil sugerem que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes de apenas três DCNT (diabetes, doença do coração e acidente vascular encefálico), levarão a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (Abegunde, 2007).

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

1.1 Transição demográfica

O Brasil está mudando muito rapidamente sua estrutura etária, reduzindo a proporção de crianças e jovens e aumentando a proporção de idosos e sua expectativa de vida. Esta mudança se faz de forma acelerada e em breve teremos pirâmides etárias semelhantes às dos países europeus (IBGE, 2008). Estas transformações trazem desafios para todos os setores, impondo-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.



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 a gestão, ou as políticas, planos, infraestrutura, recursos humanos e acesso a serviços de saúde essenciais, inclusive 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 controle das mesmas.

A prevenção e 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 a 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 permitisse a obtenção dos casos existentes. Entretanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe de sistemas que gerenciam diversas modalidades assistenciais que possibilitam a realização de análises do comportamento dessas doenças e agravos na população.

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, custos diretos, entre outros, muito importantes para a obtenção de indicadores úteis ao monitoramento das DANTs relevante 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 de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade, APAC/SIA que fornece informações relativas às doenças de pacientes que receberam tratamentos ou exames considerados de alta complexidade nas áreas de Nefrologia, Cardiologia, Oncologia, Ortopedia, Oftalmologia e outros. Este 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 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 Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – HIPERDIA, permite obter informações sobre o perfil dos portadores de Diabetes Mellitus 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 demografia. 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 de tal forma que os tomadores de decisão tenham subsídios para elaboração de políticas públicas de Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência dessas doenças no âmbito do Sistema Único de Saúde.

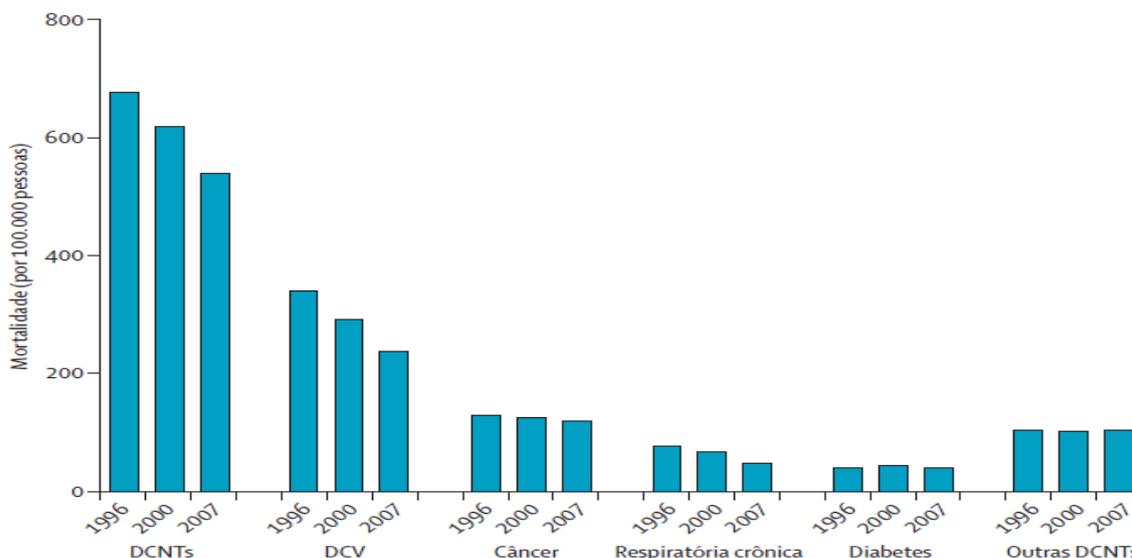
2.1 Dados Epidemiológicos

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% das mortes na população brasileira. Estatísticas de 1998 já demonstravam que as DCNT eram responsáveis por 66% de DALYs – anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, contrastando com 24% para doenças infecciosas, maternas e perinatais e deficiências nutricionais e 10% de causas externas. Dentre as doenças crônicas, tiveram destaque os transtornos neuropsiquiátricos (19%), as doenças cardiovasculares (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 priorizadas no Plano de Ação 2008 –13 da OMS (doenças cardiovasculares, 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). Neste período a redução foi de 31% para as doenças cardiovasculares 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 1: Tendências recentes de mortalidade* por DCNT de 1996 a 2000 e 2007

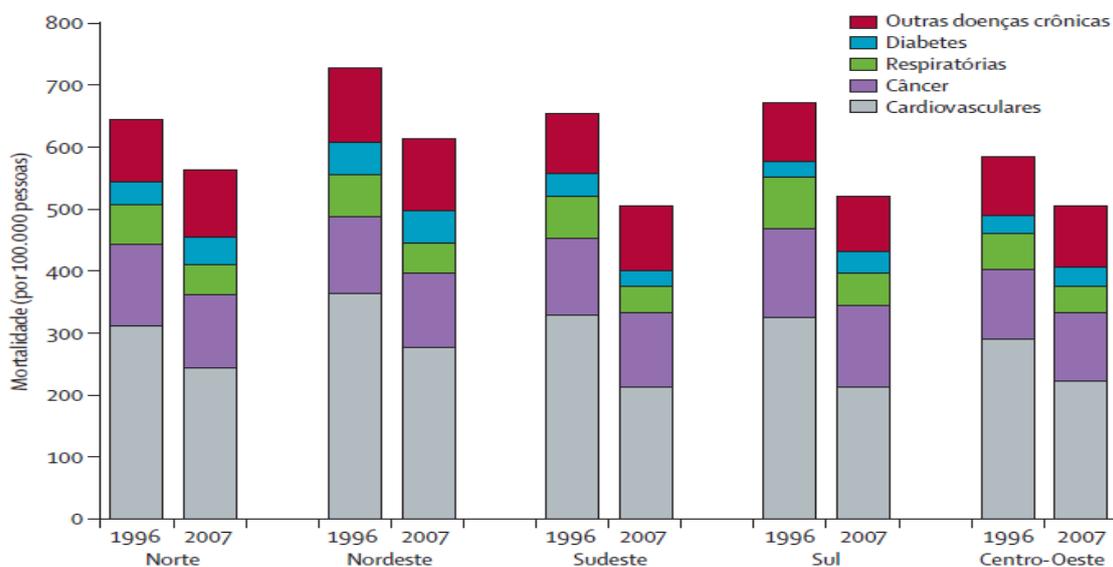


*Taxas padronizadas por idade para a população-padrão da OMS segundo Ahamad et al, 2001, corrigidas para sub-registro, com redistribuição das causas mal definidas de morte, pro rata, dentre as causas não externas. DCNT=doenças não transmissíveis. DCV=doença cardiovascular

Fonte: Schmidt MI 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 2: Taxas de mortalidade* por doenças não transmissíveis por região em 1996 e 2007



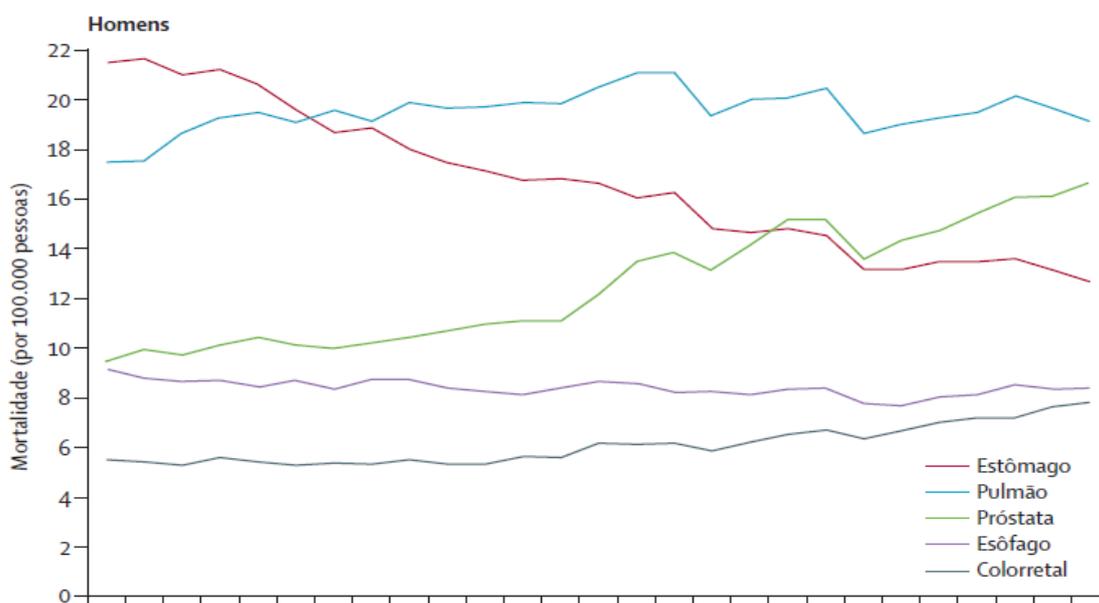
*Padronizadas por idade para a população-padrão da OMS segundo Ahamad et al (2001), corrigidas para sub-registro, com redistribuição das causas mal definidas de morte, *pro rata*, dentre as causas não externas.

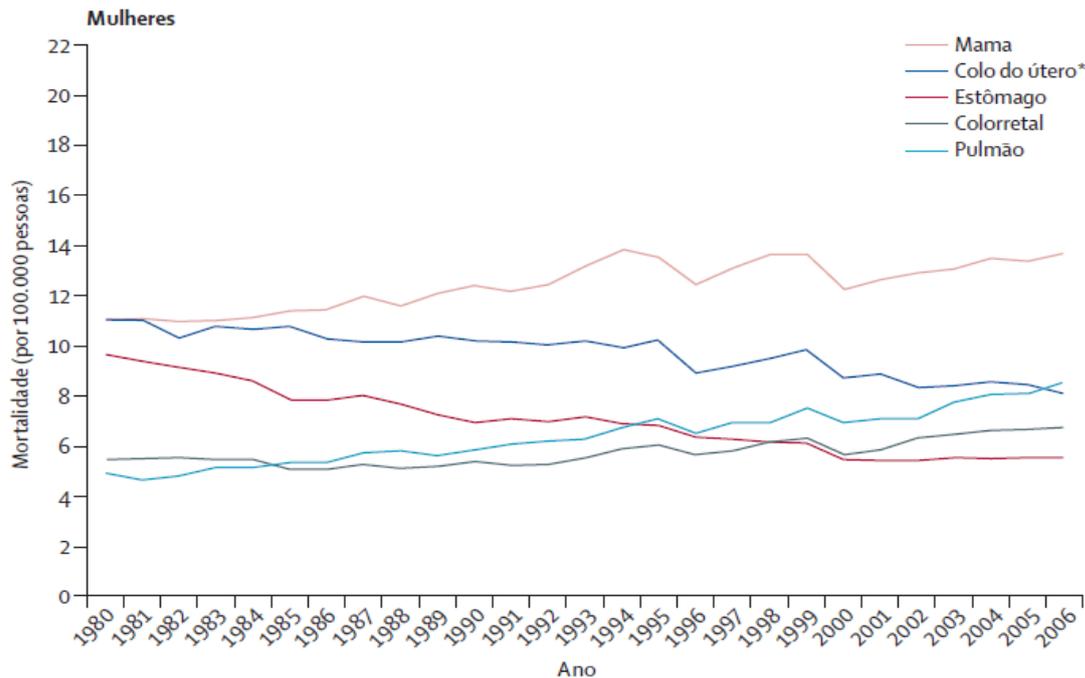
Fonte: Schmidt MI et al, 2011

O diabetes como causa básica de morte aumentou 11% entre 1996 e 2000 e, em seguida, diminuiu cerca de 8% em 2007, resultando em aumento de cerca de 2% no período (Figura 1). Contudo, quando foi 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 a 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 neste 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, enquanto que para os homens e mulheres com 60 anos e mais, a tendência é de aumento, o que já pode ser reflexo da diminuição do tabagismo a partir da década de 1980 (Malta et al, 2007).

Figura 3: Mortalidade* para os principais locais de câncer em homens e mulheres, 1980–2006.





Taxa 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 útero porção não especificada.

Fonte: Schmidt MI 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 preventivo ginecológico. Todavia, a incidência de câncer do colo do útero no Brasil ainda continua sendo 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

Em 2008, as doenças cardiovasculares e as neoplasias foram as principais causas de anos potenciais de vida perdidos (APVP) 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.

Causa	CID-10	Ambos sexos		Homens		Mulheres	
		APVP	Taxa ¹	APVP	Taxa ¹	APVP	Taxa ¹
Doenças cardiovasculares	I00 - I99	1909262	1072,5	1147288	1304,3	761896	845,9
Cardiopatias isquêmicas	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 cervicouterino	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 traquéia, 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 das 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 (SIH/SUS) permite observar a ocorrência de cerca de 80% das internações hospitalares no país.

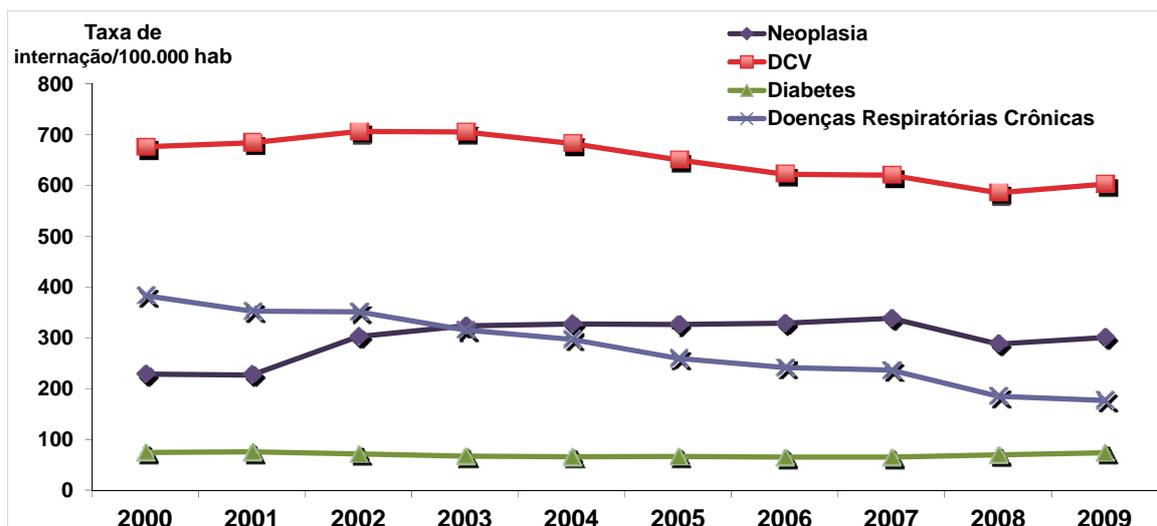
Conforme observado na figura 4, as doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de internações e geram o maior custo neste componente do sistema de saúde nacional. Em 2007, 12,7% das hospitalizações não relacionadas a gestações e 27,4% das internações de indivíduos de 60 anos ou mais foram causadas por doenças cardiovasculares (Schmidt et al, 2011). Nos últimos anos (2000-2009) tem ocorrido uma leve queda nas taxas de internação hospitalar por DCV.

A taxa de internação hospitalar devido às neoplasias tem aumentado no Brasil, passando de 229/100 mil em 2000 para 301/100mil em 2009 (figura 4). Os dados provenientes dos Registros de Câncer de Base Populacional indicam incidências de câncer de mama no Brasil semelhante 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 DPOC e 38% para asma (Schmidt et al, 2011). Até que ponto essas tendências seculares se devem a melhorias no acesso a atenção à saúde, à diminuição do tabagismo ou a outras causas é uma questão que ainda precisa ser investigada.

Figura 4: Taxa de internação hospitalar por doenças crônicas selecionadas, Brasil 2000 a 2009.



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

Fatores de Risco

As quatro doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças cardiovasculares, 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. 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	Mudança
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)

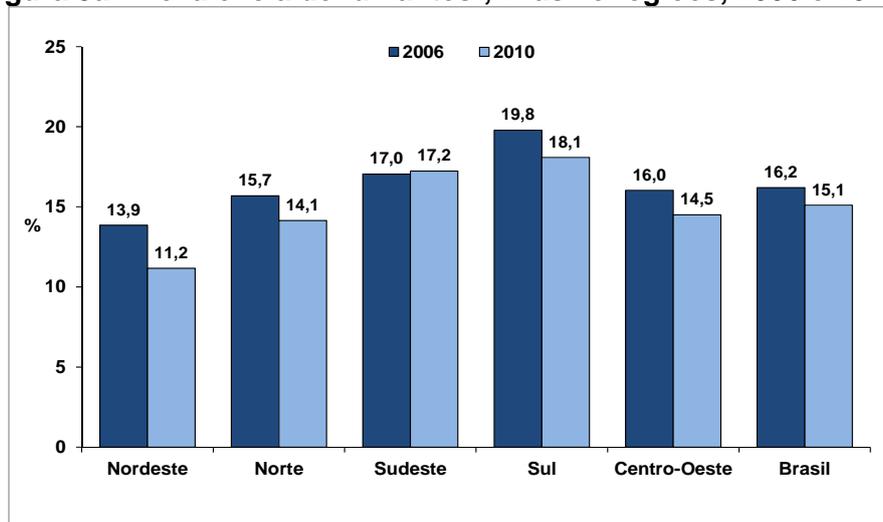
Os dados são % (IC de 95%) ou % (valor p) – valor p estabelecido por regressão de Poisson, que comparou porcentagens nos anos de 2006, 2007, 2008, 2009 e 2010.

Fonte: Ministério da Saúde, Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) 2006-2010.

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 5 a-h).

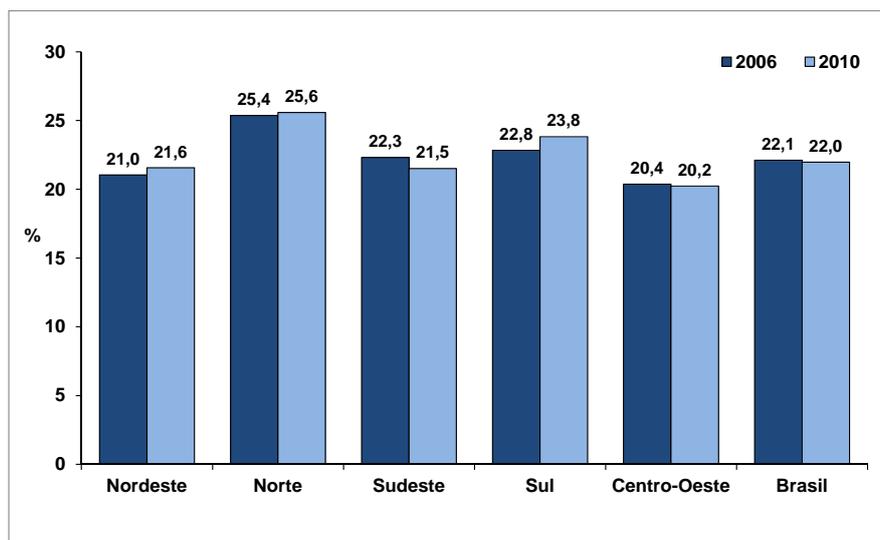
Figura 5 a-h: Prevalências de fatores de risco e proteção para doenças crônicas no Brasil e regiões, segundo estimativas do VIGITEL, inquérito telefônico entre adultos residentes das capitais brasileiras, 2006 e 2010

Figura 5a: Prevalência de fumantes^a, Brasil e regiões, 2006 e 2010.



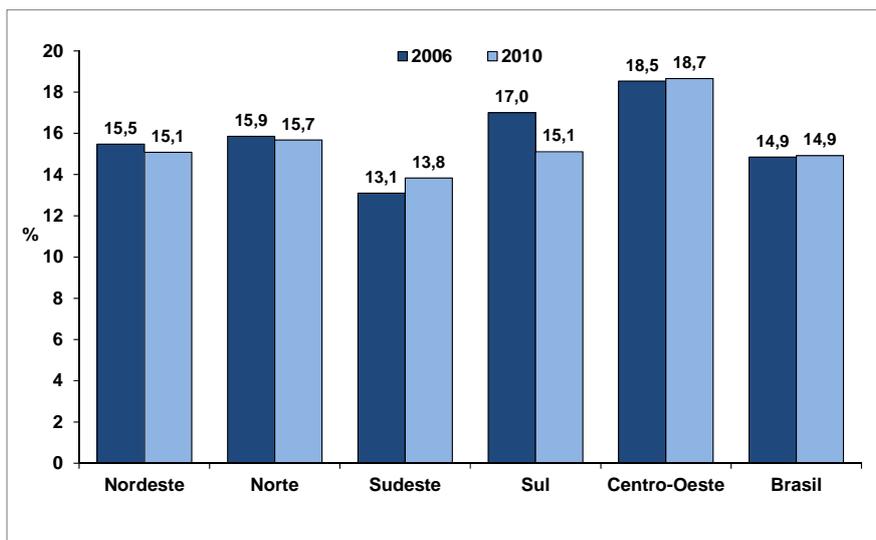
a – Percentual de adultos que referiram fumar, independentemente da frequência e intensidade do hábito.

Figura 5b: Prevalência de ex-fumantes^b, Brasil e regiões, 2006 e 2010.



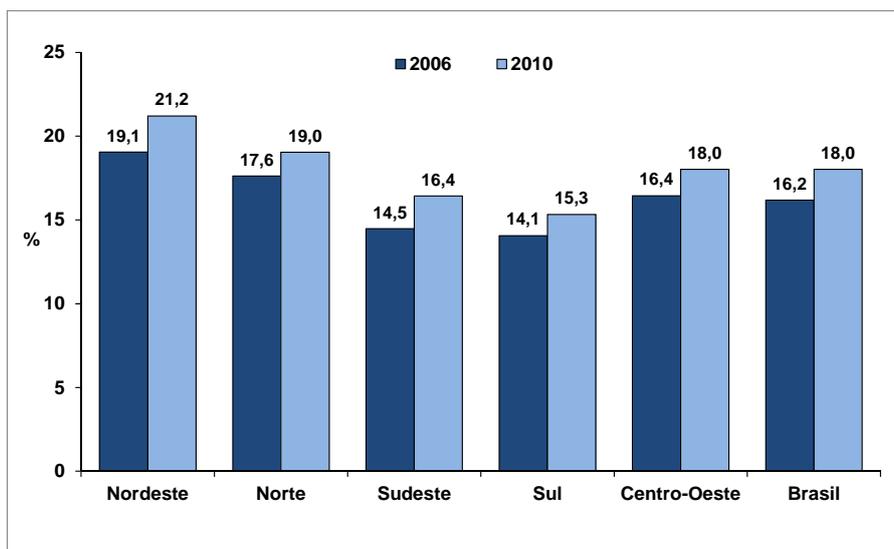
b – Percentual de adultos não fumantes que declararam ter fumado no passado, independente do número de cigarros e da duração do hábito.

Figura 5c: Prevalência de atividade física no tempo livre^c, Brasil e regiões, 2006 e 2010.



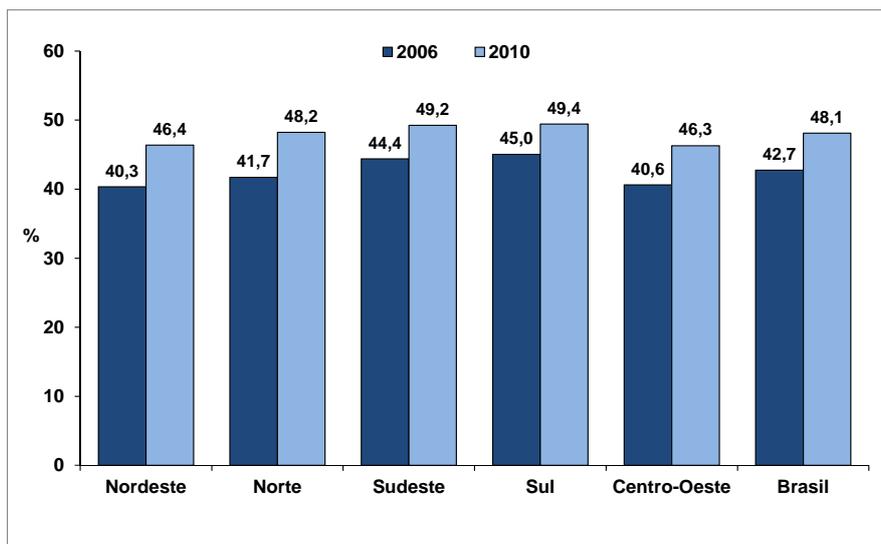
c - Percentual de adultos que realizaram, nos últimos três meses, atividade física leve ou moderada (caminhada, natação) por 30 min./dia, em \geq cinco dias na semana ou atividade física vigorosa (corrida, futebol) por 20min./dia, em \geq três dias da semana.

Figura 5d: Prevalência de consumo abusivo de álcool^d, Brasil e regiões, 2006 e 2010.



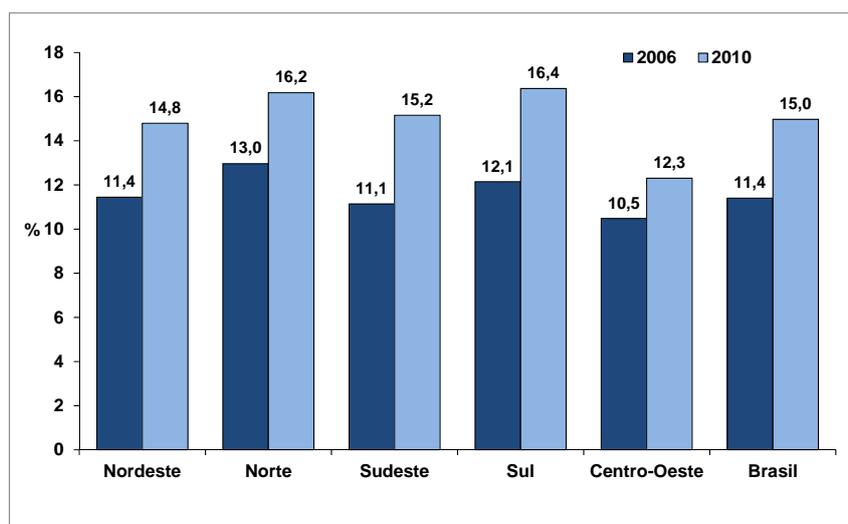
d - Percentual de indivíduos que, nos últimos 30 dias, consumiram mais do que quatro doses (mulher) ou mais do que cinco doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião. Considerou-se como dose de bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho.

Figura 5e: Prevalência de excesso de peso^e, Brasil e regiões, 2006 e 2010.



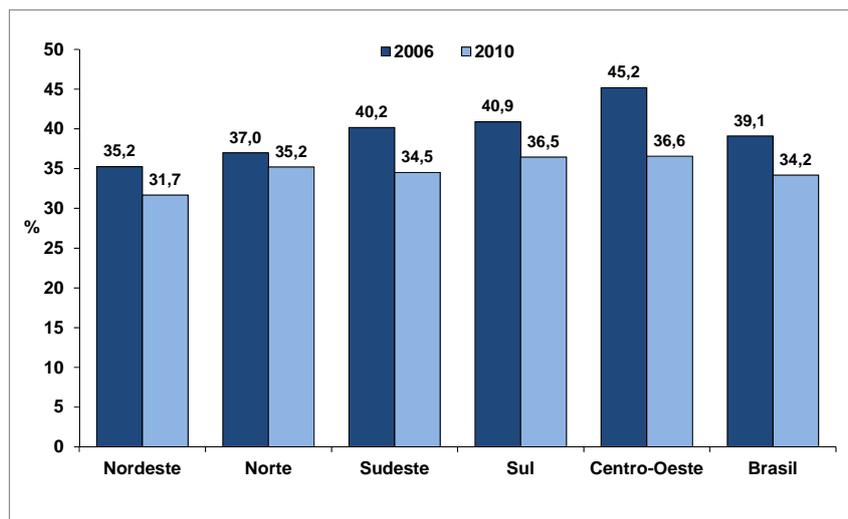
e - Percentual de adultos que, na base de peso e altura referidos, tem índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 25 kg/m²

Figura 5f: Prevalência de obesidade^f, Brasil e regiões, 2006 e 2010.



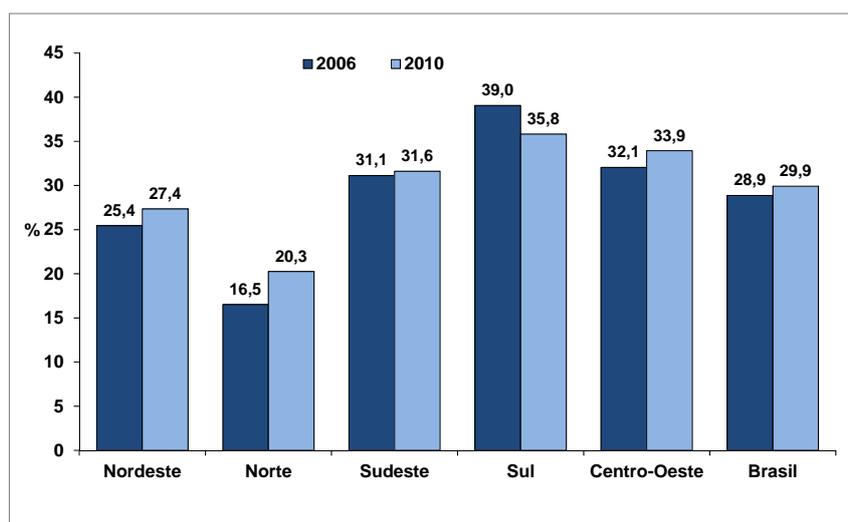
f - Percentual de adultos que, na base de peso e altura referidos, tem índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 30 kg/m²

Figura 5g: 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 (indivíduos que consomem carne vermelha gordurosa ou frango com pele sem remover a gordura visível do alimento).

Figura 5h: Prevalência de consumo regular de frutas e hortaliças^h, Brasil e regiões, 2006 e 2010.



h - Percentual de adultos que costumam consumir frutas, legumes e verduras em ≥ cinco dias da semana.

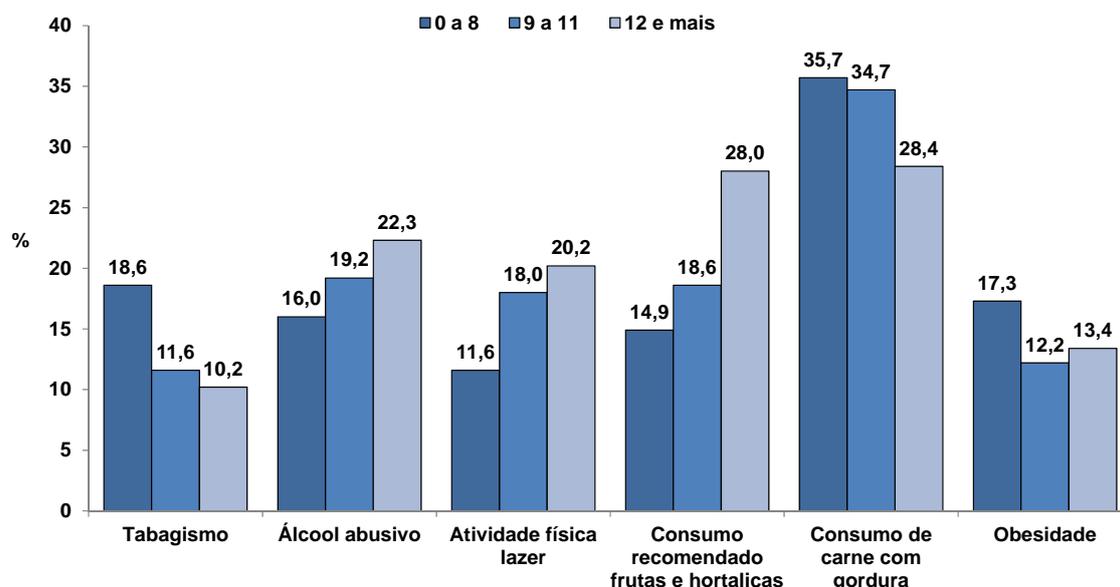
Fonte: Ministério da Saúde, Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) 2006-2010. Percentuais ponderados para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de região no Censo Demográfico de 2000.

Para o tabagismo, a maior redução percentual ocorreu na região 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 6. 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) tem maior prevalência na população com 12 ou mais anos de estudo.

Figura 6: Prevalência de fatores de risco e proteção para DCNT nas capitais do Brasil segundo escolaridade, VIGITEL 2010.



Em relação ao acesso da população feminina a exames preventivos de câncer, observa-se que a prevalência de mulheres que realizaram os exames na periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde (realizar mamografia pelo menos uma vez nos últimos dois anos, em mulheres de 50 a 69 anos, e teste de Papanicolau pelo menos uma vez nos últimos três anos para mulheres de 25 a 59 anos) aumenta gradualmente com o nível de escolaridade, característica *proxy* de renda utilizada no VIGITEL (Figuras 7 e 8). Este fato indica que a ampliação de oferta destes exames pode funcionar como estratégia para redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde no Brasil. A cobertura dos exames, especialmente da mamografia, que precisa de tecnologia específica, é mais elevada nas regiões mais ricas do país (Sul e Sudeste). Já o teste de Papanicolau que, para a maior parte das mulheres, é coletado na rede básica de saúde do SUS e encontra-se disponível em todas

as regiões, obtêm coberturas elevadas mesmo na região Nordeste, tanto quanto na região Sudeste e Sul do país.

Figura 7: Prevalência de mulheres que realizaram mamografia nos últimos dois anos e Papanicolau nos últimos três anos, segundo escolaridade, VIGITEL 2010

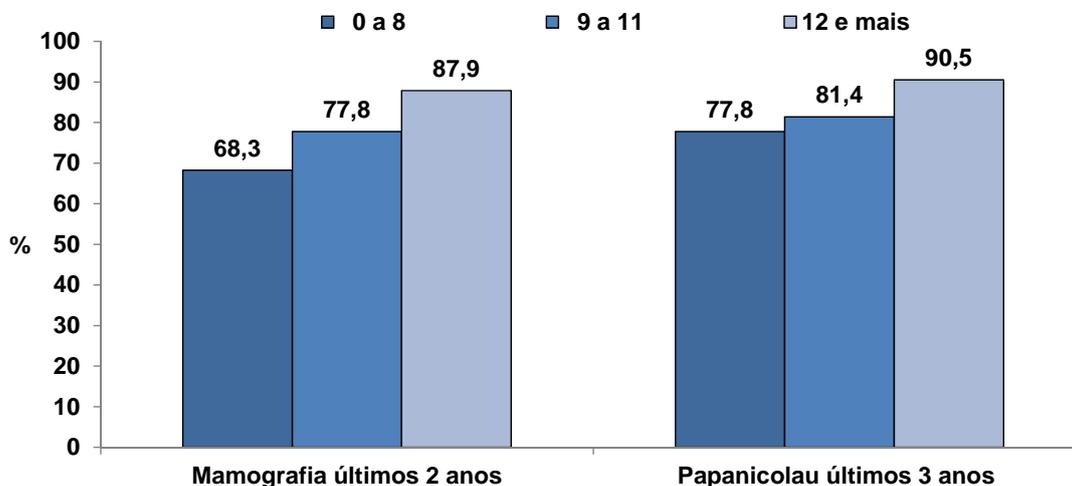
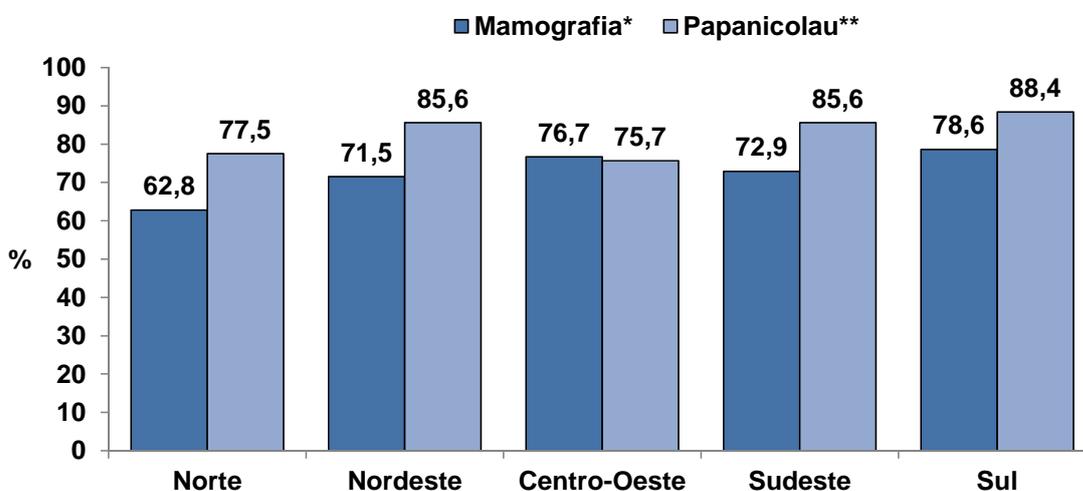


Figura 8: Prevalência de mulheres que realizaram mamografia nos últimos dois anos e Papanicolau nos últimos três anos, segundo região do país. VIGITEL 2010



Nota: *Mamografia em mulheres de 50 a 69 anos **Papanicolau em mulheres de 25 a 59 anos

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 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas) encontrou, para o conjunto das capitais, uma prevalência de 16,2% em 2006 e 15,1% em 2010 (Ministério da Saúde, 2011), com destaque de redução significativa para o sexo masculino. Segundo o VIGITEL, entre 2007 e 2010, a frequência de homens fumantes diminuiu em média 1,1 ponto percentual (pp) ao ano. No mesmo período e 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%) enquanto 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 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 (Ministério da Saúde, 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%) (Ministério da Saúde, 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 100.000 pessoas em 1996 para 5,17 por 100.000 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 (Ministério da Saúde, 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 (Ministério da Saúde, 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 (Ministério da Saúde, 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 1974/75, 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) e atingindo 41,4% em 2002/03 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% em 2003 (IBGE, 2003) e atingiu 16,9% em 2008 (IBGE 2010c) (Figura 9).

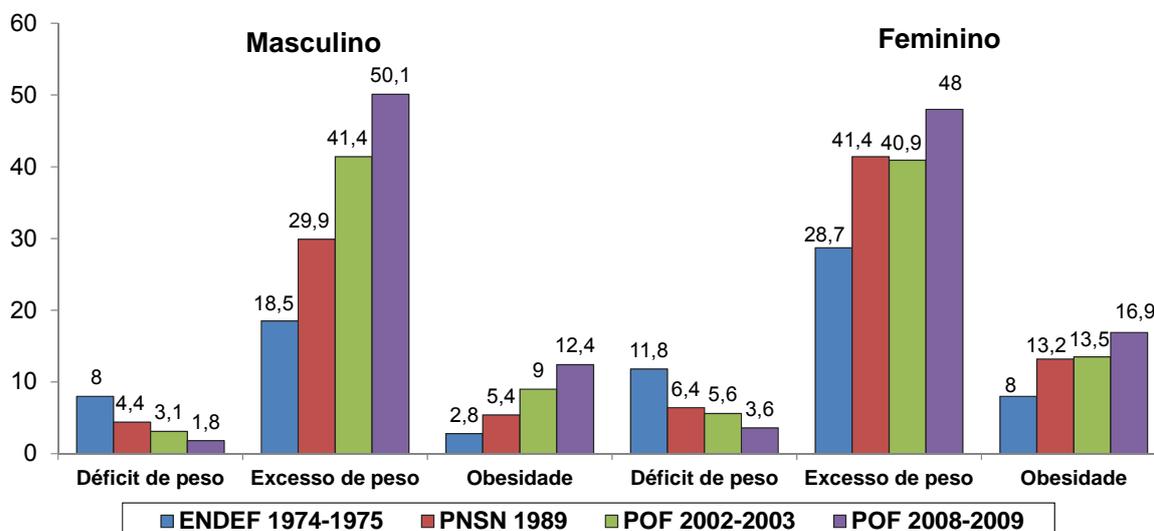
Os dados mais recentes do VIGITEL (2010) são mais alarmantes, indicando uma prevalência de excesso de peso nos adultos das capitais de 48,1% (52,1% em homens e 44,3% em mulheres), enquanto a obesidade passou de 11,4% em 2006 para 15% em 2010. Observou-se que no período 2006-2010 houve um aumento de excesso 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 (Ministério da Saúde, 2011).

O excesso de peso e a obesidade entre jovens e crianças também têm sido preocupante. 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 10) 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).

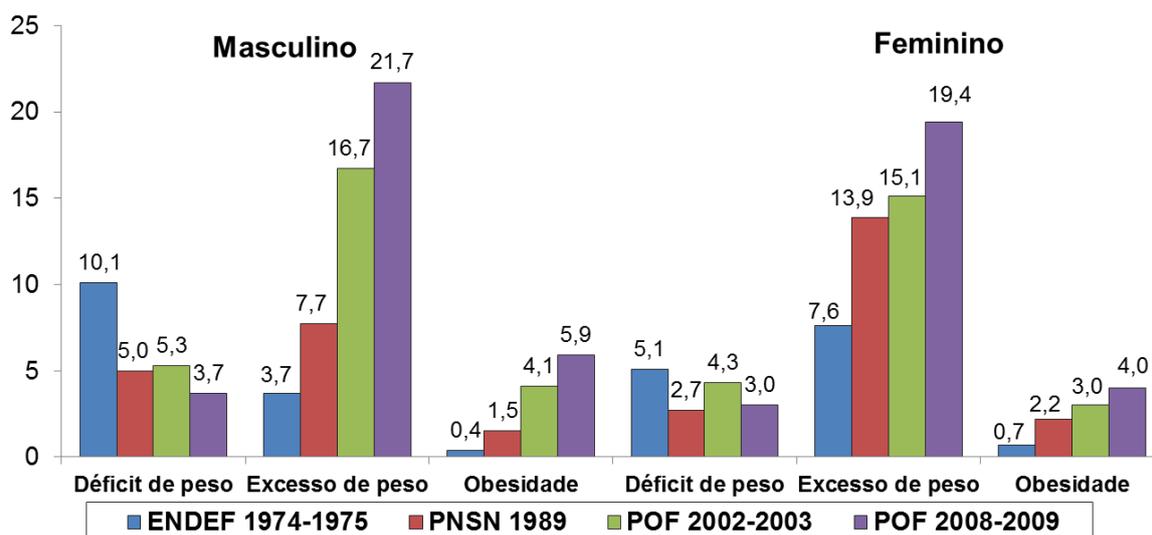
Na PeNSE, foi avaliado o IMC de escolares do 9º ano (13 a 15 anos) das capitais brasileiras em escolas públicas e privadas. O sobrepeso atingiu 16,0% e a prevalência de obesidade foi de 7,2% para o conjunto das capitais. As maiores frequências de escolares com sobrepeso e obesidade foram nas regiões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

Figura 9: 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 e 2002-2003 e 2008-2009.



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

Figura 10: 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 e 2002-2003 e 2008-2009.



Fonte: IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009). 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 diversos estudos. A

Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou recentemente as intervenções que foram consideradas mais custo-efetivas e algumas são consideradas como as “melhores apostas” – ações que deveriam 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 seriam:

1. Aumentar impostos e preços sobre os produtos do tabaco (WHO, 2010; IARC, in press)
2. Proteger as pessoas da fumaça do cigarro e proibir fumar em lugares públicos (WHO, 2007; IARC, 2009);
3. Advertir sobre os perigos do consumo de tabaco (ITC, 2010);
4. Fazer cumprir a proibição da propaganda, patrocínio e promoção de tabaco (Jamison et al, 2006);
5. Restringir a venda de álcool no varejo (Anderson et al, 2009);
6. Reduzir a ingestão de sal e do conteúdo de sal nos alimentos (Asaria et al, 2007; Murray et al, 2003);
7. Substituir gorduras trans em alimentos por gorduras poli insaturadas (Willett et al, 2006);
8. Promover esclarecimentos 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 ainda 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).

Existem também intervenções na população toda que focalizam a prevenção do câncer como: a vacinação contra a Hepatite B (WHO, 2007b), a maior causa do câncer de fígado; proteção contra fatores de risco ambientais ou ocupacionais como amianto e contaminantes na água potável; triagem de câncer de mama e cervical (IARC 2002; 2005), efetivos na redução da carga de câncer.

Intervenções voltadas para o cuidado de saúde de grupos específicos

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

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

Indivíduos de alto risco e aqueles com doenças cardiovasculares podem ser tratadas com regimes 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. Esta lista tem sido sempre atualizada, segundo os protocolos do MS. O MS repassa aos municípios um percentual por número de habitantes per capita para a compra de medicamentos, que é complementado com recursos estaduais e municipais. Em 2004, o MS criou o programa Farmácia Popular em unidades próprias que ampliou o acesso da população a

um conjunto de medicamentos com preços reduzidos. Em 2006, este 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 abril, esta medida foi responsável por distribuir mais de 3,7 milhões de tratamentos, aumentando em 70% o acesso dos pacientes nestas farmácias. Espera-se que esta medida impacte de forma positiva no acesso aos medicamentos para DCNT.

Câncer: Intervenções custo-efetivas podem ocorrer em todas as abordagens de prevenção e controle de câncer: prevenção primária, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos (WHO, 2002b). O diagnóstico precoce, baseado na percepção dos primeiros sinais e sintomas e, se sustentável financeiramente, com rastreamento populacional, melhora a sobrevivência, em particular para os cânceres de mama, colo do útero, colorretal, de pele e oral. Alguns protocolos de tratamento para várias formas de câncer usam 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 uma colaboração de médicos especialistas para a disponibilização da detecção rápida de casos sugestivos de câncer potencialmente curáveis, bem como um treinamento das equipes de atenção básica para fornecer cuidados paliativos a pacientes 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 Papanicolaou que ampliou a oferta deste 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 mamografia a cada dois anos entre 50 e 69 anos de idade. Sem dúvida, houve aumento da cobertura do preventivo ginecológico, o qual avaliado a partir de dados autorrelatados 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 estes exames e que se assegure o seguimento de 100% das mulheres detectadas com exames alterados.

Diabetes: O controle de glicemia, da pressão arterial e 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 da diabetes demonstram reduzir custos e melhoram a saúde.

O Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão e ao Diabetes Mellitus, programa de rastreamento realizado em 2001 no Brasil, levou a detecção e a incorporação ao sistema de saúde de aproximadamente 320.000 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, um programa gratuito de apoio à cessação do tabagismo e a legislação para ambientes livres de cigarro. Outros avanços, como a elevação do preço dos cigarros, são necessários. Outra ação relevante é incluir as intervenções para doenças respiratórias crônicas nos programas de saúde respiratória, desenvolvidos para abordar a tuberculose (WHO, 2010g).

No que concerne à assistência farmacêutica, embora medicamentos como esteróides inalatórios ainda não estejam amplamente disponíveis, no Brasil são distribuídos no SUS medicamentos para as doenças respiratórias crônicas como salbutamol, esteróides, dentre outros, além dos antibióticos, no caso de infecção associada.

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

- Aconselhamento e terapia multi-drogas, incluindo o controle da glicemia para o diabetes para pessoas com mais de 30 anos de idade com um risco de 10 anos de sofrer um evento cardiovascular fatal ou não fatal;
- Terapia de ácido acetil salicílico (AAS) para infarto agudo do miocárdio;
- Rastreamento para câncer do colo do útero, seguido de remoção de qualquer descoberta de lesões neoplásicas;
- Detecção de caso precoce para câncer de mama por meio de exame bianual de mamografia (50-70 anos) seguido de tratamento de 100% dos casos rastreados;
- Detecção precoce para câncer colorretal e oral;
- Tratamento de asma persistente com inalantes de corticosteróides 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 para 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. Prioridades de ação para a abordagem integral de DCNT

Uma abordagem precoce e abrangente: Os fatores de risco para DCNT estão disseminados na sociedade e frequentemente iniciam-se precocemente 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 abrangente populacional, 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 tratamento agudo dos indivíduos que sofrem de acidente vascular encefálico (Lotufo e Benseñor, 2009).

Ação Multisetorial: 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.

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.

Melhores apostas: 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.

Desenvolvimento sustentável: A epidemia de DCNT tem um substancial 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 grupos da sociedade civil são locais distintos para mobilização política e de conscientização e apoio para esforços na prevenção e controle de DCNT, e têm um papel chave no suporte dos programas. *Advocacy* ainda é necessária para que as DCNT sejam completamente reconhecidas como prioridade da agenda de desenvolvimento global. As empresas podem fazer uma contribuição decisivamente importante na abordagem dos desafios da prevenção de DCNT, principalmente na redução dos teores de sal, gorduras saturadas e açúcar dos alimentos. Um setor que evite a propaganda de alimentação não saudável e outros comportamentos prejudiciais, e a reformulação de produtos para proporcionar acesso a opções de alimentos saudáveis, são exemplos de abordagens e ações que deveriam ser implementadas por parceiros do 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.

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

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 micropolítica. No campo da macropolítica situam-se ações de promoção da saúde, articulações intersetoriais, organização da rede de serviços e ações regulatórias, na micropolítica, atuação da equipe na do cuidado; vinculação e responsabilização do cuidador e a produção da autonomia do usuário (Malta & Mehry, 2010).

Modelos de Cuidados Crônicos: o modelo de cuidado crônico tem componentes no suporte ao autogerenciamento (aconselhamento, educação, e informação); sistema de saúde (equipes multidisciplinares); suporte à decisão (*guidelines* baseados em evidências, treinamento dos profissionais), sistema de informação clínico (informações do paciente). O central deste modelo é a produção de informações entre os serviços, avaliação de pacientes, autogerenciamento, otimização das terapias e; seguimento. (Nolte & Mckee, 2008) (Figura 11).

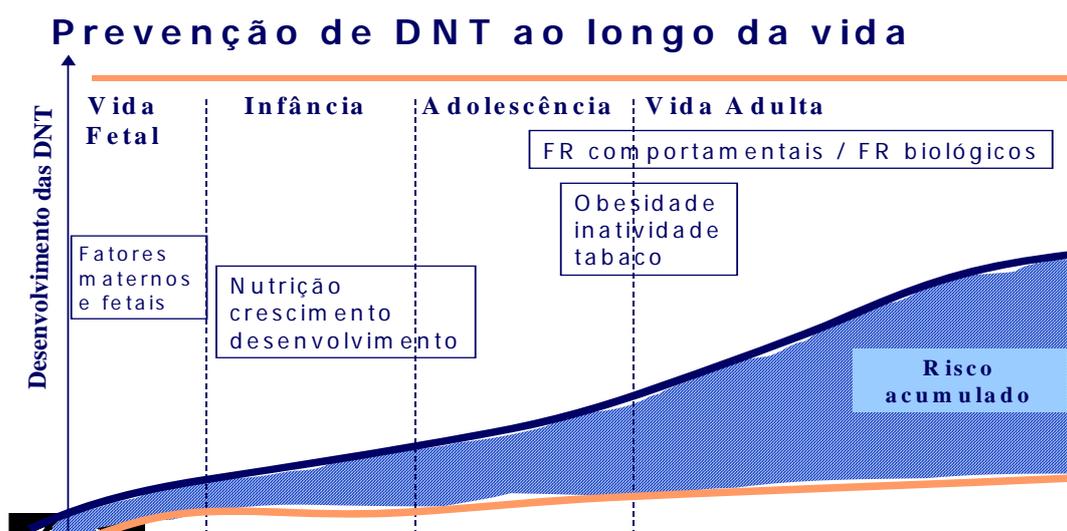
Figura 11: Abordagem integral da linha de cuidado em doenças crônicas



Fonte: Nolte & McKee, 2008 (adaptado)

Atuar em todo Ciclo Vital: a abordagem de DCNT se estende por todo o ciclo da vida. As ações de promoção à saúde e prevenção de DCNT se iniciam durante a gravidez, promovendo os cuidados pré-natais e nutrição adequada, passam pelo estímulo ao aleitamento materno, proteção à infância e adolescência, quanto à exposição aos fatores de risco (álcool, tabaco) e estimulando os fatores protetores (alimentação saudável, atividade física), continuam na fase adulta e durante todo o curso da vida (Figura 12).

Figura 12: Benefícios na atuação sobre fatores ambientais e comportamento saudável ao longo do ciclo de vida



WHO, 2003

Quadro 1: Mensagens chave

- As DCNT são as principais causas de mortalidade globalmente e as doenças mais comuns são: cardiovasculares, câncer, diabetes, doenças respiratórias crônicas. Correspondem a 63% de todas as mortes, ou 36 milhões de pessoas em 2008. No Brasil as DCNT são responsáveis por 72% das mortes.
- Doenças não transmissíveis são as que mais matam em todo o mundo atualmente.
- As DCNT são associadas a quatro fatores de risco principais: consumo do tabaco, uso prejudicial do 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, urbanização rápida, pelo aumento da vida sedentária e alimentação com alto teor calórico, além do marketing do tabaco e 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 à saúde são custo-efetivas na prevenção de DCNT. Hábitos saudáveis como alimentação saudável e atividade física reduzem o risco de DCNT.

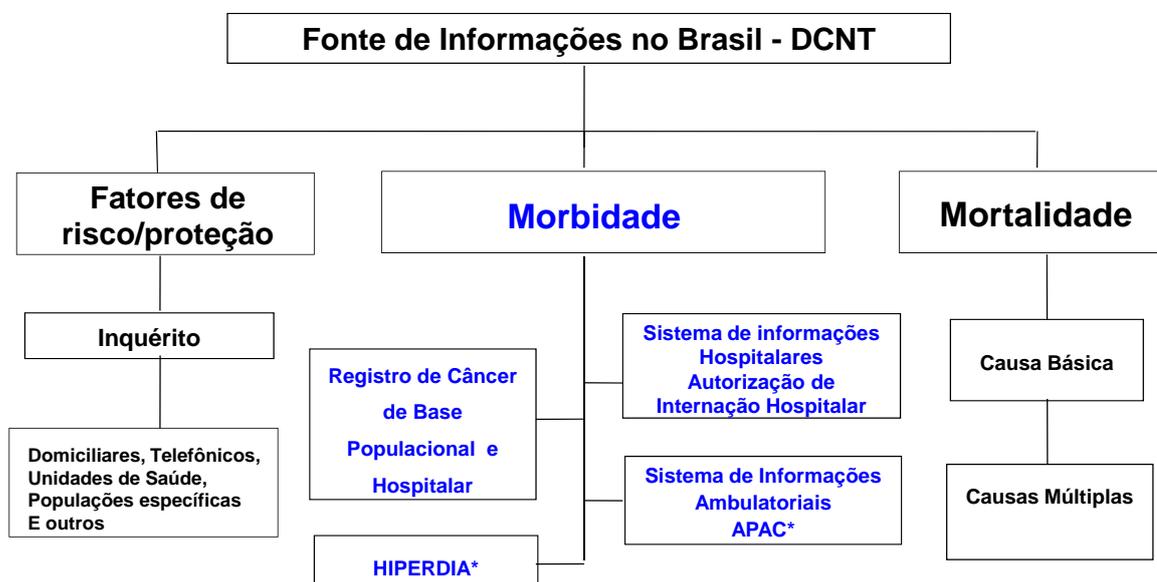
5. Destaques no controle das DCNT no Brasil

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. Dentre as principais causas desta redução destacam-se a expansão da atenção primária, que cobre mais de 60% da população, 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% (Ministério da Saúde, 2011).

São reconhecidos os esforços do país na organização da Vigilância de DCNT, ações de promoção da saúde, prevenção e controle destas doenças. Dentre as ações implementadas destacam-se:

- **A Organização da Vigilância de DCNT** – O Brasil vem organizando nos últimos anos ações no sentido da estruturação e operacionalização de um sistema de vigilância específico para as doenças e agravos não transmissíveis, de modo a conhecer a distribuição, magnitude e tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção à saúde. Como parte do processo, o Brasil delineou um sistema baseado em informações de fatores de risco e morbimortalidade (Figura 13).

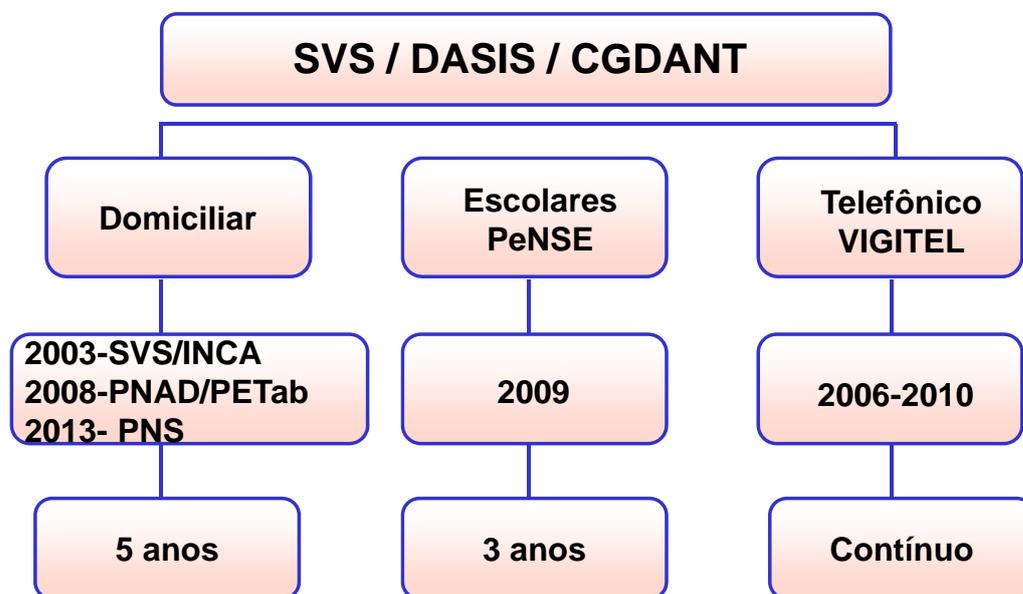
Figura 13: Fontes de informação para a vigilância de DCNT



* HIPERDIA: Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensão e diabetes
**APAC: Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

Em 2003 foi estruturado o sistema de inquéritos composto de inquéritos domiciliares, telefônicos e em populações específicas (Figura 14).

Figura 14. Inquéritos de saúde para Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para DCNT



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

O primeiro inquérito domiciliar de fator de risco de DCNT foi realizado em 2003, por meio de parceria envolvendo o INCA e a Secretaria de Vigilância em Saúde. 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 entre 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 Distrito Federal, em parceria com o IBGE, Ministério da Saúde e Educação. Planejada para acontecer a cada três anos, a PeNSE monitora a saúde dos adolescentes, coletando dados demográficos, consumo alimentar, atividade física, álcool, tabaco, violência, saúde bucal, sexualidade, dentre outros. Em 2013, será realizada a Pesquisa Nacional de Saúde em parceria com o IBGE, com o objetivo de gerar informações e conhecimentos sobre o processo saúde doença e seus determinantes sociais, para formulação de políticas de saúde no Brasil. Serão pesquisados os temas acesso e utilização de serviços, morbidade e fatores de risco e proteção para DCNT, saúde dos idosos, mulheres, 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, 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 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 no fomento de experiências em estados e municípios em promoção à saúde. 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)*, programa instituído por meio de Decreto Presidencial em articulação entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, que desenvolve ações clínicas e de avaliação da saúde dos escolares, tais como a 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** - 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 Recife, Aracaju, Belo Horizonte, Vitória, dentre outras (Simões, et al 2009). Estes programas 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 pólos, 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 para a população. 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, esporte e lazer para a promoção da saúde e qualidade de vida. O programa Academia da Saúde é uma iniciativa inovadora do atual governo que, certamente, terá novos significados em cada localidade beneficiada sem perder de vista o principal objetivo: contribuir para a promoção da saúde da população.

- **Tabaco** - o sucesso na política anti-tabaco é um ponto de grande relevância no declínio da prevalência das DCNT e está relacionado com a estratégia multissetorial do governo brasileiro, envolvendo sob a liderança do setor saúde, com forte arcabouço regulatório, outros setores, como por exemplo, os

econômicos, de desenvolvimento agrário, agricultura, educação e trabalho e com a descentralização das ações e recursos iniciada há mais de 20 anos através do SUS. Destacam-se as ações regulatórias como a proibição da propaganda, promoção e patrocínio (com exceção dos pontos de venda), imagens de advertências nos maços e pacotes de produtos do tabaco, proibição de fumar em ambientes fechados (mas ainda permitindo fumódromos), entre outras. A adesão do Brasil à Convenção Quadro para o Controle do Tabaco em 2005, vinculando o Brasil legalmente ao tratado, representa um marco no processo. Em 2011 foram realizadas consultas públicas pela ANVISA para ampliação das advertências em maços, maior controle da propaganda nos pontos de venda e proibição dos aditivos de sabor no cigarro.

- **Alimentação** – são inúmeros os avanços nesta área, desde o estímulo à Política Nacional de Alimentação Saudável de 1999, o estímulo ao aleitamento materno, que tem crescido no país, o Guia Alimentar para a população brasileira, a organização do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar), a rotulagem dos alimentos, a redução das gorduras trans. A parceria com o setor produtivo, indústria e 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. Esta parceria resultou na assinatura de um acordo com a indústria em 7 de abril de 2011 para a redução do sal em massas, macarrão instantâneo e no pão. Em breve, novos grupos de alimentos serão também incluídos neste esforço de redução do sal dos alimentos. A necessidade humana diária de sódio é de cerca de 3 a 5 g e a maior parte dos indivíduos, mesmo crianças, consome níveis além das suas necessidades. O consumo populacional excessivo, maior que 5g diárias é uma causa importante da hipertensão arterial (HA) e de doenças como acidente vascular encefálico (AVE), dentre outras doenças circulatórias. Este acordo significa um avanço para a saúde pública brasileira.

- **Expansão da atenção primária:** a Atenção Primária à Saúde (APS) cobre cerca de 62% da população brasileira. As equipes atuam em território definido com população adscrita, 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 (Hipertensão, Diabetes, Obesidade, dentre outros), além de materiais educativos para prevenção como apoio aos profissionais de saúde na condução dos casos de 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 à Distância. Processos como o **Telesaúde** (troca de informações sobre um caso clínico por meio de processos digitais, como uma segunda opinião clínica à 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 no VIGITEL 2010 na população adulta foi 6,3% e 23,3%, respectivamente (Ministério da Saúde, 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 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”. Neste 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, este programa abrange mais de 2,5 mil municípios, correspondendo a aproximadamente 1,3 milhões 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 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 para os diabéticos. No entanto, a distribuição gratuita desses medicamentos estava restrita aos portadores que utilizam as unidades básicas de saúde. Em 2010, foi aprovado o financiamento para aquisição de medicamentos da rede básica de saúde. Este 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 insulino 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. Neste 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 brasileira corresponde a 12% da renda total, enquanto na população de renda mais elevada, este gasto 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.

- **Ampliação de exames preventivos para os cânceres da mama e do colo do útero** – a cobertura verificada a partir de informação autorrelatada do exame de Papanicolaou entre mulheres de 25 a 59 anos de todo o país de foi de 87,1%. A cobertura informada de realização de mamografia neste mesmo ano foi de 71,1%, segundo a PNAD (IBGE, 2010a). Novos esforços devem ser direcionados à melhoria da qualidade desses exames e de garantia de seguimento de 100% dos casos que necessitarem tratamento.

- **Iniciativas de fomento a linha de pesquisa** para o controle integrado de DCNT e seus fatores de risco, financiamentos de estudos longitudinais de saúde do adulto (ELSA), e avaliação de intervenções em promoção da saúde e atividade física (Simões et al, 2009).

O Brasil, mediante a liderança do Ministério da Saúde tem um papel estratégico no contexto mundial dado os grandes avanços observados na estruturação e implementação do Sistema Único de Saúde com os princípios de universalidade, integralidade e equidade e os inúmeros avanços demonstrados, mas ainda existem 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 o *Plano de ação de Vigilância de DCNT 2005-2008*, que foi importante para a organização a estruturação da área no MS, Secretarias Estaduais de Saude (SES) e 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 está preparando o atual **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 do 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.

O documento a seguir estabelece as diretrizes, estratégias e ações para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 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 controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para cuidados crônicos.

6.2 Eixos estratégicos

I - Vigilância, informação, avaliação e monitoramento.

Objetivos

- Fomentar e apoiar o desenvolvimento e o fortalecimento da Vigilância de DCNT e seus fatores de risco.
- 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 à saúde

Objetivos

- 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 visando a prevenção de DCNT e a promoção à saúde respeitando o artigo 5.3 da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (Decreto 5658/06) 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 (Academia da Saúde).
6. Estimular a construção de espaços urbanos ambientalmente sustentáveis e saudáveis.
7. Ampliar e fortalecer as ações de alimentação saudável.
8. 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 à saúde e prevenção do uso prejudicial do álcool

III - Cuidado integral de DCNT

Objetivos

Fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde visando o 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 ao cuidador e equipe, integralidade e 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 da 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 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 respostas aos portadores de DCNT
8. Fortalecer o cuidado ao paciente com Doenças Circulatórias na rede de urgência
9. Implantação de um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo

Quadro 2: Principais ações do Plano de DCNT em vigilância, informação e monitoramento

Estratégia I	Vigilância, informação, avaliação e monitoramento
Realizar a Pesquisa Nacional de Saúde – 2013	Em parceria com o IBGE, serão pesquisados temas como acesso e utilização de serviços, morbidade, fatores de risco e proteção de doenças crônicas, saúde dos idosos, mulheres, crianças, bem como medidas antropométricas, pressão arterial e coleta de material biológico.
Estudos DCNT	Análises de morbimortalidade e inquéritos com foco em desigualdades em saúde (populações vulneráveis como indígenas, quilombolas), intervenções em saúde e custos de DCNT
Portal para o plano DCNT	Criação de um portal para monitorar e avaliar a implantação do Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT.

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

Estratégia 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, incentivando ações de promoção à saúde e de hábitos saudáveis nas escolas (como as cantinas saudáveis); a reformulação de espaços físicos nas escolas visando à prática das aulas regulares de educação física e ao incentivo à prática de atividade física no contra-turno (programa Segundo Tempo).
	Praças do PAC: Fortalecimento do componente 1 do PAC 2, no Eixo Comunidade Cidadã – construção de praças 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.
	Plano Nacional de Transporte Ativo e Saudável: Implantação desse plano na perspectiva da segurança pública, do trânsito, da iluminação pública, da mobilidade e da acessibilidade.

	<p>Reformulação de espaços urbanos saudáveis: Criação do Programa Nacional de Calçadas Saudáveis e construção e reativação de ciclovias, parques, praças e pistas de caminhadas.</p> <p>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.</p>
Alimentação Saudável	<p>Escolas: Garantir o fornecimento de alimentos saudáveis no Programa Nacional de Alimentação Escolar.</p>
	<p>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 "in natura". Apoiar iniciativas intersetoriais para o aumento da oferta de alimentos básicos e minimamente processados, no contexto da produção, do abastecimento e do consumo.</p>
	<p>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, buscando avançar em uma alimentação mais saudável.</p>
	<p>Redução dos preços dos alimentos saudáveis: Propor e fomentar a adoção de medidas fiscais, tais como redução de impostos, taxas e subsídios, visando à redução dos preços dos alimentos saudáveis (frutas, hortaliças), a fim de estimular o seu consumo.</p>
	<p>Plano Intersectorial de Obesidade: Implantação do plano visando à redução da obesidade na infância e adolescência</p>
	<p>Tabagismo e álcool</p>
	<p>Adequar a legislação nacional que regula o ato de fumar em recintos coletivos.</p> <p>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, quilombolas).</p> <p>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.</p> <p>Apoiar a intensificação de ações fiscalizatórias em relação à venda de bebidas alcólicas a menores de 18 anos.</p> <p>Fortalecer, no Programa Saúde na Escola (PSE), ações educativas voltadas para a prevenção e para a redução do uso de álcool e tabaco.</p> <p>Apoiar iniciativas locais de legislação específica em relação a controle de pontos de venda de álcool, horário noturno de fechamento de bares e outros pontos correlatos de</p>

	comércio.
Envelhecimento ativo	Implantação de um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo, favorecendo ações de promoção à saúde, prevenção e atenção integral.
	Incentivo aos idosos para a prática da atividade física regular no programa Academia da Saúde.
	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.
	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

Estratégia 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 contra referência para a rede de especialidades e hospitalar, favorecendo a continuidade do cuidado e integralidade na atenção.
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, raça/cor, reduzindo desigualdades, e garantir 100% de acesso ao tratamento de lesões precursoras de câncer.
Saúde Toda Hora	Atendimento de Urgência: fortalecer o cuidado ao paciente com doenças circulatórias 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: novidade para os pacientes do SUS com dificuldades de locomoção ou pessoas que precisam de cuidados regulares ou intensivos, mas não de

	<p>hospitalização, como idosos, acamados, pacientes 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.</p>
	<p>Unidades coronarianas e de Acidente Vascular Encefálico (AVE): as estruturas hospitalares serão qualificadas para o atendimento em urgência e emergência, sem restringir as portas de entrada aos prontos-socorros. O novo programa vai priorizar os atendimentos a traumas, problemas cardíacos e AVE por meio da criação, dentro dos hospitais, de unidades especializadas, 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.</p>

Quadro 5: Algumas ações do plano de enfrentamento DCNT no Brasil segundo o ciclo vital

Estágio da Vida	Ações propostas
Gestação e desenvolvimento intra-útero	Rede Cegonha: Acompanhamento Gestação – nutrição, controle hipertensão e açúcar no sangue
Infância	<p>Alimentação saudável na infância, estímulo ao aleitamento materno</p> <p>Alimentação saudável e Educação alimentar na escola (PSE), promover aquisição de alimentos frescos nas escolas (merenda escolar)</p> <p>Promover atividade física na escola e no contra-turno</p> <p>Ações de promoção à saúde no Programa Saúde na Escola (PSE): alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso de álcool e drogas</p> <p>Regulação de propaganda na infância</p>
Adultos	<p>Incentivo aos hábitos saudáveis de vida, como alimentação, prática de atividade física regular, cessação de tabagismo, prevenção ao uso nocivo do álcool</p> <p>Incentivo à criação de espaços saudáveis para prática de AF e alimentação saudável nos locais de trabalho</p>
Idosos	<p>Promover atividade física em idosos</p> <p>Capacitar cuidadores na comunidade</p> <p>Campanha de estímulo ao envelhecimento ativo</p>
Todas as idades	<p>Ações educativas de hábitos saudáveis</p> <p>Programa Academia da Saúde de incentivo à atividade física</p> <p>Redução do sal dos alimentos industrializados, incentivo à alimentação saudável, consumo de frutas, legumes e verduras</p> <p>Medidas regulatórias de tabaco, álcool, alimentos</p> <p>Acesso universal à atenção primária à saúde</p> <p>Oferta de medicamentos gratuitos para tratamento de DCNT</p>

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 avançar neste diálogo. O quadro a seguir mostra como estas ações se articulam.

Setor	Ações propostas
Ministério da Educação (MEC)	<p>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</p> <p>Fortalecer ações de promoção da saúde junto aos escolares por meio da parceria MS/MEC (Programa Saúde na Escola)</p> <p>Garantir fornecimento de alimentos saudáveis para o Programa Nacional de Alimentação Escolar</p> <p>Formular a orientação técnica para a aquisição dos alimentos adquiridos, 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) e monitorar sua inocuidade</p> <p>Fortalecer no Programa de Saúde na Escola (PSE) ações educativas voltadas para a prevenção e para a redução do uso de álcool</p>
Ministério dos Esportes (ME)	<p>Promover atividades físicas/práticas corporais em pessoas idosas por meio de parceria entre o M. Saúde, M. Esportes e Secretaria de Direitos Humanos (SEDH)</p> <p>Promover atividades físicas/práticas corporais voltadas para as crianças e os jovens ampliando as ações de atividade física no contra-turno</p>
Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)	<p>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</p> <p>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</p> <p>Articular a rede de cuidado da Assistência Social (CRAS,</p>

	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 em NY sobre DCNT Participar dos mecanismos de cooperação internacional relacionados à implementação da CQCT no Brasil
Secretaria de Direitos Humanos	Promover atividades físicas/práticas corporais em pessoas idosas por meio de parceria entre o MS, M. Esportes e SEDH
Ministério da Cultura (MinC)	Fortalecer culturas alimentares locais visando a 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 "in natura" visando a alimentação adequada e saudável Fortalecer a integração do setor saúde e demais setores governamentais com o Programa Nacional de Diversificação em áreas cultivadas com o tabaco (MDA) visando minimizar os problemas causados pelo uso e cultivo do tabaco. Fomentar as ações do Programa Nacional de Diversificação em áreas cultivadas com o tabaco visando a ampliação da cobertura do mesmo. Apoiar iniciativas de comunicação com o tema de promoção da saúde, prevenção de DCNT e seus fatores de risco e promoção de vida saudáveis disponibilizando espaço para o MS nas reuniões dos 165 Colegiados Territoriais e no Conselho Nacional de Desenvolvimento Rural Sustentável – CONDRAF.
Ministério da Agricultura	Apoiar iniciativas intersetoriais para o aumento da oferta de alimentos básicos e minimamente processados no contexto da produção, abastecimento e consumo. Fomentar iniciativas intersetoriais para a regulação e controle da qualidade e inocuidade de alimentos.
Secretaria de Comunicação - SECOM	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. Desenvolver estratégias de marketing social para a promoção de modos de vida saudável em nível nacional e

	<p>local, articulada com Secom/PR, Ascom e Nucom/MS e outras parcerias.</p> <p>Divulgar programas sobre promoção da saúde na web, mídias locais e espontâneas, rádios, TV's públicas e canais abertos de televisão.</p>
Ministério das Cidades	<p>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, iluminação pública, da mobilidade e da acessibilidade.</p> <p>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.</p> <p>Propor ao Ministério das Cidades a abertura de editais para construção de estruturas que favoreçam a prática do lazer e da atividade física nos municípios.</p> <p>Apoiar a intensificação de ações fiscalizatórias em relação ao uso de álcool e direção motorizada.</p>
Indústria e Comércio BNDES	<p>Articular junto ao BNDES e 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.</p>
Ministério da Fazenda	<p>Propor e fomentar a adoção de medidas fiscais tais como: redução de impostos, taxas e subsídios, visando a redução de preços dos alimentos saudáveis (frutas, hortaliças) a fim de estimular o seu consumo.</p> <p>Propor e fomentar iniciativas intersetoriais para a adoção de medidas fiscais tais como: taxas, subsídios e tributação simplificada para estimular o consumo de alimentos saudáveis, como frutas e hortaliças.</p> <p>Fortalecer a implementação da política de preços e de aumento de impostos dos produtos derivados do tabaco com o objetivo de reduzir o consumo.</p> <p>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.</p>
Casa Civil	<p>Fortalecer a regulamentação da publicidade de alimentos na</p>

	<p>infância.</p> <p>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.</p> <p>Apoiar os projetos de lei que regulamentam a publicidade e a propaganda de bebidas alcoólicas, em especial das cervejas.</p> <p>Apoiar o aumento dos impostos sobre bebidas alcoólicas e tabaco.</p>
<p>Ministério da Pesca e Aquicultura (MPA)</p>	<p>Fomentar iniciativas intersetoriais para a regulação e controle da qualidade e inocuidade dos recursos pesqueiros destinados à alimentação humana.</p> <p>Ordenamento e fomento da aquicultura familiar visando o aumento da produção e oferta de alimentos (pescados e algas) para uma alimentação saudável.</p> <p>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.</p> <p>Criação do Plano Nacional de Segurança no Trabalho e Saúde Ocupacional das trabalhadoras e trabalhadores da pesca e aquicultura.</p> <p>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.</p>
<p>Comum a diversos setores</p>	<p>Sensibilizar os 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)</p> <p>Fortalecer os programas de alimentação saudável no ambiente de trabalho</p> <p>Estabelecer parcerias com Sistema S, Petrobras, centrais sindicais e outros, para fortalecer as ações de promoção da</p>

	<p>saúde no ambiente de trabalho</p> <p>Articular com outros setores do governo a implantação de programa de orientação a práticas corporais/atividade física em espaços públicos de lazer a serem construídos (por exemplo, a implantação do Programa Academia da Saúde nas praças do PAC 2)</p> <p>Fortalecer o componente 1 do PAC 2, no Eixo Comunidade Cidadão – construção de praças 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</p>
--	---

6.3 Metas 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
- ✓ Aumentar a cobertura de Mamografia em mulheres entre 50 - 69 anos
- ✓ Ampliar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 - 59 anos
- ✓ Tratamento em 100% de mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer

Figura 15 a 22: Projeção da prevalência dos fatores de risco e das metas propostas

Figura 15a - Projeção da obesidade em meninas de 5 a 9 anos, 1975 a 2022. Meta: chegar ao patamar de 1998 = 5,1%

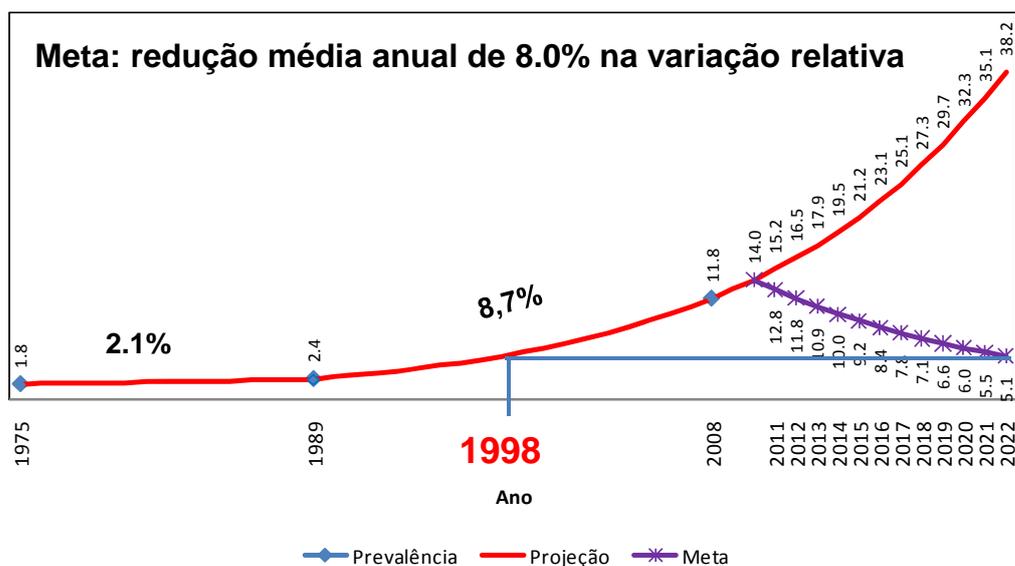


Figura 15b - Projeção da obesidade em meninos de 5 a 9 anos, 1975 a 2022. Meta: chegar ao patamar de 1998 = 8,0%

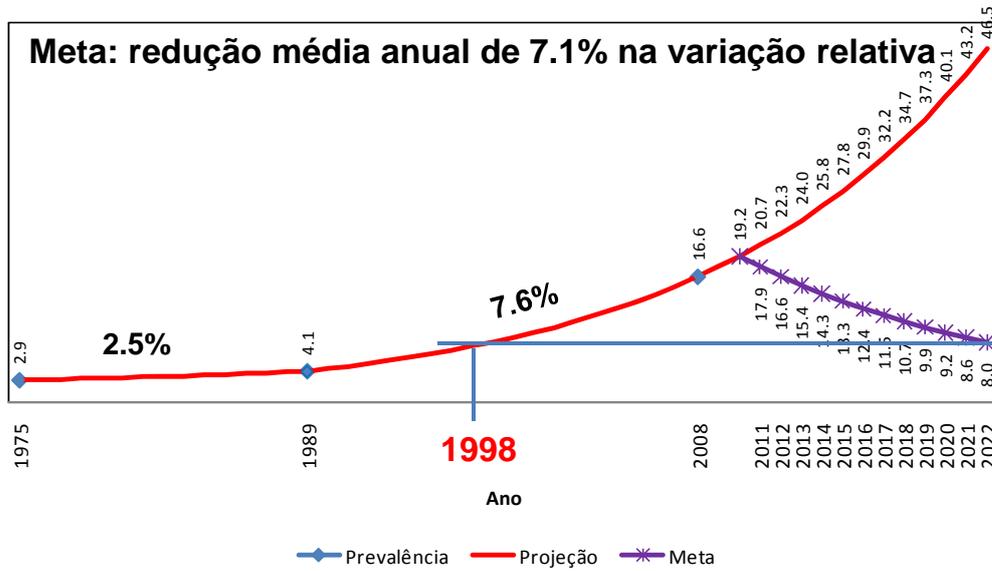


Figura 15c - Projeção da obesidade em meninos de 10 a 19 anos, 1975 a 2022. Meta: chegar ao patamar de 1998 = 3,0%

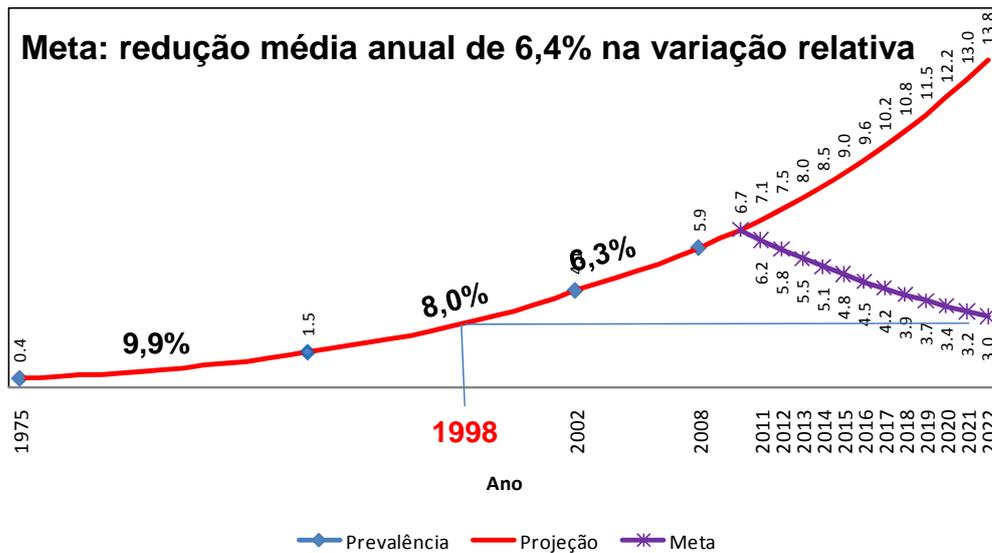


Figura 15d - Projeção da obesidade em meninas de 10 a 19 anos, 1975 a 2022. Meta: chegar ao patamar de 1998 = 2,7%

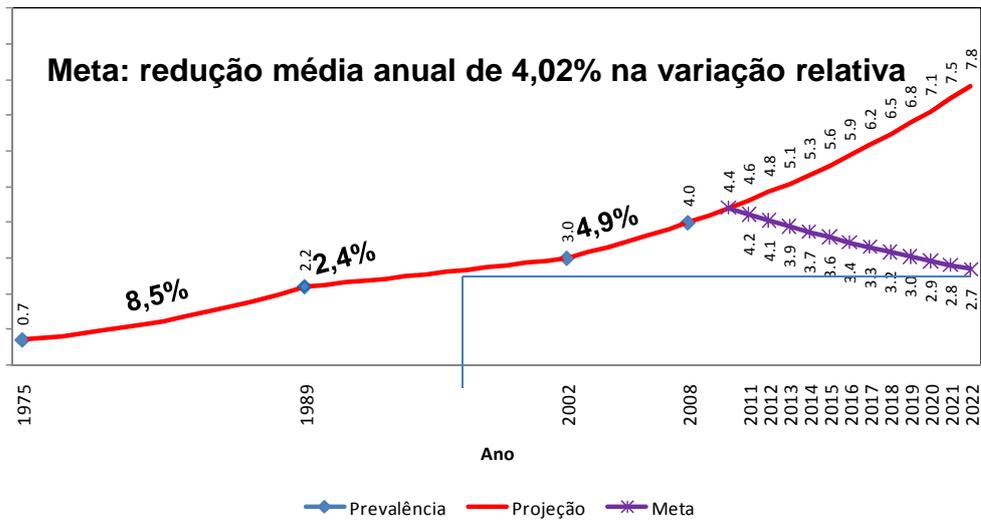


Figura 16a – Deter o crescimento de excesso de peso (IMC ≥ 25) em adultos nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2006 a 2022

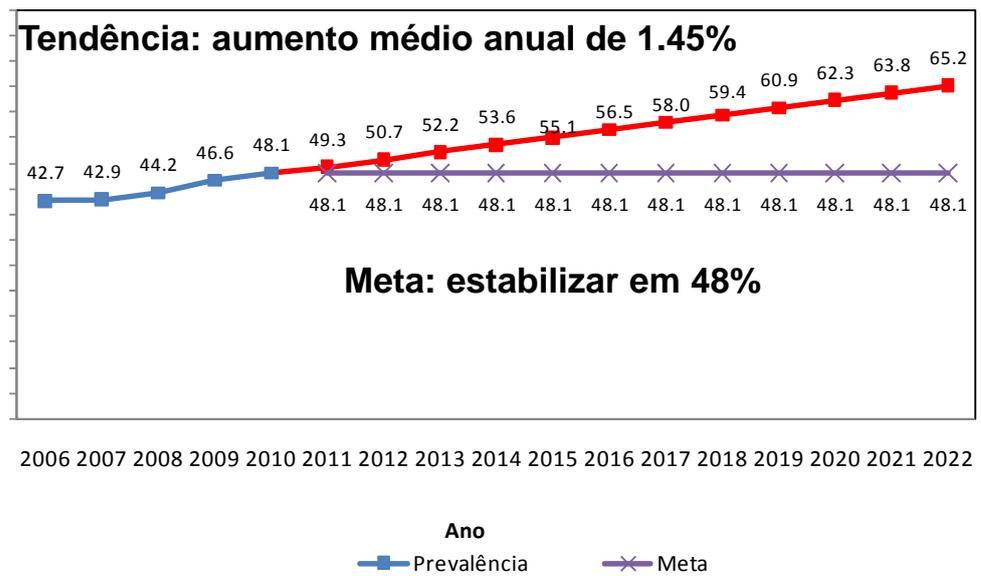


Figura 16b – Deter o crescimento de obesidade (IMC ≥ 30) em adultos nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2006 a 2022

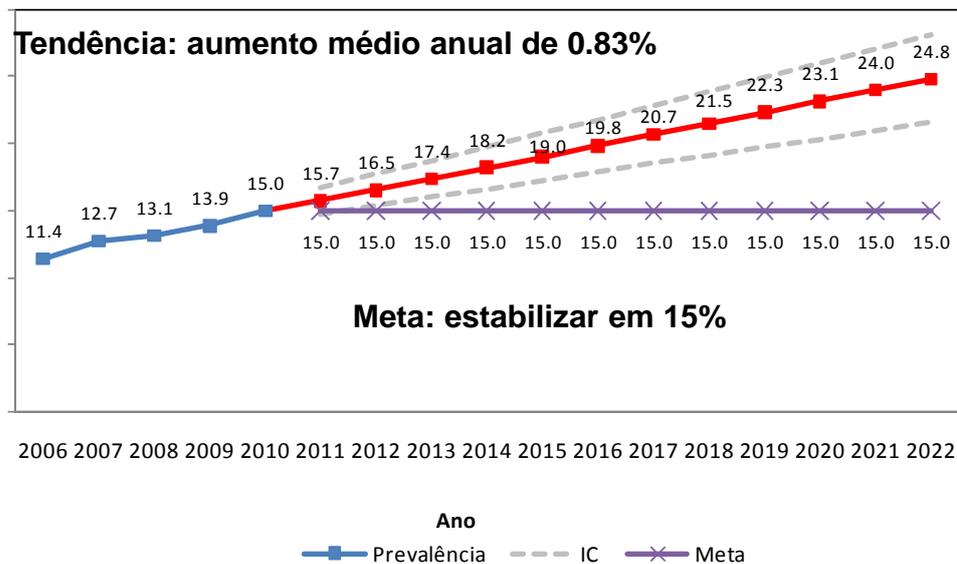


Figura 17 – Reduzir a prevalência de consumo nocivo de álcool em adultos nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2006 a 2022

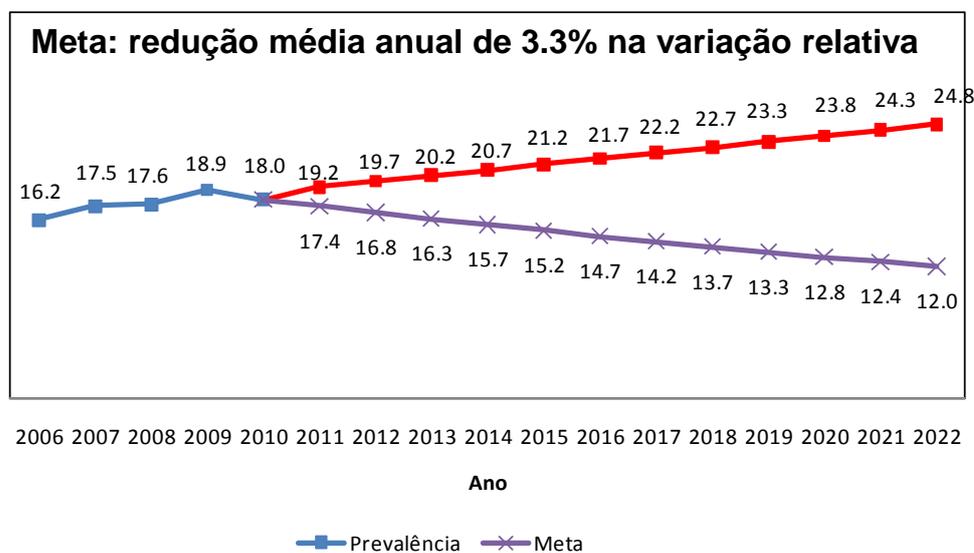


Figura 18 – Aumentar a prevalência de atividade física no lazer em adultos nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2006 a 2022

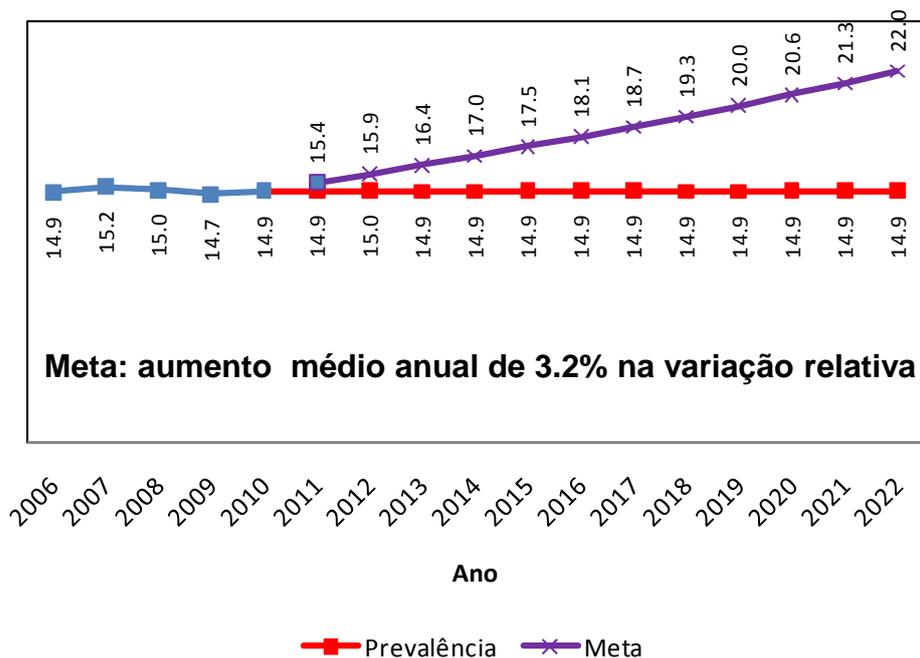
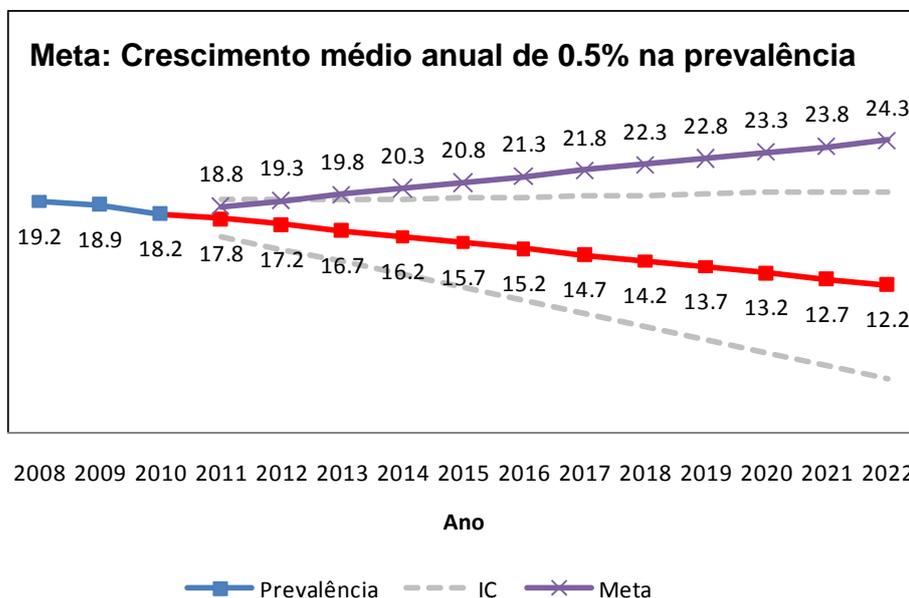


Figura 19 – Aumentar a prevalência de consumo recomendado* de frutas e hortaliças em adultos nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2006 a 2022



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

Figura 20 – Reduzir a prevalência de tabagismo em adultos nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2006 a 2022

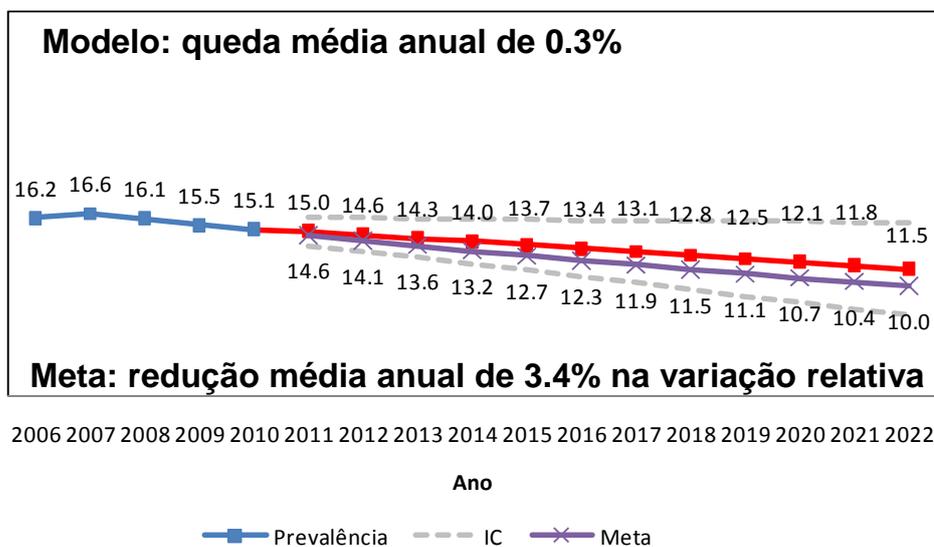


Figura 21 – Aumentar a cobertura de mamografia nos últimos dois anos em mulheres de 50-69 anos, nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2007 a 2022

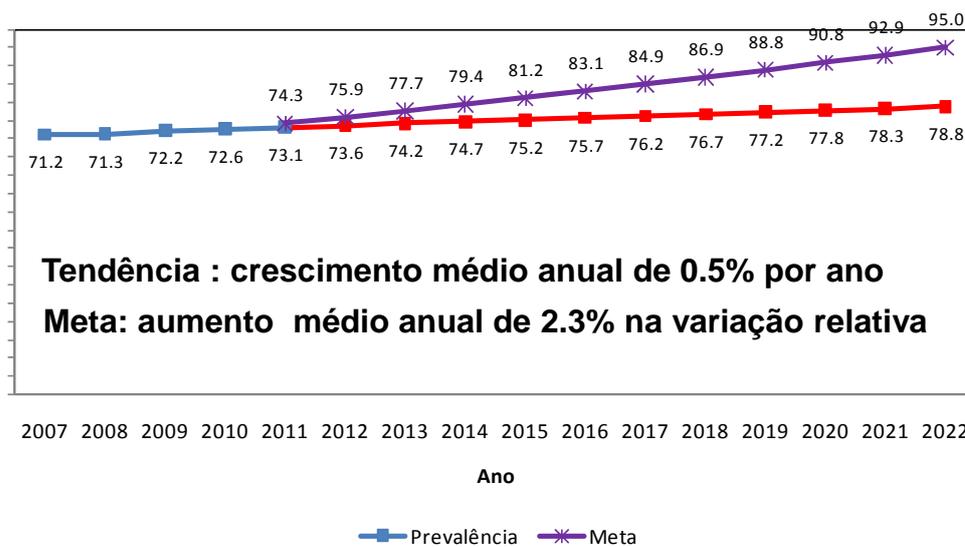
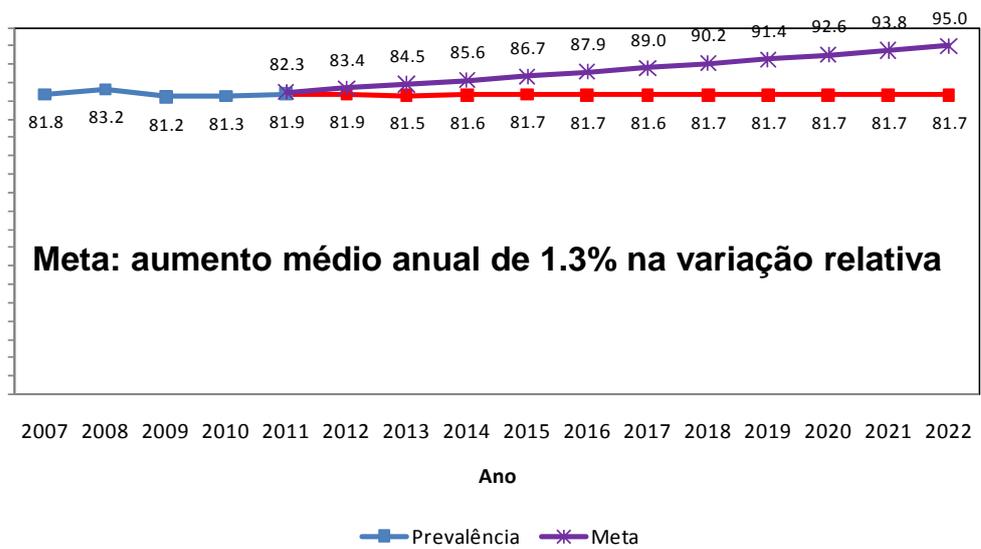


Figura 22 – Aumentar a cobertura de Papanicolau nos últimos três anos em mulheres de 25-59 anos, nas 26 capitais e no Distrito Federal, 2007 a 2022



7. Referências

Abe IM, Lotufo PA, Goulart AC, Benseñor IM. Stroke prevalence in a poor neighbourhood of São Paulo, Brazil: applying a stroke symptom questionnaire. *International Journal of Stroke*, 2011, 6 (1): 33-39. DOI: 10.1111/j.1747-4949.2010.00538.x

Abe IM, Goulart AC, Junior WRS, Lotufo PA, Benseñor IM. Validation of Stroke symptom questionnaire for epidemiological surveys. *São Paulo Medical Journal*, 2010, 128 (4): 225-231. ISSN 1516-3180.

Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegón M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007; 370: 1929–38.

Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. Age standardization of rates: a new WHO standard—GPE. Discussion Paper Series No 31. <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, 376:1861–1868.

Anderson P, Chisholm D, Fuhr D. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet*, 2009, 373:2234–2246.

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, 370:2044–2053.

Bazzano LA, Serdula MK, Liu S. Dietary intake of fruits and vegetables and risk of cardiovascular disease. *Current Atherosclerosis Reports*, 2003, 5:492–499.

Brown IJ et al. Salt intakes around the world: implications for public health. *International Journal of Epidemiology*, 2009, 38:791–813.

Cecchini M et al. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost effectiveness. *The Lancet*, 2010, 376:1775–1784.

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, 360:1347–1360.

Goulart AC, Bastos IR, Abe IM, Pereira AC, Fedeli LM, Benseñor IM, Lotufo PA. 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, 5 (4): 284–289. DOI: 10.1111/j.1747-4949.2010.00441.x

Hu FB et al. Dietary fat intake and the risk of coronary heart disease in women. *New England Journal of Medicine*, 1997, 337:1491–1499.

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

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

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

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2002-2003) : primeiros resultados : Brasil e grandes regiões /IBGE.; 2003 [updated 2003; cited]; Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002/pof2002.pdf>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Brasil. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios (PNAD 2008). Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab). Rio de Janeiro: IBGE; 2009. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?petab/petab.def> (acesso em 10 de agosto de 2010).

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF) 1974-1975.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. 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 Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. 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 - IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009). Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010c.

Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN, 1990. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição — PNSN-1989. Arquivo de dados da pesquisa. Brasília. (Mimeo.)

ITC *key findings*. Waterloo, CA, International Tobacco Control Policy Evaluation Project, 2010.

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, 2:57–66.

Jamison DT et al, eds. *Disease control priorities in developing countries, 2nd ed.* New York, Oxford University Press, 2006.

Levy RB, Claro RM, Monteiro CA. Sugar and total energy content of household food purchases in Brazil. *Public Health Nutr* 2009; 12: 2084–91.

Li R et al. Cost-effectiveness of interventions to prevent and control diabetes mellitus: a systematic review. *Diabetes Care*, 2010, 33:1872–1894.

Lim SS et al. Prevention of cardiovascular disease in high-risk individuals in low-income and middle-income countries: health effects and costs. *The Lancet*, 2007, 370:2054–2062.

Lotufo PA, Benseñor IM. Stroke mortality in Brazil: one example of delayed epidemiological cardiovascular transition. *International Journal of Stroke*, 2009, 4 (1): 40–41. DOI: 10.1111/j.1747-4949.2009.00240.x

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

Malta DC, Moura L, Souza MF, et al. Lung cancer, cancer of the trachea, and bronchial cancer: mortality trends in Brazil, 1980–2003. *J Bras Pneumol* 2007; 33: 536–43.

Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Neto OLM. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(supl 1): 159-67.

Malta, DC, 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, 2009. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.2, pp. 3009-3019. ISSN 1413-8123

Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*. v.14, p.593 - 605, 2010. <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop0510.pdf>.

Malta DC, Cezário AC, Moura L, Morais Neto OL, Silva Jr JB. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15: 47-64.

Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3:e442.

Meyer KA et al. Dietary fat and incidence of type 2 diabetes in older Iowa women. *Diabetes Care*, 2001, 24:1528–1535.

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística—IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008–2009 Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística—IBGE, 2010.

Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2006–2009. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1521 (acesso em 12 de agosto de 2010).

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.

Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Income-Specific Trends in Obesity in Brazil: 1975–2003. *American Journal of Public Health*, v. 97, p. 1808-1812, 2007.

Monteiro, C. A.; D’Aquino Benício, M. H.; Iunes, R.; Gouveia, N. C.; Taddei, J. A. A. C. & Cardoso, M. A. A. ENDEF and PNSN: Trends in Physical Growth of Brazilian Children. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (supplement 1): 85-95, 1993.

Monteiro CA, Moura E, Conde WL, Popkin BM. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *WHO Bull.* 2004 82:940-6.

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, 361:717–725.

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, 78(Suppl.):559S–569S.
- Rosa RS. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999–2001. *Epidemiol Serv Saude* 2008; 17: 131–34.
- Sankaranarayanan R et al. Cancer survival in Africa, Asia, and Central America: a population-based study. *The Lancet Oncology*, 2010; 11(2):165–73.
- Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet* 2011; 377. www.thelancet.com
- Schramm JM, Oliveira AF, Leite IC. Transicao epidemiologica e o estudo de carga de doencas no Brasil. *Ciência Saúde Coletiva* 2004; 9: 897–908.
- Simões EJ, 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;99(1): 68.
- Stjernswärd J, Foley KM, Ferris FD. The public health strategy for palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2007, 33:486–493.
- Stuckler D. Population causes and consequences of leading chronic diseases: a comparative analysis of prevailing explanations. *Milbank Quarterly*, 2008, 86:273–326.
- Tobacco Addiction. In: Jamison DT et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd ed. Washington, DC, The World Bank, 2006.
- Whitworth JA. World Health Organization/International Society of Hypertension statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 2003, 21:1983–1992.
- Willett WC et al. Prevention of chronic disease by means of diet and lifestyle changes. In: DT Jamison et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*. Washington, DC, 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 (23).

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 2010 c. 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, 360:2–3.

8. Anexos - Eixos, estratégias e ações do plano:

VERSÃO PRELIMINAR - 21/07/2011

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: SAS, SCTIE, SEGETS, SEGEP, 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 controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para cuidados crônicos

EIXO I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO EM SAÚDE

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.					
	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011 -12	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/19	Indicadores/ Meta 2022
Estratégia 1: Realizar pesquisas e/ou inquéritos populacionais sobre incidência, prevalência, morbi-mortalidade e fatores de risco e proteção para DCNT	DASIS/ CGDANT/SVS/ DECIT/SCTIE	Inquérito(s) realizado(s)/ Realização de inquérito(s) previsto(s) para o ano	Inquérito(s) realizado(s)/ Realização de inquérito(s) previsto(s) para o ano	Inquérito(s) realizado(s)/ Realização de inquérito(s) previsto(s) para o ano	Inquérito(s) realizado(s)/ Realização de inquérito(s) previsto(s) para o ano	Inquérito(s) realizado(s)/ Realização de inquérito(s) previsto(s) para o ano
Ações						
1 - Realizar inquérito telefônico contínuo em adultos anualmente (VIGITEL)						
2 - Realizar a Pesquisa Nacional de Saúde do escolar (PeNSE) em 2012, 2015 , 2018 e 2021						
3 - Realizar a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), incluindo temas como acesso e utilização de serviços, morbidade, fatores de risco, idosos, PETAB, medidas bioquímicas, antropométricas, dentre outros em 2013 e 2018						
4 - Realizar a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) em 2014 e 2019						
5 - Atualizar o estudo de carga de doenças						

	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011 -12	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/19	Indicadores/ Meta 2022
Estratégia 2: Fortalecer os sistemas de informação em saúde e produzir análise de situação de saúde de DCNT, fatores de risco	SVS e SAS	Pesquisas publicadas - Publicar resultados de pesquisas realizadas no ano anterior	Pesquisas publicadas - Publicar resultados de pesquisas realizadas no ano anterior	Pesquisas publicadas - Publicar resultados de pesquisas realizadas no ano anterior	Pesquisas publicadas - Publicar resultados de pesquisas realizadas no ano anterior	Pesquisas publicadas - Publicar resultados de pesquisas realizadas no ano anterior
	Ações					
1- Divulgar os resultados dos inquéritos (PENSE, VIGITEL, PNAD, POF, GATS), os resultados dos estudos longitudinais (Elsa e Elsi) e outros, por meio de publicações do Ministério da Saúde, Congressos, periódicos e sítios do MS						
2 - Fortalecer os sistemas de informação e divulgar análises de dados secundários (SIM/SIH/APAC/Registros de Câncer, Sistema de Informação de Produtos, Hiperdia, SINAN, outros) de morbimortalidade das DCNT em publicações como Saúde Brasil, periódicos, Congressos, boletins e sítios do MS						
3 - Fomentar pesquisas sobre morbimortalidade e fatores de risco visando estímulo de uso das bases de dados MS em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa por meio de editais DECIT						
4 - Fortalecer o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) no monitoramento do estado nutricional no âmbito da Atenção Primária à Saúde e divulgar análises de dados						
5 - Aprimorar a base de dados da APAC, padronizando dados de identificação e sociodemográficos, produzindo análise sobre os procedimentos relacionados as DCNT						
6 - Ampliar a notificação de agravos relacionados ao ambiente do trabalho no SINAN (Saúde do Trabalhador)						
7 - Consolidar um sistema de monitoramento e vigilância de iniquidades em saúde e DCNT						
	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011 -12	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/19	Indicadores/ Meta 2022
Estratégia 3: Consolidar um sistema nacional, padronizado e integrado de informação sobre o câncer	INCA, SVS	80% dos RCBP com informação atualizada; 55% dos RHC	85% dos RCBP com informação atualizada; 60% dos RHC	90% dos RCBP com informação atualizada; 70% dos RHC	90% dos RCBP com informação atualizada; 75% dos RHC	95% dos RCBP com informação atualizada; 80% dos RHC

		com base enviada	com base enviada	com base enviada	com base enviada	com base enviada
Ações						
1 - Prestar assessoria técnica aos RCBP para implementação e melhoria da qualidade e atualidade das informações						
2- Avaliar os registros de câncer por meio de indicadores de desempenho						
3- Disponibilizar, de forma ágil e oportuna informações sobre o câncer - em nível local, estadual e nacional sob forma de dados consolidados do Registros de Câncer (RCBP e RCH) e Atlas de mortalidade por câncer						
4- Produzir análise de informações sobre morbidade e mortalidade por câncer, por meio de indicadores produzidos pelos Registros de Câncer (RCBP e RCH) e Atals de mortalidade por câncer sob a forma de informes, boletins, periódicos e publicações técnicas						
5 - Integrar as principais bases de dados sobre morbimortalidade em câncer no país						
6 - Legitimar os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) e Registros de Hospitalares de Câncer (RHC) como fontes oficiais de informação para a vigilância de câncer incorporando suas bases de dados dentro do SUS						
7- Fortalecer a vigilância de câncer dentro da 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 SISCOLO/SISMAMA						
Estratégia 4: Fortalecer a vigilância de DCNT em Estados e Municípios	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011 -12	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/19	Indicadores/ Meta 2022
	DASIS/ CGDANT/SVS	27 capitais e 26 estados e o DF, 10% dos municípios ate 100 mil hab com referência em DANT	50% dos municípios até 100 mil hab com referência em DANT	100% dos municípios até 100 mil hab com referência em DANT	50% dos municípios até 50 mil hab com referência em DANT	95% (municípios com mais de 50 mil habitantes com referência em DANT
Ações						
1- Pactuar indicadores de monitoramento das ações do Plano nas esferas municipal e estadual						
2 - Desenvolver instrumentos para fortalecer capacidade técnica nas SES e SMS						
3 - Realizar curso anual de capacitação em Vigilância de DCNT e Promoção da Saúde para SES e SMS						

4 - Estimular publicações das SES e SMS em DCNT						
5 - Fortalecer 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						
6 - Estimular a introdução de temas relativos à vigilância de DANT e promoção da saúde nos planos municipais e estaduais de saúde						
Estratégia 5: Monitorar e avaliar as intervenções em DCNT e seus custos	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011 -12	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/19	Indicadores/ Meta 2022
	DASIS/CGDANT/DECIT e MCT	Estudos de custos publicados - Publicar estudos de custo DCNT	Estudos de custos publicados - Publicar estudos de custo DCNT	Estudos de custos publicados - Publicar estudos de custo DCNT	Estudos de custos publicados - Publicar estudos de custo DCNT	Estudos de custos publicados - Publicar estudos de custo DCNT
Ações						
1 - Realizar estudos e pesquisas como: de avaliação de efetividade, de intervenções, de promoção da saúde e de prevenção de DCNT, metodologias WHO step stroke, impacto financeiro de doenças crônicas, outros, por meio de Editais (Decit/CNPQ)						
2 - Realizar estudos de custo-efetividade em DCNT e seus fatores de risco em articulação entre Departamento de Economia de Saúde e Departamento de Análise de Situação de Saúde com Ministério de Ciência e Tecnologia, IPEA, Universidades, CDC, Health Canadá e outros						
3 - Realizar estudos de avaliação de efetividade de programas de promoção da saúde e atividade física, como: avaliação do programa Academia da Cidade em Pernambuco, Academia da Saúde, 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 tabaco e agrotóxico e 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 e olimpíadas e seus efeitos na saúde						
Estratégia 6: Monitorar e avaliar a implantação do Plano Nacional de	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011 -12	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/19	Indicadores/ Meta 2022

Enfrentamento das DCNT	DASIS/CGDANT/DECIT e C&T	PDCNT monitorado Monitorar PDCNT				
Ações						
1 - Realizar estudos de avaliação da implantação do Plano (editais do DECIT e CNPq)						
2 - Criar painel de monitoramento com as principais metas e indicadores de processo de acompanhamento do Plano Nacional de DCNT						
3 - 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 -12	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/19	Indicadores/ Meta 2022
	DASIS/CGDANT/DECIT e C&T	Estudos de monitoramento das iniquidades em DCNT realizados Monitorar as iniquidades em DCNT	Estudos de monitoramento das iniquidades em DCNT realizados Monitorar as iniquidades em DCNT	Estudos de monitoramento das iniquidades em DCNT realizados Monitorar as iniquidades em DCNT	Estudos de monitoramento das iniquidades em DCNT realizados Monitorar as iniquidades em DCNT	Estudos de monitoramento das iniquidades em DCNT realizados Monitorar as iniquidades em DCNT
Ações						
1 - Monitorar para os vários indicadores deste plano (de vigilância, promoção e cuidado) as iniquidades entre as regiões do país (e desigualdades intraestaduais e intraurbanas)						
2 - Monitorar as disparidades socioeconômicas (escolaridade, ocupação), de raça/ etnia (população negra, indígenas e populações em condições especiais-quilombolas) e de gênero						
3 - Promover o aprimoramento (e/ou incorporação) das variáveis socioeconômicas nas bases de dados, afim 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 nos diversos níveis						

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: SAS, SCTIE, SESAI, SEGETS, SEGEP, ANS, 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 controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para cuidados crônicos

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 2017/19	Indicadores/ Meta 2022
	DASIS/CGDANT e CGAN/DAB/MS, MEC, MDS, ME, MPA	Programas intersetoriais implantados				
Ações						
1 - Estabelecer e fortalecer parcerias com os Ministérios e Secretarias (Saúde, Educação, Cidades, Esporte, Desenvolvimento Agrário, Desenvolvimento Social, Meio Ambiente, Agricultura - EMBRAPA, Trabalho, Planejamento e Secretaria Especial de Direitos Humanos - SEDH) 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 em pessoas idosas por meio de parceria entre o MS, MEsportes e SEDH						
4 - Promover atividades físicas/práticas corporais voltadas para as crianças e os jovens, em parceria com o ME, MEC e 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 e ampliar as ações de práticas corporais / atividade física no contra-turno do Programa Segundo Tempo						
5 - Desenvolver ações do componente de promoção à saúde do Programa Saúde na Escola, voltada para alimentação saudável, práticas corporais / atividade física, prevenção de álcool, drogas e tabaco, em articulação com o MEC						
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						
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 a promoção da saúde por meio de parcerias com os Pontos de Cultura do MinC						
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 o diálogo entre as redes de saúde e dos equipamentos culturais						
11 - Potencializar a parceira 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 - Criação do Plano Nacional de Segurança no Trabalho e Saúde Ocupacional das trabalhadoras e trabalhadores da pesca e aquicultura.						
13 - 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.						
Estratégia 2: Realizar ações de advocacy 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 2017/19	Indicadores/ Meta 2022
	SEGEP e SVS/ MS	nº ações realizadas no bienio	nº ações realizadas no bienio	nº ações realizadas no bienio	nº ações realizadas no bienio	nº ações realizadas no bienio
Ações						
1 - Sensibilizar os membros do Conselho Nacional, Estadual e Municipal de Saúde para a inserção do tema da promoção da saúde na agenda						
2 - Articular parcerias com as 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 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 (PNPS, PNAN) e ao controle do tabaco						
5 - Apoiar o Projeto de Lei Federal que vise a total proibição do ato de fumar em recintos coletivos fechados e outros temas relacionados ao controle do tabaco						
6 - Apoiar Projetos de Lei que visem alterar para 0.5 gl o teor alcoólico de bebidas, previsto na Lei 9294/96						
7 - Sensibilizar os diversos 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)						
8 - Mobilizar o CNS para apoiar no Congresso Nacional a aprovação do Projetos de Lei que visam regular a propaganda e a publicidade de alimentos na infância						
9 - Mobilizar e sensibilizar setores sociais e a mídia para a importância do envelhecimento ativo e da inclusão social do idoso						
10 - Fomentar a participação da sociedade civil organizada na implementação da CQCT no Brasil						

11 - Apoiar a participação da sociedade civil organizada de interesse público na defesa da regulação da publicidade de alimentos, tabaco e álcool						
12 - Articular junto ao Congresso Nacional o apoio aos projetos de promoção da saúde, hábitos saudáveis						
Estratégia 3: Estabelecer acordo com setor produtivo e parceria com a sociedade civil visando a prevenção de DCNT e a promoção à saúde, respeitando o artigo 5.3 da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (Decreto 5658/06) e suas diretrizes	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/19	Indicadores/ Meta 2022
	DAB/MS e ANVISA	nº de parcerias estabelecidas - estabelecer parcerias	nº de parcerias estabelecidas -estabelecer parcerias			
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 propostas de redução de sal, gordura trans, 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 "in natura" visando a alimentação adequada e saudável						
8 - Estimular o desenvolvimento de programas de promoção de 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	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/19	Indicadores/ Meta 2022

<p>com o tema de promoção da saúde, prevenção de DCNT e seus fatores de risco e promoção de modos de vida saudáveis.</p>	<p>ASCON e SVS e SAS e SCTIE/MS, ME</p>	<p>Monitorar a Porcentagem da população exposta às campanhas de DCNT e promoção 35% dos entrevistados acesso às campanhas educativas de promoção da saúde e prevenção de DCNT</p>	<p>Monitorar a Porcentagem da população exposta às campanhas de DCNT e promoção 40% dos entrevistados acesso às campanhas educativas de promoção da saúde e prevenção de DCNT</p>	<p>Monitorar a Porcentagem da população exposta às campanhas de DCNT e promoção 50% dos entrevistados acesso às campanhas educativas de promoção da saúde e prevenção de DCNT</p>	<p>Monitorar a Porcentagem da população exposta às campanhas de DCNT e promoção 70% dos entrevistados acesso às campanhas educativas de promoção da saúde e prevenção de DCNT</p>	<p>Monitorar a Porcentagem da população exposta às campanhas de DCNT e promoção 85% dos entrevistados acesso às campanhas educativas de promoção da saúde e prevenção de DCNT</p>
Ação						
<p>1 - Desenvolver estratégias de marketing social para a promoção de modos de vida saudável em nível nacional e local, articulada com Secom/PR, Ascom e Nucom/MS e outras parcerias</p>						
<p>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</p>						
<p>3 - Capacitar as assessorias de Comunicação dos Ministérios e das agências reguladoras envolvidas, para divulgar informações sobre modos de vida saudáveis inserindo-se na temática dos mega eventos esportivos para estimular a prática de esporte e atividade física</p>						
<p>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 alvos (faixa etária e renda) e dando continuidade às mensagens repassadas</p>						
<p>5 - Divulgar programas sobre promoção da saúde na web, mídias locais e espontâneas, rádios, TV's públicas e canais abertos de televisão</p>						
<p>6 - Fomentar pesquisas para subsidiar ações com a sociedade para grupos especiais de maior vulnerabilidade para DCNT</p>						
<p>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</p>						
<p>8 - Inserir nos temas de comunicação da Copa e das Olimpíadas conteúdos relativos aos hábitos saudáveis e promoção da saúde (atividade física, alimentação saudável, tabaco, consumo responsável do álcool)</p>						
Estratégia 5: Implantar	Responsáveis		Indicadores/	Indicadores/	Indicadores/	Indicadores/

ações de promoção de atividade física/esporte/práticas corporais e modos de vida saudáveis para a população		Indicadores/Meta 2011/2012	Meta 2013	Meta 2015	Meta 2017/19	Meta 2022
	SVS e SAS/MS, ME	1000 Academias da Saúde implantadas em municípios	3000 Academias da Saúde implantadas em municípios	4000 Academias da Saúde implantadas em municípios	4500 Academias da Saúde implantadas em municípios	5000 Academias da Saúde implantadas em municípios
Ações						
1 - Financiar a implantação e adequação de áreas físicas para o Programa Academia da Saúde						
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 (por exemplo, o Programa Esporte e Lazer da Cidade e Programa Vida Saudável nas Academias da Saúde e Praças da Juventude e do Esporte e da Cultura)						
4 - Capacitar e aprimorar recursos humanos e logísticos do Programa Academia da Saúde						
5 - Realizar campanha de comunicação e educação para a promoção de saúde via práticas corporais/atividade física						
6 - Incentivar ações referentes às práticas integrativas no Programa Academia da Saúde, Esporte e Lazer da Cidade, Praças da Juventude e Praças do Esporte e da Cultura						
7 - Criar estratégia de promoção de vida saudável, pelo estímulo à atividade física/práticas corporais vinculadas à preparação da Copa do Mundo/Olimpiadas						
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 e SVS/MS, ME					
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, iluminação pública, da mobilidade e da acessibilidade						
2 - Articular junto ao BNDES e 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 destes espaços.						
5 - Ampliar espaços e equipamentos de esporte e lazer como as Praças da Juventude, as Praças do Esporte e da Cultura e as Academia da Saúde, enquanto ambientes saudáveis e sustentáveis que promovam práticas corporais/atividade física e de saúde ao longo do curso da vida						
6 - Vincular a saúde ao componente 1 do PAC 2, no Eixo Comunidade Cidadão – construção de praças 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 2017/19	Indicadores/ Meta 2022
	SAS e SVS/MS, ANVISA, MPA	40% das escolas com alimentação saudável. Estimular a alimentação saudável nas escolas	50% das escolas com alimentação saudável. Estimular a alimentação saudável nas escolas	60% das escolas com alimentação saudável. Estimular a alimentação saudável nas escolas	70% das escolas com alimentação saudável. Estimular a alimentação saudável nas escolas	80% das escolas com alimentação saudável. Estimular a alimentação saudável nas escolas
Ação						
1 - Implementar os Guias Alimentares para fomentar escolhas saudáveis relacionadas à alimentação, em todos os ciclos da vida						
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 - Garantir fornecimento de alimentos saudáveis para o Programa Nacional de Alimentação Escolar						
3 - 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						
4 - Formular a orientação técnica para a aquisição dos alimentos adquiridos, 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) e monitorar sua inocuidade						
5 - Promover ações de educação alimentar e nutricional e do ambiente alimentar saudável das escolas, no contexto do Programa Saúde na Escola						
6 - Elaborar e implementar programas de educação alimentar e de nutrição junto aos diferentes setores da sociedade						
7 - 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)
- 8 - Fortalecer o projeto Educanvisa como estratégia de promoção da alimentação saudável
- 9 - Elaborar Guia de Boas Práticas Nutricionais para Alimentação Fora de Casa destinada orientar pequenos comércios e serviços sobre o preparo e oferta adequada e saudável dos alimentos oferecidos para refeições de rua
- 10 - Estimular o consumo de alimentos saudáveis , como frutas, legumes e verduras
- 11- Ordenamento e fomento da aquicultura familiar visando o aumento da produção e oferta de alimentos (pescados e algas) para uma alimentação saudável.
- 12 - Estimular a produção de alimentos de bases limpas (orgânicos, agroecológicos, etc) em articulação com os programas facilitadores para a produção de alimentos saudáveis do MDA

	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/19	Indicadores/ Meta 2022
Estratégia 8: Ações de regulamentação para promoção da saúde	CGAN/SAS/MS, ANVISA, MPA	Nº de normas de rotulagem revisadas e aprimoradas. Proposição de Revisão do Decreto- Lei 986/69 efetuada	Nº de normas de rotulagem revisadas e aprimoradas. Proposição de Revisão do Decreto- Lei 986/69 efetuada	Nº de normas de rotulagem revisadas e aprimoradas. Proposição de Revisão do Decreto- Lei 986/69 efetuada	Nº de normas de rotulagem revisadas e aprimoradas. Proposição de Revisão do Decreto- Lei 986/69 efetuada	Nº de normas de rotulagem revisadas e aprimoradas. Proposição de Revisão do Decreto- Lei 986/69 efetuada

Ação

- 1 - Propor a revisão do Decreto Lei 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 à 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 a 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 regulacão 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, afim de, garantir o alcance das recomendações sobre alimentação saudável, tais como, restaurantes universitários, repartições públicas, ambientes de trabalho, e outros						
11- Fomentar iniciativas intersetoriais para a regulação e controle da qualidade e inocuidade dos recursos pesqueiros destinados à alimentação humana.						
12 - 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.						
Estratégia 09: Avançar nas ações de implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco - CQCT Decreto 5658/06	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/19	Indicadores/ Meta 2017/19
	INCA, SVS, ANVISA e representações de Ministérios e Secretarias da CONICQ	Medidas da CQCT implantadas e/ou aperfeiçoadas				
Ação						
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 artigo 19 e cumprindo as diretrizes do artigo 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 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, 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 a ampliação da cobertura do mesmo						

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 2017/19	Indicadores/ Meta 2017/19
	CGAN/SAS/MS, MEC, ME	Reduzir obesidade na infância				
Ação						
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 a o hábito de práticas corporais/atividade física no cotidiano 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 as 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 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 para 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 2017/19	Indicadores/ Meta 2022
	SAS e SVS/MS, ANVISA, MEC, MCIDADES/DENATRAN MINISTÉRIO DA JUSTIÇA	Reduzir consumo abusivo de álcool em adolescentes				
Ação						

11 - Apoiar a intensificação de ações fiscalizatórias em relação a venda de bebidas alcóolicas a menores de 18 anos
9 - Apoiar a intensificação de ações fiscalizatórias em relação ao uso de álcool e direção motorizada
2 - Articular com outros setores de governo nacional e interfederativos, a reabilitação e a reinserção do usuário na sociedade, por meio de geração de renda e do acesso à moradia saudável
3 - Apoiar iniciativas locais de redução de danos provocados pelo consumo de álcool, como distribuição gratuita de água em bares e boates
4 - Fortalecer no Programa de Saúde na Escola (PSE) ações educativas voltadas para a prevenção e para a redução do uso de álcool
5 - Articular a rede de cuidado da Assistência Social (CRAS, CREAS) e equipes de apoio para o cuidado aos usuários dependentes de álcool
6 - Apoiar iniciativas locais de legislação específica como controle de pontos de venda de álcool, horário noturno de fechamento de bares e outros pontos correlatos de comércio
7 - Apoiar os projetos de lei que regulamentam a publicidade e a propaganda de bebidas alcoólicas,
8 - Apoiar o aumento dos impostos sobre bebidas alcóolicas
10 - Monitorar as ações regulatórias de publicidade e propaganda de bebidas alcóolicas
1 - Ampliar o acesso, qualificar e diversificar o tratamento a usuários e dependentes de álcool e a seus familiares, com ênfase nas populações vulneráveis como adolescente, adultos jovens, baixa escolaridade, baixa renda, indígenas e quilombolas

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: SAS, SCIT, SEGETS, SEGEP, ANS, INCA, ANVISA, SESAI

4. OBJETIVO(S) DO PLANO: Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para cuidados crônicos

EIXO III: CUIDADO INTEGRAL

OBJETIVOS Fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde visando o cuidado integrado para a prevenção e o controle das DCNT

Estratégia 1: Definir Linha de Cuidado do portador de DCNT com projeto terapêutico adequado,	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta2022
---	---------------------	------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------------	------------------------------

vinculação ao cuidador e à equipe de saúde, garantindo a integralidade e a continuidade do acompanhamento.	DAB/SAS, DAE, INCA, DERAC, INC	Vincular paciente com doença crônica às equipes das APS's	Vincular paciente com doença crônica às equipes das APS's	Vincular paciente com doença crônica às equipes das APS's	Vincular paciente com doença crônica às equipes das APS's	Vincular paciente com doença crônica às equipes das APS's
Ações						
1 - Garantir o acolhimento, a ampliação do acesso e a integralidade da atenção ao paciente com DCNT						
2 - Atualizar e implementar as diretrizes clínicas do MS, com base em evidências e custo efetividade para linhas de cuidado das principais doenças crônicas: hipertensão, diabetes, acidente vascular encefálico, doenças cardiovasculares, câncer e criar novas diretrizes para as demais DCNT						
3 - Promover e garantir a vinculação dos pacientes com DCNT à Atenção Primária em Saúde/UBS por meio do seu envolvimento e participação na construção do projeto terapêutico						
4 - Implantar estratégias de avaliação de risco global para DCNT em usuários vinculados a 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, Programa Vida Saudável, 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 Implantar atenção domiciliar nos SUS	Atenção domiciliar implantada no SUS Implantar atenção domiciliar nos SUS	Atenção domiciliar implantada no SUS Implantar atenção domiciliar nos SUS	Atenção domiciliar implantada no SUS Implantar atenção domiciliar nos SUS	Atenção domiciliar implantada no SUS Implantar atenção domiciliar nos SUS
Ações						
1 - Criar mecanismo para a vinculação dos pacientes com DCNT à APS/UBS						

- 2 - Qualificar a resposta da APS
- 3 - Definir fluxo de referência e contra referência entre a Atenção Primária em saúde, 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 Política Nacional de Atenção Domiciliar para atendimento aos pacientes crônicos - Cuidados paliativos e outros
- 8 - Fortalecer processos de monitoramento de equipamentos, produtos, insumos, medicamentos, visando garantir a qualidade e segurança das tecnologias
- 9 - Implantar sistema de gestão clínico, reformular o Sistema Hiperdia para apoio aos cuidadores na APS
- 10 - Valorizar o profissional de saúde para atuação em DCNT

	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta2022
Estratégia 3 Fortalecer o complexo produtivo da saúde para o enfrentamento das DCNT	DAF/ SCTIE/ SAS/ ANVISA	Medicamentos para tratamento de DCNT ofertados Ofertar medicamentos para tratamento de DCNT	Medicamentos para tratamento de DCNT ofertados Ofertar medicamentos para tratamento de DCNT	Medicamentos para tratamento de DCNT ofertados Ofertar medicamentos para tratamento de DCNT	Medicamentos para tratamento de DCNT ofertados Ofertar medicamentos para tratamento de DCNT	Medicamentos para tratamento de DCNT ofertados 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 Diretrizes Terapêuticas do MS para o cuidado das DCNT e 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 do Brasil						
4 - Monitorar os 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, da Influenza em idosos, do pneumococo, e outras co-morbidades das DCNT						
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 e SAS	Cobertura de mamografia e papanicolau nacionalizada. Nacionalizar a cobertura de mamografia e papanicolau	Cobertura de mamografia e papanicolau nacionalizada. Nacionalizar a cobertura de mamografia e papanicolau	Cobertura de mamografia e papanicolau nacionalizada. Nacionalizar a cobertura de mamografia e papanicolau	Cobertura de mamografia e papanicolau nacionalizada. Nacionalizar a cobertura de mamografia e papanicolau	Cobertura de mamografia e papanicolau nacionalizada. Nacionalizar a cobertura de mamografia e papanicolau
Ações						
1 - Aperfeiçoar o rastreamento do câncer do colo do útero e evoluir do modelo oportunístico para o modelo organizado, com garantia de confirmação diagnóstica, tratamento de lesões precursoras e referência dos casos 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 à mamografia de rastreamento às mulheres da população-alvo.						
4 - Implantar programas de gestão da qualidade do exame citopatológico do colo do útero.						
5 - Implantar o Programa Nacional de 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 do nível primário e secundário para a detecção precoce do câncer de mama.
- 8 - Desenvolver estratégias para difusão de informação e mobilização social relativa à prevenção e à detecção precoce do câncer do colo do útero e de mama.
- 9 - Fortalecer programas/iniciativas de detecção precoce do câncer do colo do útero e de mama.
- 10 - Ampliar e qualificar a assistência oncológica por meio da expansão e da atualização tecnológica das unidades de tratamento do câncer no SUS.
- 11 - Reduzir o déficit atual de radioterapia e braquiterapia, revendo desigualdades regionais

	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta2022
Estratégia 5: Ampliar, fortalecer e qualificar a assistência oncológica no SUS	INCA e SAS	nº servidores da rede básica treinados para qualificação/nº total de servidores com perfil para qualificação - X% de servidores qualificados Capacitar servidores da rede básica com perfil para qualificação	nº servidores da rede básica treinados para qualificação/nº total de servidores com perfil para qualificação - X% de servidores qualificados Capacitar servidores da rede básica com perfil para qualificação	nº servidores da rede básica treinados para qualificação/nº total de servidores com perfil para qualificação - X% de servidores qualificados Capacitar servidores da rede básica com perfil para qualificação	nº servidores da rede básica treinados para qualificação/nº total de servidores com perfil para qualificação - X% de servidores qualificados Capacitar servidores da rede básica com perfil para qualificação	nº servidores da rede básica treinados para qualificação/nº total de servidores com perfil para qualificação - X% de servidores qualificados Capacitar servidores da rede básica com perfil para qualificação

Ações

- 1 - Garantir o acesso ao diagnóstico e 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 às informações epidemiológicas sobre câncer						
Estratégia 6- Desenvolver e implementar estratégias para formação profissional e técnica e de qualificação das equipes de saúde	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta 2022
	SAS e DEGIS SEGEP,SVS	nº servidores treinados para qualificação/nº total de servidores com perfil para qualificação - X% de servidores qualificados no biênio				
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 APS						
2 - Promover a educação permanente das equipes de saúde nas diretrizes clínicas das DCNT prioritárias						
3 - Formar técnicos e pós técnicos para o apoio diagnóstico das DCNT						
4 - Utilizar tecnologias de ensino à 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 (PRO-saúde) com vistas às ações de enfrentamento das DCNT						
7 - Incluir a abordagem teórico - metodológica da educação popular em saúde nos processos formativos da APS						

8 - Fomentar a abordagem das DCNTs nos cursos de pós graduação (sensu strictu e sensu lato) em áreas da saúde e correlatas						
9 - Valorizar o profissional de saúde para atuação em DCNT						
10 - Implementar os processos de educação permanente dos profissionais e dos trabalhadores do SUS, por meio da articulação das CIES, instituições de ensino e pesquisa e associações de especialistas						
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/ Meta2022
	SAS/ SEGETS/SGP	Estratégias de comunicação em saúde monitoradas Monitorar estratégias de comunicação em saúde				
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 intersectorial, visando ampliar as ações de promoção da saúde às DCNT na APS						
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 de educação e comunicação em saúde continuadas 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 circulatórias na Rede de Urgência -	Responsáveis	Indicadores/ Meta 2011/2012	Indicadores/ Meta 2013	Indicadores/ Meta 2015	Indicadores/ Meta 2017/2019	Indicadores/ Meta2022

	DAE/SAS/INC	Unidades de atendimento AVE criadas Criar unidades de atendimento AVE	Unidades de atendimento AVE criadas Criar unidades de atendimento AVE	Unidades de atendimento AVE criadas Criar unidades de atendimento AVE	Unidades de atendimento AVE criadas Criar unidades de atendimento AVE	Unidades de atendimento AVE criadas Criar unidades de atendimento AVE
Ações						
1 - Implantar protocolos para agilizar a transferência e o transporte dos pacientes com síndrome coronariana aguda e Acidente Vascular Encefálico (AVE)						
2 - Utilizar métodos de Telemedicina para diagnóstico eletrocardiográfico precoce e preciso do IAM e na abordagem do AVE. (Expansão do TELE ECG nos SAMU, 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 (AVE) nos hospitais de referência visando assistência qualificada (cuidado multiprofissional) e 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 a Angioplastia primária						
7 - Melhorar a comunicação e a articulação entre a Central de Regulação Médica e as Unidades Coronarianas e Unidades de AVE visando 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 o atendimento de Trombólise no Acidente Vascular Encefálico e Infarto Agudo do Miocárdio						
11 - Ampliar leitos para tratamento de infarto agudo do miocárdio						
12 - Qualificar os profissionais do atendimento pré hospitalar, urgência e emergência para identificação e atendimento ao AVE e IAM						
13 - Implementar o Telessaúde entre unidades de AVE e outros pontos da rede						
14 - Possibilitar o acesso facilitado a leitos de retaguarda para pacientes crônicos 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 pacientes 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.						
21 - Divulgar para a população conhecimentos referentes a identificação precoce do IAM e AVE						
22 - Criar registros de IAM e AVE incluindo pontos de atenção pré-hospitalar						
Estratégia 9: 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/ Meta2022
	SAS	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 - Organizar as linhas de cuidado para as condições crônicas prioritárias e idosos frágeis, ampliando o acesso com qualidade						
2 - Ampliar a formação continuada dos profissionais de saúde para o atendimento, acolhimento e cuidado da pessoa idosa e de pessoas com condições crônicas						
3 - Fortalecer e expandir a formação do cuidador da pessoa idosa e com condições crônicas na comunidade						
4 - Adequar as estruturas dos pontos de atenção da rede para melhorar a acessibilidade e o acolhimento aos idosos						
5 - Ampliar e garantir o acesso com qualidade à tecnologia assistida e serviços para pessoas idosas e em condições crônicas						
6 - Fortalecer ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável com foco na APS						
7 - Promover a ampliação do grau de autonomia, independência para o auto cuidado e o uso racional de medicamentos em idosos						

9. Lista de participantes na elaboração do plano

Coordenadores do plano

Deborah Carvalho Malta	CGDANT/ DASIS / SVS/MS
Otaliba Libânio de Morais 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 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
Regina Tomie Ivata Bernal	USP
Renata Tiene de Carvalho Yokota	CGDANT/SVS/MS
Vera Luiza da Costa e Silva	FIOCRUZ/ENSP
Otaliba Libânio de Morais Neto	DASIS / SVS/MS

Colaboradores

Adriana Coser	GAB/SE/MS
Adriano Matsuda	SE/MS
Airton Golbert	SBEM
Alba Figueroa	CGDANT/DASIS/SVS
Alberto Aragão	SABPJ/UFRJ
Alberto José de Araujo	Soc. Bras. 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 Maria Messedex	CPDTA/ANVISA
Ana Vasconcelos	DOGES
André D. Barbosa	CGPNCH/SVS
Andreia Duarte Lins	ATPCP/DAPES/SAS
Andreia Setti	CGDANT
Annibal Coelho de Amorim	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. Galelha	SETIZ/MS
Carlos Alberto Aguilera	SCTIE/MS
Carlos Alberto Matias	GSI-PR/SAEI
Carlos Augusto Monteiro	USP
Carolina Souza Penido	ANVISA
Celeste de S. Rodriguez	GAB/SAS/MS
Celeste de Souza Rodrigues	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
Cybelle de Aquino T. Alves	FNDE/PNAE
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

Deborah C. Malta	DASIS/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	ABN (Academia Brasileira 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	S. 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	DEGES/SGTES/MS
Helena Ferreira	DES/SCTIE
Helena Luna Ferreira	SCTIE/MS
Hermelinda Pedrosa	Soc. Bras. Diabetes
Iane 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 Yeganiantz	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
Macier Trobirre	MIN. 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. Bras. 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 Teixiera	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	SESEN/MDL
Mércia Gomes Oliveira de Carvalho	CGDANT/DASIS/SVS
Monica Cristina A. J. Sousa	GENVT/SES
Monica de Assis	REDE ED.POP.SAUDE
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	SGETS/MS
Onivaldo Coutinho	FUNASA
Patricia C. Jaime	CGAN/SAS/MS
Patricia Chaves Gentil	MDS
Paula C. de Freitas	CGDANT/DASIS/SVS
Paula Johns	ACT BR
Raquel Pedroso	PNH /SAS/MS
Regina Márcia M. Barros	GENUT/SAS/SES
Regina Xavier	CGMAC/DAE/SAS
Renata A. Monteiro	UNB/OPSAN
Renata Santiago	DAI/SGEP
Renata Vasconcelos Neto	CGSAT/MS
Rita C. Vilella Mendonça	SMS São jose Rio Preto - SP
Roberta Maria Leite Costa	DAB/SAS/MS
Roberto Jorge da Silva Franco	Soc. Bras. Hipertensão
Rodrigo Bueno de Oliveira	Soc. Bras. Nefrologia
Rodrigo Lofrano A. dos Santos	SAM/CASA CIVIL
Rogério Fenner	CGVAM/SVS/MS
Roque Manoel Perusso Veiga	CGSAT/MS
Rosa Maria Sampaio V. de Carvalho	DAB/ SAS/MS
Rosana Fiorini Puccini	SGTES/DEGES/MS
Rosana Rodominsis	ABESO/ Soc. Bras. Endocrinologia
Rosane Maria Franklin Pinto	CGALI/ANVISA
Rurany Silva	DASIS/SVS/MS
Samia Nadaf Melo	CGTES/SEGES
Sandhi Maria Barreto	UFMG
Sara Araújo da Silva	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
Thereza Siqueira	SEGEP/MS
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