

A VIGILÂNCIA, O CONTROLE E A PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

DCNT NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

Situação e Desafios Atuais



A VIGILÂNCIA, O CONTROLE E A PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

DCNT NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

– Situação e Desafios Atuais –

© 2005 Ministério da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

1ª edição – 2005 – tiragem: 4.000 exemplares

Elaboração, edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Análise de Situação de Saúde

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Endereço

Esplanada dos Ministérios, Bloco G,

Edifício Sede, 1.º andar, Sala 134

CEP: 70058-900, Brasília/DF

E-mail: svs@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/svs

Elaboradores

Antônio C. Cezário, Deborah Carvalho Malta, Lenildo de Moura,

Otaliba Libânio de Moraes Neto, Jarbas Barbosa da Silva Jr.

Agradecimentos

Instituto Nacional do Câncer, Secretaria de Atenção à Saúde, Sandhi Maria Barreto,

Elisabeth Carmen Duarte, Adriana Miranda Castro

Produção editorial

Capa: Formatos Design

Foto da capa: WHO/Chris De Bode

Projto gráfico e diagramação: Formatos Design

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação da Organização Pan-Americana da Saúde

BRASIL. Ministério da Saúde.

A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

80. : il.

1. Sistema Único de Saúde – Brasil. 2. Prevenção e controle de doenças. 3. Doenças crônicas I. BRASIL. Ministério da Saúde. III. Organização Pan-Americana da Saúde. IV. Título.

NLM: WT 500

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

OPAS/OMS

A VIGILÂNCIA, O CONTROLE E A PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

DCNT NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

– Situação e Desafios Atuais –

APRESENTAÇÃO

Nas últimas décadas as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) passaram a liderar as causas de óbito no país, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) na década de 80. Como decorrência da queda da mortalidade e da fecundidade no país, aumentou o número de idosos, particularmente, o grupo com mais 80 anos. Nos próximos 20 anos, projeções apontam para a duplicação da população idosa no Brasil, de 8 para 15%. No Brasil, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo várias ações em articulação com diversos setores governamentais e não governamentais objetivando promover a qualidade de vida e prevenir e controlar as DCNT.

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, execução e 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 conseqüências nefastas para a qualidade de vida e o sistema de saúde no país.

A experiência de outros países mostra que o sucesso das intervenções de saúde pública no que se refere aos fatores de risco e à redução da prevalência das doenças e agravos não transmissíveis tem sido atribuído ao enfoque na vigilância de fatores comuns de risco e na promoção de modos de viver favoráveis à saúde e à qualidade de vida, tendo um custo menor do que as abordagens para as doenças específicas (BRASIL, 2004b).

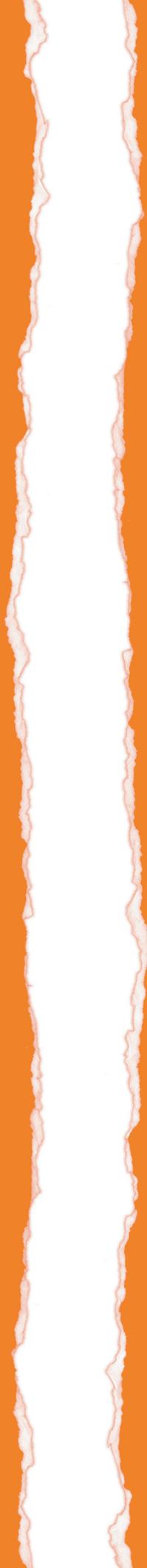
O documento a seguir traça um diagnóstico das DCNT, descreve as ações que o Sistema Único de Saúde está colocando em prática para enfrentá-las e a agenda de prioridades definida pelo Ministério da Saúde e pactuadas com gestores no Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Estas iniciativas demonstram o investimento crescente na Vigilância, prevenção e controle de DCNT no país.

Jarbas Barbosa da Silva Jr.

1. INTRODUÇÃO	9
2. ANTECEDENTES	13
2.1 - O Sistema Único de Saúde	
2.2 - O cenário epidemiológico no Brasil	
2.2.1 - A transição epidemiológica	
2.2.2 - A mortalidade, a carga de doença e os custos das DCNT	
2.2.3 - Prevalência dos Fatores de Risco	
3. A VIGILÂNCIA DAS DCNT	31
3.1 - A estruturação da Vigilância das DCNT	
3.1.1 - O monitoramento das doenças	
3.1.2 - A vigilância dos Fatores de Risco	
3.1.3 - A indução de ações de promoção da saúde, prevenção e controle de DCNT	
3.1.4 - O monitoramento e avaliação das intervenções	
3.2 - Projetos demonstrativos de Vigilância das DCNT	
3.2.1 - O projeto Mega-Country	
3.2.2 - A iniciativa CARMEN	
4. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA CARGA DAS DCNT.....	41
4.1- A promoção da saúde	
4.1.1 - Política Nacional Promoção a Saude	
4.1.2 - O engajamento do Brasil na Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física – O Pratique Saude	
4.1.3 - A política de alimentação e nutrição	
4.1.4 - O programa de Prevenção e Controle do Tabagismo	
4.1.5 - O programa Viva Mulher	
4.2 - Organização da Atenção Básica em Saúde – A Estratégia Saúde da Família	
4.2.1 - O controle da Hipertensão Arterial e do Diabetes	
5. CONCLUSÕES E DESAFIOS.....	57
6. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	61
7. ANEXO 1	65
Agenda de Prioridades para implementação da Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis	



Introdução

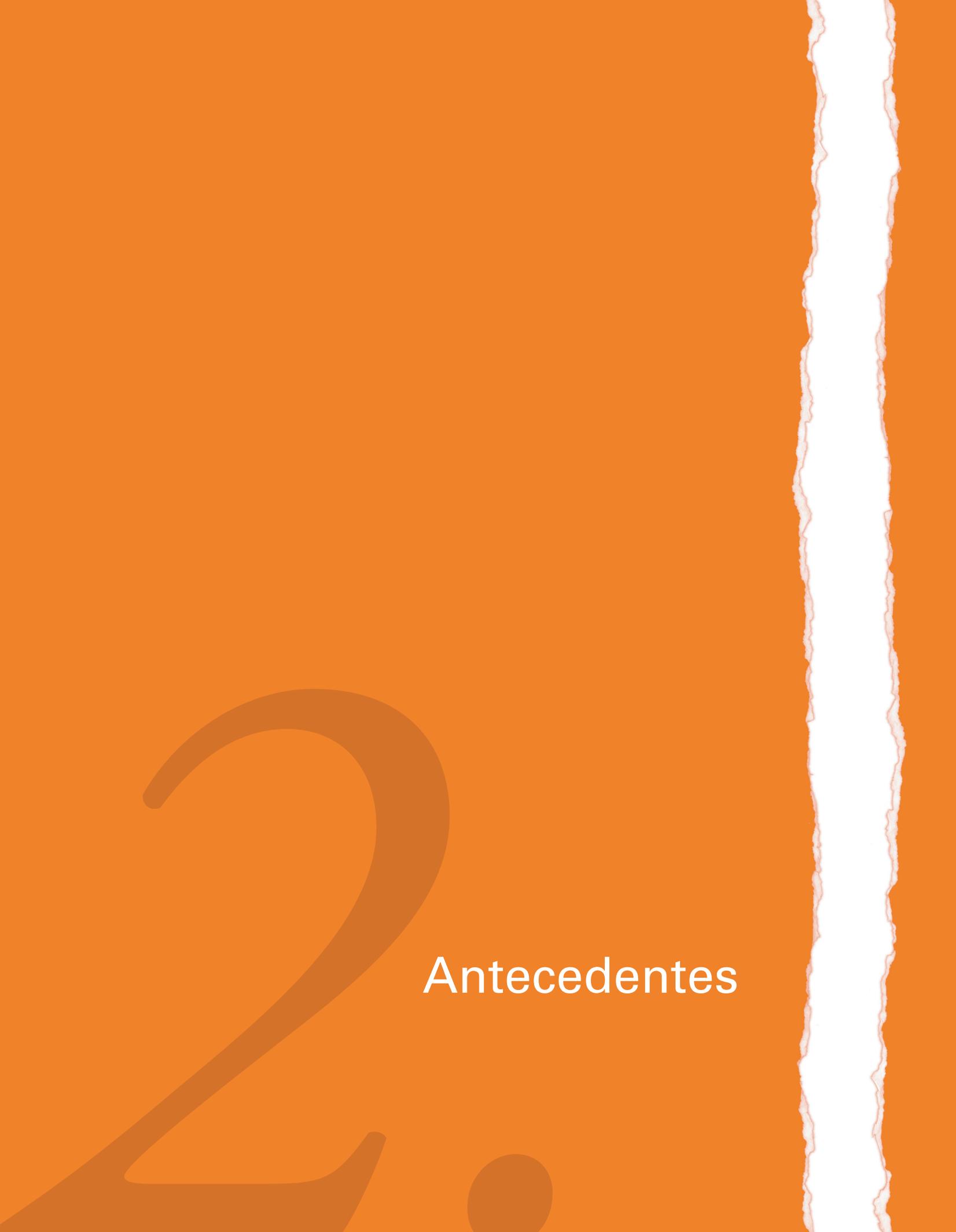


A partir das últimas décadas do século passado, seguindo tendência mundial, observa-se no Brasil dois processos que tem produzido importantes mudanças no perfil das doenças ocorrentes em sua população. O primeiro, denominado “Transição Demográfica”, com significativa diminuição das taxas de fecundidade, natalidade e aumento progressivo na expectativa de vida. Como resultado verifica-se progressivo aumento da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários, tendência essa que deverá se ampliar nos próximos 20 anos. O segundo, caracterizado por importante mudança no perfil de morbimortalidade, denominado de “transição epidemiológica” que, no Brasil, se apresenta ainda com importantes diversidades regionais decorrentes das diferenças sócio econômicas e de acesso aos serviços de saúde, resultando em um “modelo polarizado de transição” (Araújo, 1992). Nesse modelo de transição temos, em distintas regiões, a ocorrência ainda alta de doenças infecciosas e o crescimento da morbidade de mortalidade por DCNT.

A transição epidemiológica decorre também devido a outros fatores como a urbanização, o acesso a serviços de saúde, meios de diagnóstico e mudanças culturais expressivas ocorridas nas últimas décadas.

Essas mudanças observadas nos padrões de ocorrência das doenças têm colocado constantemente novos desafios, não só para os gestores e tomadores de decisão do setor de saúde, como também por outros setores governamentais. Neste contexto coloca-se o desafio do financiamento das ações. Doenças crônicas custam caro para o Sistema Único de Saúde, se não adequadamente prevenidas e gerenciadas. O enfrentamento dessas “novas epidemias” de doenças crônicas não transmissíveis necessita muito investimento em pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa da vida saudável.

Este documento objetiva descrever as ações que o Sistema Único de Saúde brasileiro está colocando em prática para enfrentar esses novos problemas de saúde pública.



Antecedentes

2.1. O Sistema Único de Saúde - SUS

Antes da criação do Sistema Único de Saúde em 1988, o Ministério e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde atuavam essencialmente na área de prevenção de doenças, com ênfase nas doenças transmissíveis, utilizando-se de programas verticais, campanhas de vacinação e de controle de endemias rurais e urbanas. O acesso da população a serviços de assistência médica dividia os brasileiros em três grupos: os que podiam pagar diretamente pelos serviços médicos; os trabalhadores segurados com acesso à rede de Previdência social; e a população rural e indigente, sem qualquer direito explícito e pouco ou nenhum acesso a cuidados médicos individuais.

Importantes mobilizações sociais, em especial o movimento da reforma sanitária, envolvendo trabalhadores do setor saúde, setores acadêmicos e população, resultaram na organização da VIII Conferência Nacional de Saúde e na mobilização para aprovação do texto da Constituição Federal outorgada pelo Congresso Nacional em 1988 que definiu a saúde como “um direito de todos e um dever do estado”. Estabeleceu também as principais diretrizes do Sistema Único de Saúde, a saber:

- i. Universal, permitindo o acesso irrestrito a todos os brasileiros;
- ii. Descentralizado, com ênfase à gestão municipal (local);
- iii. Com redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, permitindo mecanismos de integração e sistemas de referência;
- iv. Integral, oferecendo todos os tipos de serviços, voltados à promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação;
- v. Com gestão única em cada esfera de governo e
- vi. Com participação e controle da comunidade.

Para a regulamentação do Sistema foram ainda aprovadas pelo Congresso Nacional a Lei Orgânica da Saúde (1990), que define atribuições dos 3 níveis de governo (Federal, estadual e municipal) e a Lei

8142 (1990) que regulamenta os mecanismos de Controle Social do SUS, estabelecendo normas para funcionamento das Conferências e dos Conselhos Nacionais de Saúde.

Foram criadas instâncias de negociação entre os gestores das três esferas de governo – as Comissões Gestoras Tripartite (nível nacional com os três governos representados) e Bipartites (Nível estadual, com representantes do estado e municípios) – e de participação e controle da população – Os Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde.

As Normas Operacionais acordadas nas comissões gestoras orientam e regulam a organização do SUS. Essas normas definem as relações entre os níveis gestores, aí incluídos os mecanismos de repasse de recursos (financeiros, humanos e materiais e equipamentos) e mecanismos de referência e contra referência dentre outros.

Nesses dezessete anos de organização do SUS, atingiu-se significativo avanço na descentralização da gestão e execução das ações de saúde. A municipalização (gestão municipal do SUS) atinge cerca de 97% dos municípios brasileiros. As estratégias dos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, ampliaram significativamente o acesso à Atenção Básica, com foco prioritário em prevenção e promoção da saúde.

O financiamento das ações é de responsabilidade das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), cabendo ao Ministério da Saúde o maior montante do custeio, por ser o governo federal o grande arrecadador de impostos no país. O Ministério repassa a Estados e Municípios recursos financeiros para o custeio das ações, cujos montantes (tetos financeiros para saúde) são definidos pelas Comissões Gestoras e Aprovadas pelos Conselhos de Saúde. Estados e municípios, principalmente esses últimos, vem aplicando volumes crescentes de recursos para o setor saúde, tendo sido aprovada legislação que regula os percentuais a serem aplicados por cada nível de gestão do SUS.

As ações de saúde desenvolvidas nos três níveis de gestão são amplas e envolvem promoção de saúde, prevenção, assistência às doenças e reabilitação. Além dessas, um outro conjunto de ações não menos importantes, que são as de vigilância e regulação sanitária, a segurança alimentar, o fomento à pesquisa em saúde, entre outras.

O Ministério da Saúde, no atual governo passou por reestruturação organizacional (2003), onde houve um fortalecimento das atividades de vigilância, com a criação da Secretaria de Vigilância à Saúde, que também está responsável pelo gerenciamento, em âmbito nacional, dos projetos de promoção à Saúde. Nessa secretaria foi criada a Coordenação Nacional para Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde - CGDANT. Esta coordenação tem como atribuição principal coordenar a implantação das ações de promoção da saúde, de vigilância e prevenção de DANT no país. No Brasil, a área técnica de doenças e agravos não transmissíveis (DANT) abrange também as doenças decorrentes dos acidentes e violências – injúrias. Neste texto, utilizaremos a sigla DCNT, referentes às Doenças Crônicas Não Transmissíveis para compatibilizar com a proposta da publicação da OMS –

Chronic Diseases: A Vital Investment. As doenças crônicas não transmissíveis se caracterizam por ter uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estar associadas a deficiências e incapacidades funcionais (OPAS, 2005). Entre as mais importantes estão a hipertensão arterial, o diabetes, as neoplasias, as doenças cérebro vasculares, as doenças pulmonares obstrutivas crônicas.

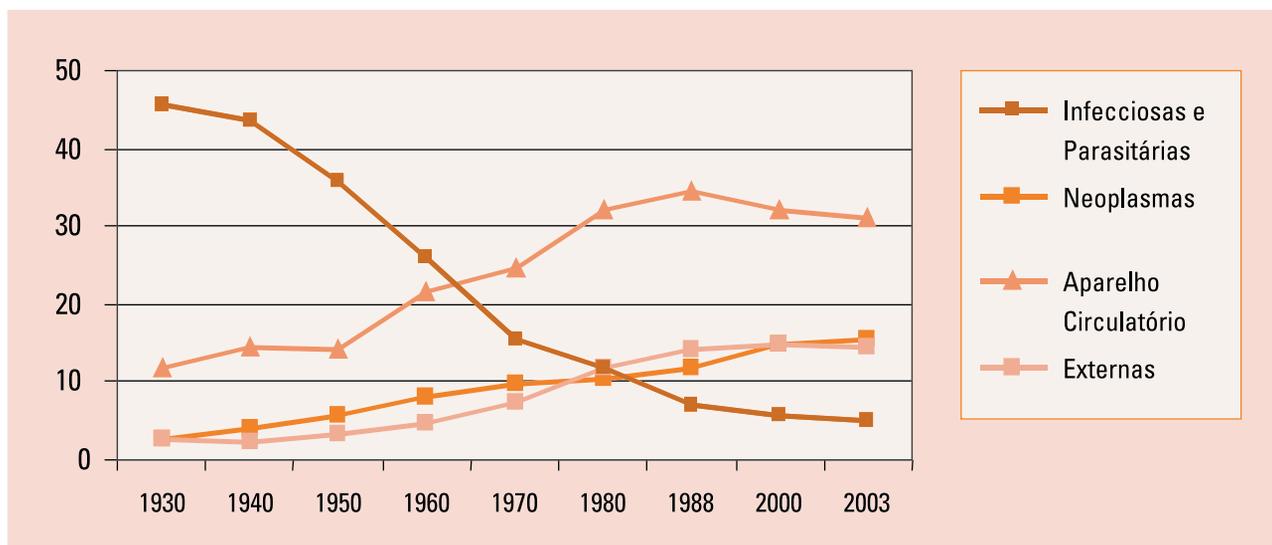
2.2. O Cenário epidemiológico Brasileiro

2.2.1. A transição epidemiológica

O cenário epidemiológico brasileiro é complexo. Em 1930, as doenças infecciosas respondiam por cerca de 46% das mortes em capitais brasileiras. A partir de então, verificou-se a redução progressiva, sendo que em 2003 essas doenças responderam apenas por cerca de 5% (Barbosa, 2003). Por outro lado, as doenças cardiovasculares, que representavam apenas 12% na década de 30, são, atualmente, as principais causas de morte em todas as regiões brasileiras, respondendo por quase um terço dos óbitos. Em segundo lugar, seguem-se os cânceres e, em terceiro, as mortes ocasionadas por acidentes e violência (Figura 1).

Vários fatores impulsionaram essa mudança no padrão de mortalidade, inclusive a própria modificação demográfica do país. Houve redução da mortalidade precoce e o aumento da expectativa de vida ao nascer. A pirâmide populacional de 1980 do Brasil é típica de países em desenvolvimento (Figura 2). A base alargada representa uma população jovem, com uma queda muito rápida na fecundidade, de 4,4 para 2,3 filhos por mulher. A pirâmide populacional do ano 2000 possui um achatamento da base e um alargamento dos estratos intermediários, devido à redução proporcional da mortalidade infantil e ao crescimento da população de idosos no país.

Figura 1 - Evolução da mortalidade proporcional (%) segundo causas, Brasil – 1930 a 2003

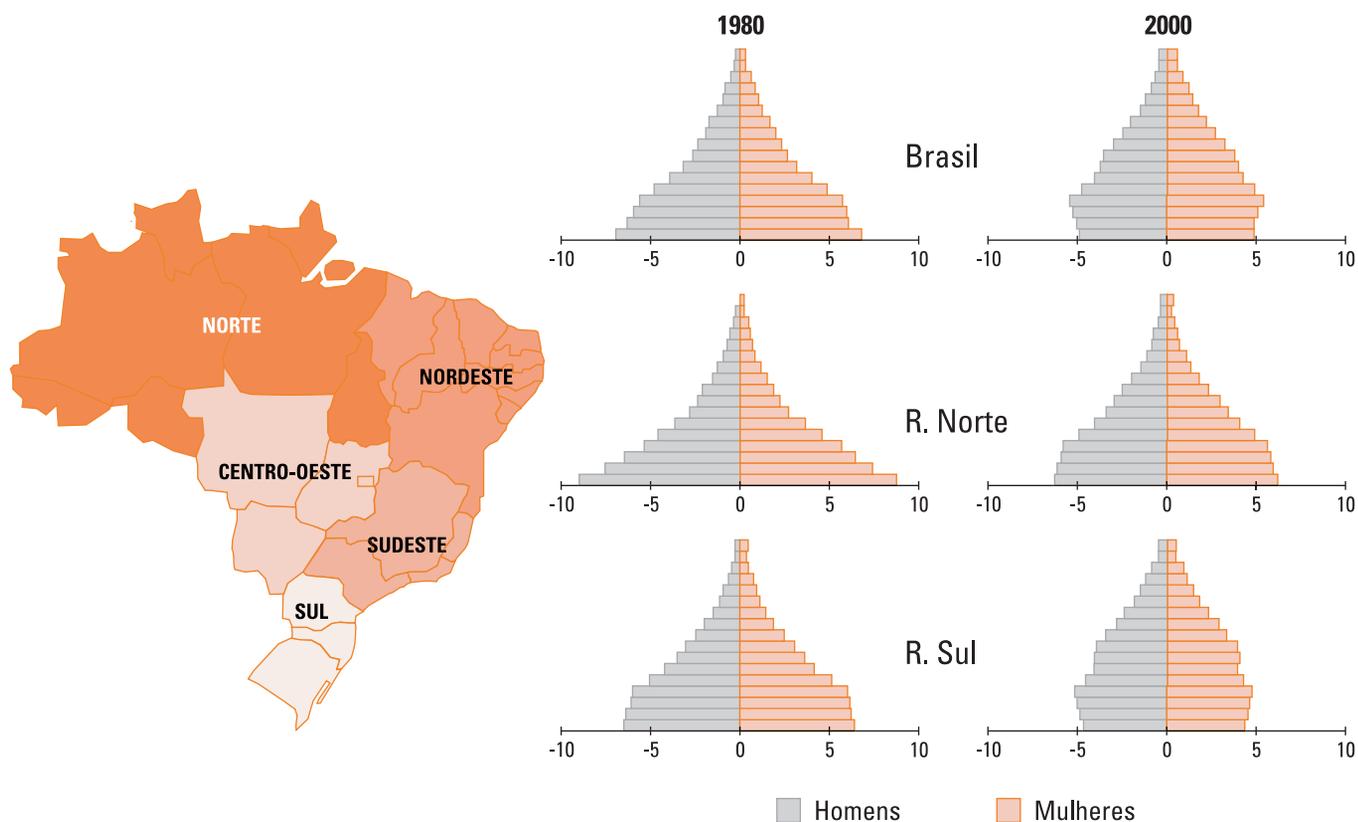


Fonte: Barbosa et al, 2003, in Epidemiologia & Saúde, Rouquayrol, MZ e Almeida F, N.

A cada ano, acrescentam-se 200 mil pessoas maiores de 60 anos à população brasileira, gerando uma demanda importante para o sistema de saúde. Entretanto, num país como o Brasil existem diferenças regionais importantes. A pirâmide que representa a região Norte ainda preserva as características de uma população jovem e na região Sul é marcada por um processo típico de transição demográfica (Figura 2).

A esperança de vida ao nascer vem aumentando de forma progressiva. Em 1980 estava em 62,6 anos e para o ano de 2003 ela está estimada em 71,3 anos (IBGE, 2005), com diferenciais entre classes sociais, regiões e estados brasileiros.

Figura 2 - Pirâmides Populacionais: Brasil e regiões Norte e Sul 1980 e 2000 (faixas: 5 anos)



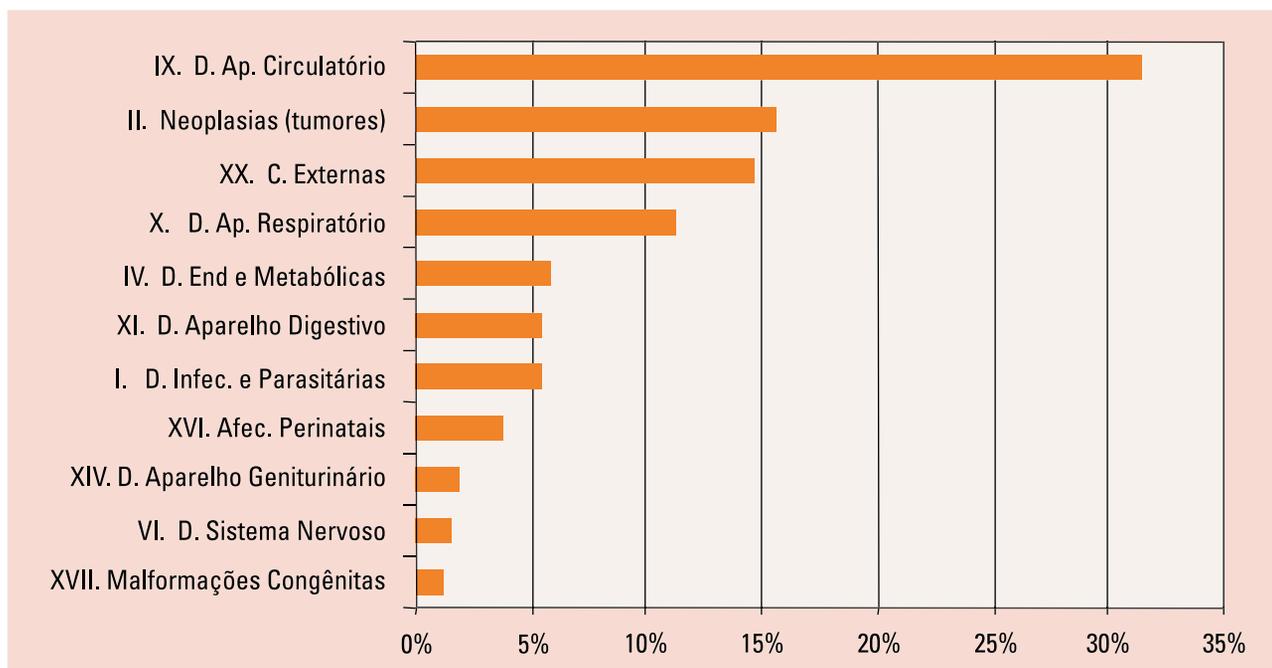
2.2.2. A mortalidade, a carga de doença e os custos das DCNT

O Brasil possui 5 grandes regiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro Oeste) abrangendo 26 Estados e o Distrito Federal, que possuem uma heterogeneidade demográfica, social e econômica muito grande, que se reflete em diferentes padrões de mortalidade e de morbidade por DCNT, exigindo respostas que envolvam os gestores locais e que sejam adequadas à realidade encontrada em cada estado.

A magnitude de parte das DCNT pode ser avaliada pelas doenças cardiovasculares, responsáveis por 31% do total de óbitos por causas conhecidas (Figura 3). As neoplasias representam a segunda causa de óbitos, com cerca de 15% em 2003. No Brasil, as estimativas para o ano de 2005 apontam que ocorrerão 467.440 casos novos de câncer (INCA, 2005). Segundo projeções do Instituto Nacional do Câncer, os tipos de câncer com maior incidência, à exceção de pele não melanoma, serão os de próstata e pulmão no sexo masculino e mama e colo do útero para o sexo feminino, acompanhando a mesma tendência observada no mundo (INCA, 2005).

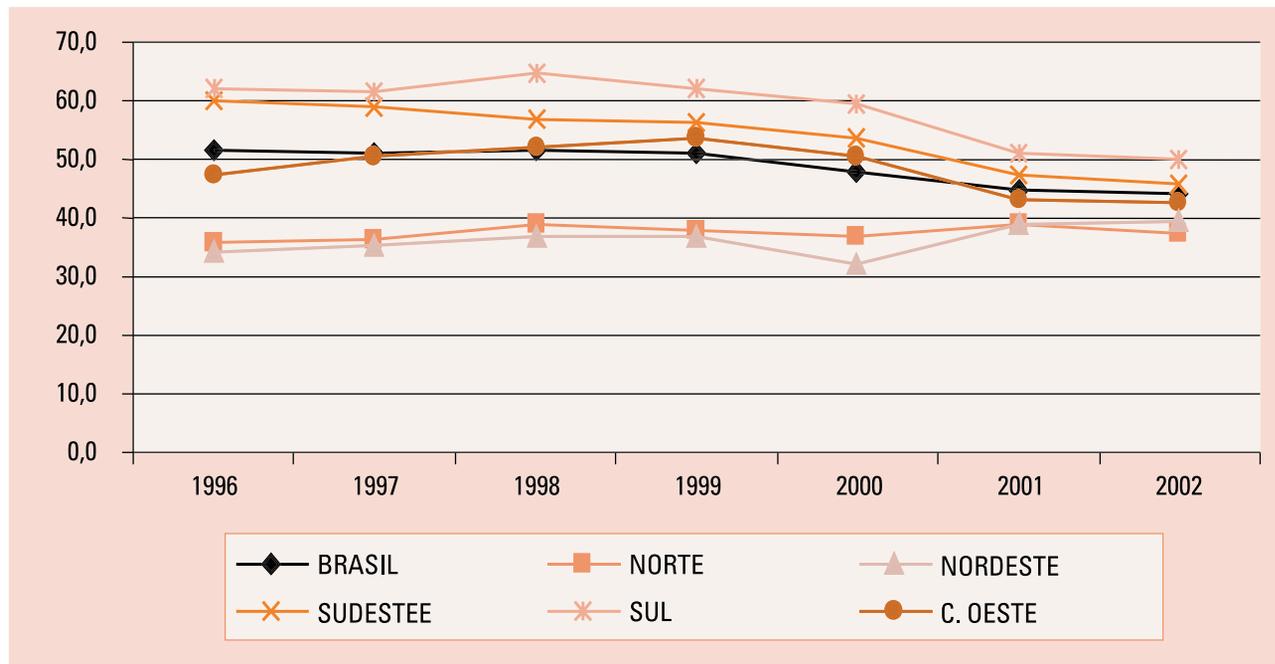
As Figuras 4, 5 e 6 apresentam a evolução das taxas de mortalidade padronizadas (pela população do país em 2000) por Acidente Vascular Cerebral – AVC, por Infarto Agudo do Miocárdio – IAM e pelo Diabetes, respectivamente, no período de 1996 a 2002. No caso do AVC, observa-se declínio lento e gradual das taxas do Brasil e regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste. Na região Nordeste observa-se tendência discreta de aumento das taxas. Para o IAM a taxa para o país manteve-se estável, com diminuição nas regiões Sul e Sudeste e aumento nas regiões Centro Oeste e Nordeste. No caso do diabetes, as taxas de mortalidade estão em ritmo ascendente em todas as regiões e no Brasil.

Figura 3 - Mortalidade Proporcional segundo causas selecionadas- Brasil 2003



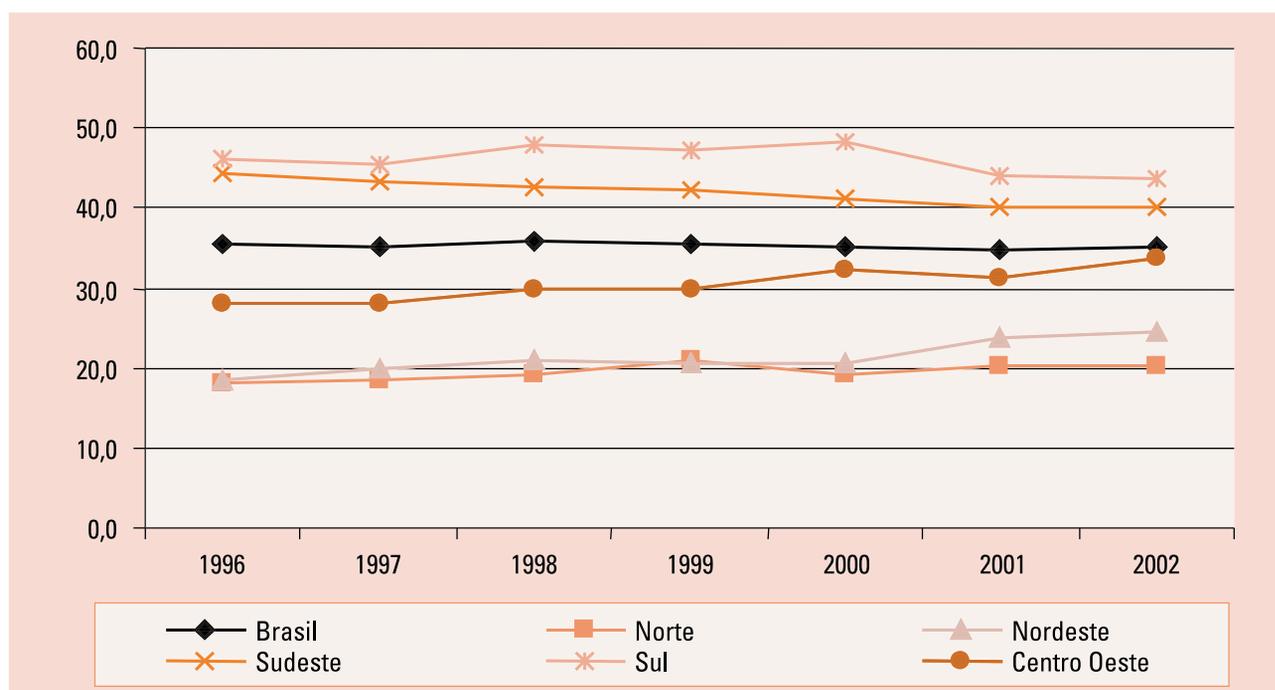
Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade – Ministério da Saúde - 2004

Figura 4 – Taxa (por 100.000) de Mortalidade Padronizada por Acidente Vascular Cerebral, Brasil e regiões, 1996 a 2002



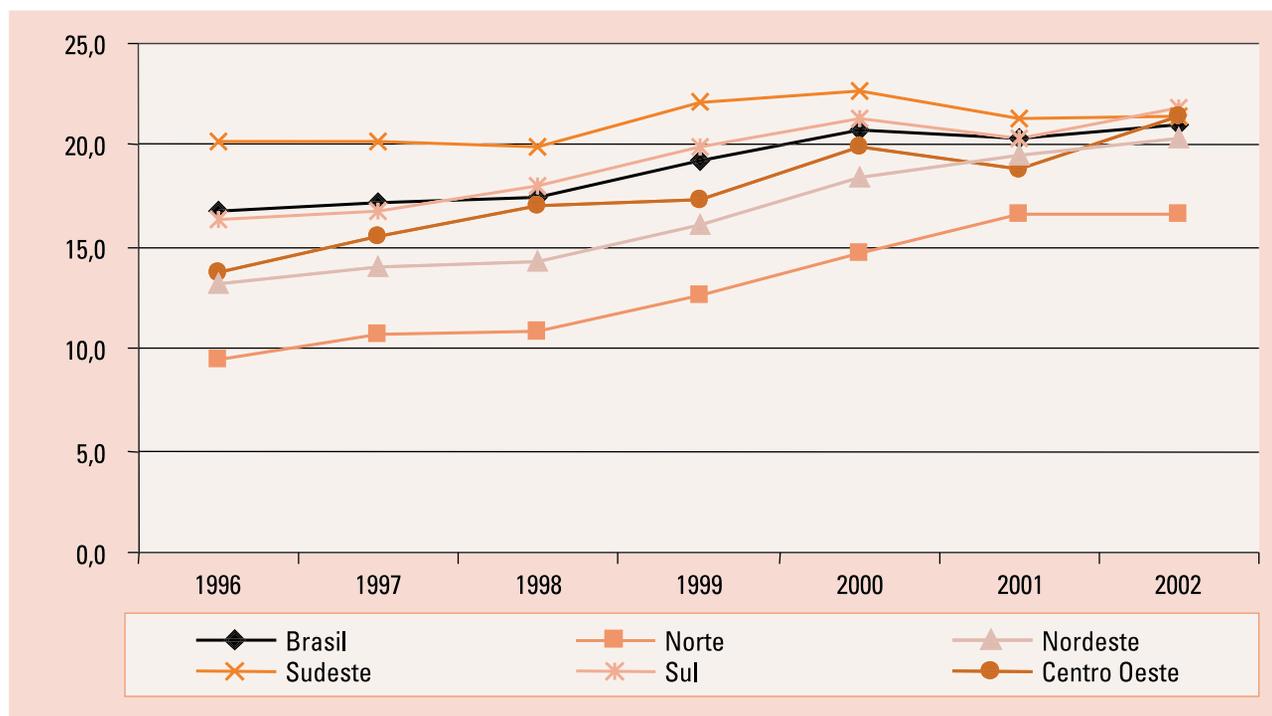
Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade – CGIAE/DASIS/SVS/Ministério da Saúde - 2004

Figura 5 – Taxa (por 100.000) de mortalidade padronizada por Infarto Agudo do Miocárdio, Brasil e Regiões, 1996 a 2002



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade – CGIAE/DASIS/SVS/Ministério da Saúde - 2004

Figura 6 - Taxa (por 100.000) de mortalidade padronizada por Diabetes, Brasil e Regiões, 1996 a 2002



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade – CGIAE/DASIS/SVS/Ministério da Saúde - 2004

A carga das DCNT no Brasil

No ano de 2002, o Ministério da Saúde financiou a elaboração do primeiro estudo de carga de doença, com o objetivo de obter um retrato mais preciso do peso decorrente das doenças mais prevalentes no país. A Tabela 1 mostra os resultados gerais desse estudo, onde as doenças não transmissíveis são responsáveis pelas maiores proporções de anos de vida perdidos por morte prematura (YLL – Years of Life Lost), por anos de vida vividos com incapacidade (YLD – Years Lived with Disability) e anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY – Disability Adjusted Life of Years) (SCHRAMM, et al, 2004).

Tabela 1 – Distribuição Proporcional de YLL, YLD e DALY, em ambos os sexos, Brasil, 1998

	YLL	YLD	DALY
D. Infeciosas/parasitárias, maternas, perinatais e nutricionais	26,0%	19,8%	23,5%
Doenças não-transmissíveis	59,0%	74,7%	66,3%
Causas externas não-intencionais e intencionais	15,0%	55,0%	10,2%

Fonte: Schramm et al - Estudo de Carga de Doença no Brasil, ENSP/FIOCRUZ – 1998

OBS: (YLL – Years of Life Lost), por anos de vida vividos com incapacidade; (YLD – Years Lived with Disability) e anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY – Disability Adjusted Life of Years)

Os custos das DCNT

Por serem doenças em geral de longa duração, as DCNT estão entre as doenças que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde. Os gastos decorrentes dessa demanda são denominados custos diretos. A Tabela 1 apresenta estimativas destes custos no SUS. Dos chamados custos indiretos, decorrentes do absenteísmo, aposentadorias precoces e perda de produtividade, o Brasil não dispõe de estudos que possam quantificá-los.

Tabela 2 – Estimativas de gastos do SUS com DCNT - 2002

Gastos SUS	R\$	%	R\$/hab
Estimativas Gastos Ambulatoriais	3.824.175.399,40	35,0	22,2
Gastos Internações	3.738.515.448,92	34,2	21,7
Total Gastos DCNT	7.562.690.848,32	69,1	44,0
Total de Gastos Ambulatoriais e Hospitalares	10.938.741.553,89	100,0	63,6

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

Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA-SUS / MS

2.2.3. Prevalência dos Fatores de Risco

O conhecimento da prevalência dos fatores de risco para DCNT, principalmente os de natureza comportamental (dieta, sedentarismo, dependência química - tabaco, álcool e outras drogas) é fundamental, pois são sobre eles que as ações preventivas podem ser custo efetivas, foi um dos motivos principais para a estruturação do Sistema de Vigilância de DCNT no país. No ano 2000, o antigo Centro Nacional de

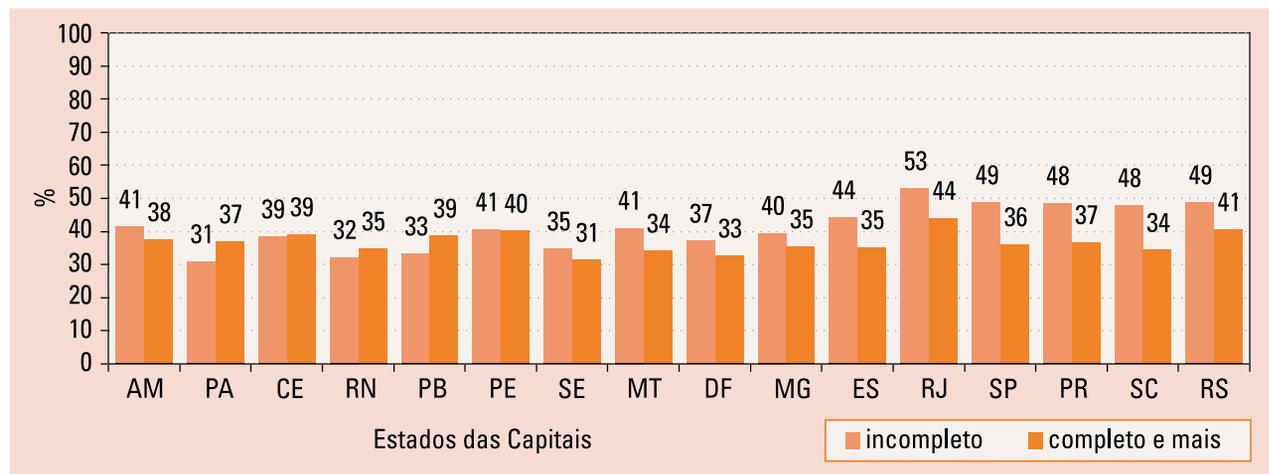
Epidemiologia, sucedido pela Secretaria de Vigilância em Saúde, iniciou, em parceria com o Instituto Nacional do Câncer - INCA, o planejamento de inquérito nacional para fatores de risco de DCNT, que veio a ser concluído em 2004, com a publicação de seus resultados (BRASIL, 2004). O inquérito abrangeu 16 das 27 capitais de estados, de todas as regiões do país, com a seguinte distribuição: Região Norte: Manaus e Belém; Região Nordeste: Fortaleza, Natal, João Pessoa, Recife, Aracaju; Região Sudeste: Vitória, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e São Paulo; Região Sul: Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre; Região Centro Oeste: Campo Grande e Brasília. Foram entrevistadas 23.457 pessoas maiores de 15 anos e mais anos de idade. O processo de mobilização e participação em sua execução motivou equipes de diversos estados a se engajarem na estruturação da Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis nos estados.

As figuras apresentadas a seguir mostram as prevalências percentuais encontradas para alguns dos fatores de risco pesquisados. Os resultados estão apresentados por cidade, sempre apresentados segundo o nível de escolaridade, que foi dividido em 2 categorias: ensino fundamental (até 8 anos de estudo) incompleto e ensino fundamental completo ou mais anos de escolaridade. Optou-se pela variável escolaridade porque além de espelhar o nível educacional, ela está diretamente associada à renda, tornando-se portanto uma medida indireta da prevalência nos extratos sociais de menor renda.

Excesso de Peso

A Figura 7 mostra a prevalência de excesso de peso ($IMC > 25 \text{ Kg/m}^2$), a partir das medidas de peso e altura relatadas pelos entrevistados. Nas capitais das regiões Sudeste (Belo Horizonte, Vitória, Rio de Janeiro e São Paulo) Sul (Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre) e Centro Oeste (Campo Grande e Distrito Federal), Nordeste (Recife e Aracaju) e Norte (Manaus) observou-se maior prevalência no grupo de menor escolaridade. Em Belém (Norte), Natal e João Pessoa (Nordeste), ao contrário, a maior prevalência de excesso de peso foi encontrada na população de maior escolaridade. Apenas em Fortaleza as prevalências foram iguais entre os dois grupos.

Figura 7 – Prevalência de excesso de peso na população de estudo de 15 anos ou mais, por escolaridade, em 15 capitais brasileiras e DF, em anos recentes (2002 ou 2003)



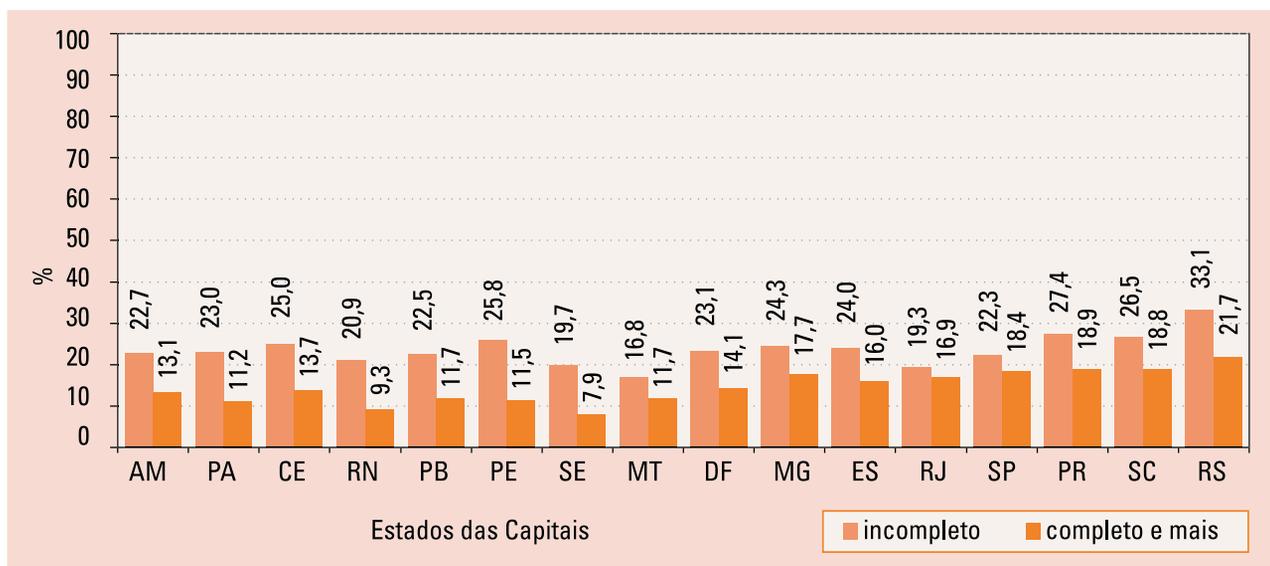
Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Ministério da Saúde, 2003.

O Consumo de Tabaco

As figuras 8 e 9 mostram respectivamente, as prevalências de tabagismo por sexo e por nível de escolaridade. O tabagismo é mais freqüente entre os homens entre todas as capitais, sendo a menor proporção encontrada para os homens em Aracaju (16,9%), da região Nordeste e a maior em Porto Alegre (28,1%) da região Sul. Para as mulheres, a menor e a maior prevalência de fumantes foram encontradas também nessas mesmas capitais: em Aracajú (10 %) e Porto Alegre (22,9%).

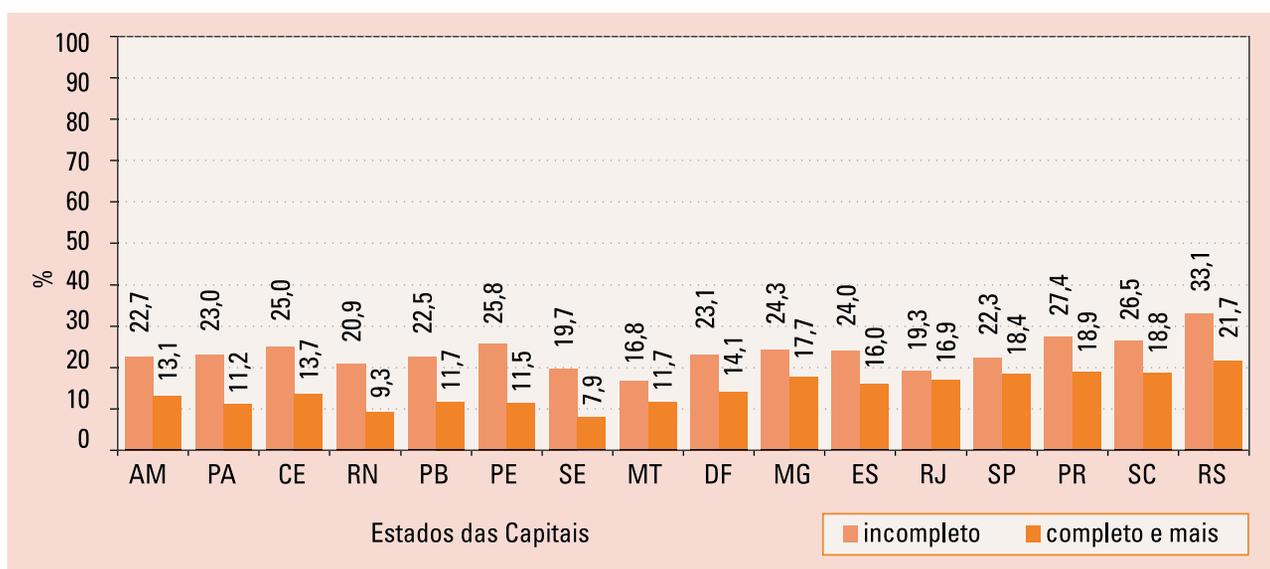
Em relação à escolaridade, a proporção de fumantes sempre foi maior entre os grupos com menor escolaridade (ensino fundamental incompleto) em todas as capitais. A razão de prevalências entre indivíduos com menor e maior escolaridade é da ordem de 2, ou seja, há cerca de dois fumantes com baixa escolaridade para um fumante com maior escolaridade.

Figura 8 – Prevalência de fumantes (cigarros) na população de 15 anos ou mais, por sexo, em 15 capitais brasileiras e DF, em anos recentes (2002 ou 2003)



Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Ministério da Saúde, 2003.

Figura 9 – Percentual de fumantes (cigarros) na população de 15 anos ou mais, por escolaridade, em 15 capitais brasileiras e DF, em anos recentes (2002 ou 2003)

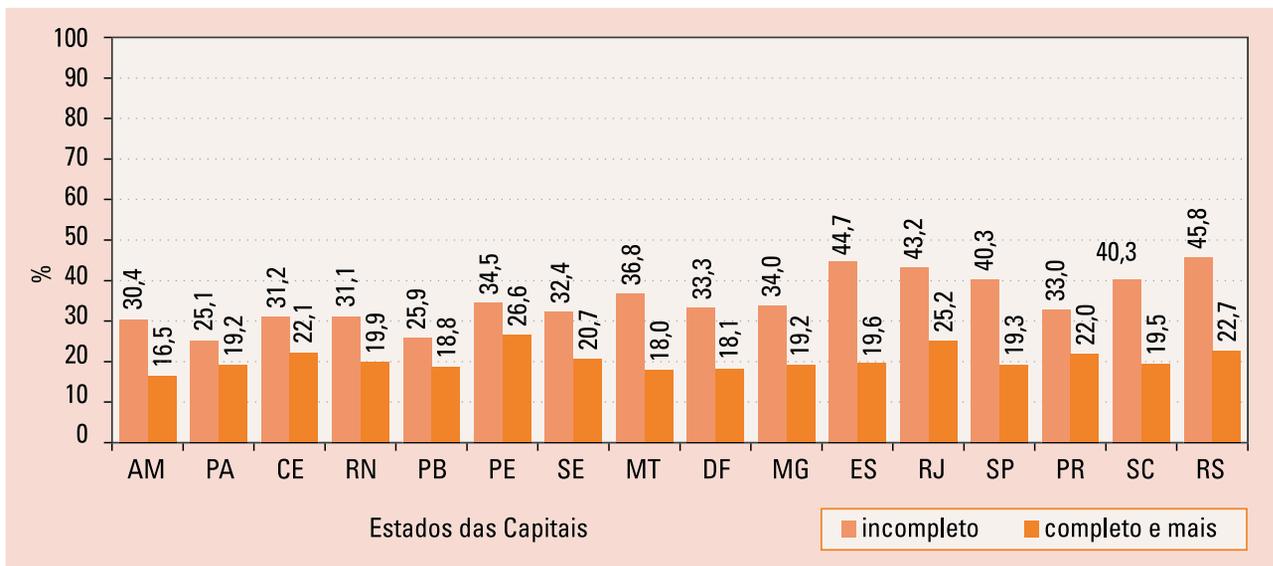


Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Ministério da Saúde, 2003.

Prevalência auto-referida de Hipertensão Arterial e Diabetes

As Figuras 10 e 11 apresentam respectivamente, os resultados encontrados para a prevalência de hipertensão arterial e diabetes, a partir de informação auto relatada pelos entrevistados. Em todas as cidades a proporção de indivíduos que declararam serem portadores de hipertensão é maior entre aqueles de menor escolaridade, variando entre 20% em Belém e 42% em Porto Alegre.

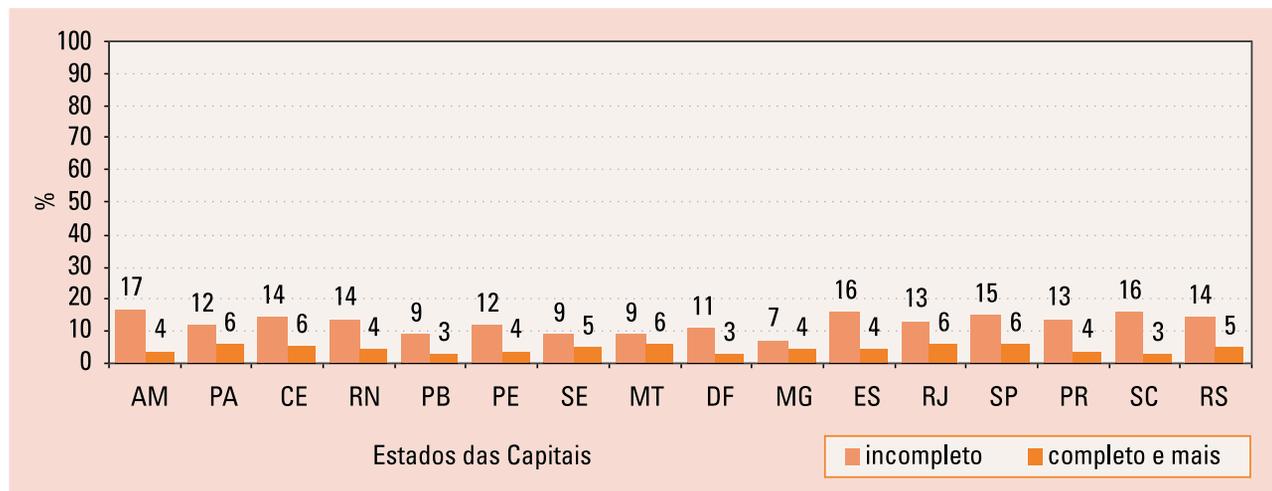
Figura 10 – Percentual de indivíduos que referiram ter diagnóstico clínico de hipertensão, na população de 25 anos ou mais, segundo escolaridade, em 15 capitais brasileiras e DF, em anos recentes (2002 ou 2003)



Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Ministério da Saúde, 2003.

No caso do diabetes a situação se repete, sendo significativamente maior o percentual de indivíduos que relataram serem portadores de diabetes entre aqueles de menor escolaridade (Figura 11).

Figura 11 – Percentual de indivíduos que referiram ter diagnóstico clínico de diabetes, na população de estudo de 25 anos ou mais, por escolaridade, por capitais, em anos recentes (2002 ou 2003)



Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Ministério da Saúde, 2003.

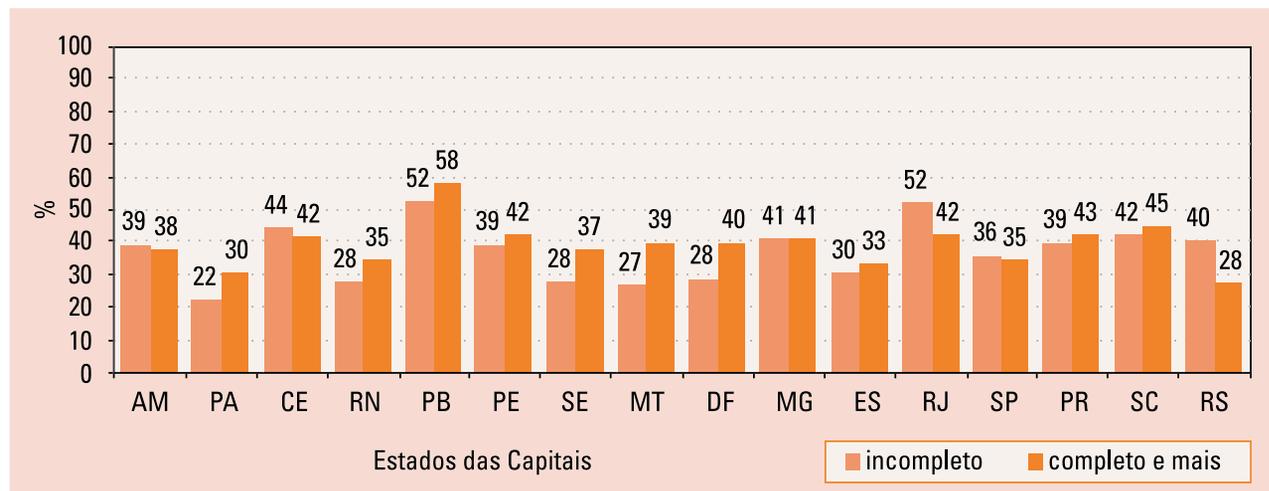
Sedentarismo

O instrumento utilizado para determinar a prevalência de inatividade física leva em consideração as atividades físicas realizadas no momento de lazer, na ocupação, como meio de locomoção e no trabalho doméstico.

A prevalência de inatividade física¹ está apresentada na Figura 12, segundo grau de escolaridade. Não se observa um padrão uniforme para a prática de atividade física nas capitais estudadas, em relação à escolaridade. A capital com maior prevalência de inatividade física foi João Pessoa, seguida do Rio de Janeiro.

¹ Os percentuais referem-se aos indivíduos considerados insuficientemente ativos, que são a somatória dos irregularmente ativos (A - os que atingem pelo menos um dos critérios da recomendação: (a) Frequência: 5 dias na semana ou (b) Duração: 150 minutos por semana; e B - aqueles que não atingiram nenhum dos critérios da recomendação (frequência ou duração)) e dos sedentários (Indivíduos que não realizam atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos por semana). Segundo a metodologia adotada nesta pesquisa, estes dois grupos em conjunto formam o grupo dos insuficientemente ativos.

Figura 12 – Percentual de indivíduos insuficientemente ativos, na população de estudo de 15 a 69 anos, por escolaridade, em 15 capitais brasileiras e DF, em anos recentes (2002 ou 2003)



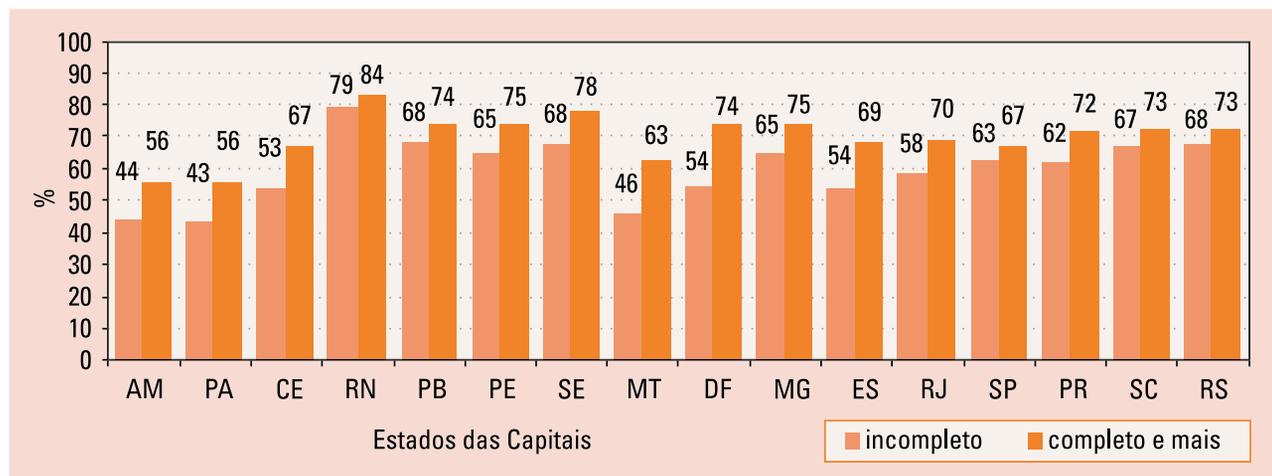
Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Ministério da Saúde, 2003.

Dieta

Em relação à dieta, o inquérito pesquisou os tipos de alimentos consumidos, por meio de perguntas validadas em outros inquéritos já realizados no Brasil por instituições acadêmicas ou por outros países e adaptadas à realidade brasileira.

A figura 13 mostra a prevalência do consumo de frutas, verduras e legumes, tendo como ponto de corte o consumo em 5 vezes ou mais em uma semana. O que se verifica em todas as regiões é que o consumo de frutas, verduras e legumes é sempre inferior entre as pessoas de menor escolaridade. As capitais com menor consumo foram as da região Norte – Manaus e Belém (44% e 43% entre aqueles com < 8 anos de estudo (ensino fundamental incompleto)). As capitais que apresentaram o maior consumo na população com < 8 anos de estudo foram Natal (79%), João Pessoa (68%), Aracaju (68%) e Porto Alegre (68%).

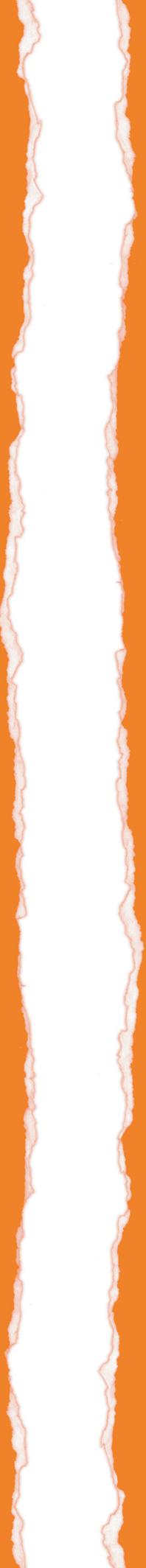
Figura 13 – Percentual de indivíduos que consomem frutas, legumes ou verduras cinco vezes ou mais por semana, na população de estudo de 15 anos ou mais, por escolaridade, em 15 capitais brasileiras e DF, em anos recentes (2002 ou 2003)



Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Ministério da Saúde, 2003.

Além do consumo de frutas, verduras e legumes, o inquérito pesquisou o consumo de gorduras animais, selecionando 3 tipos de alimentos de origem animal ricos em gorduras que, culturalmente, são consumidos entre os brasileiros: gordura visível da carne; frango com pele e consumo de leite integral.

Os resultados das prevalências dos fatores de risco encontradas nesse inquérito mostram, de forma geral, que os comportamentos de risco para DNT estão associados positivamente aos indivíduos de menor escolaridade que, no Brasil, conforme afirmado anteriormente, é uma variável diretamente associada a baixa renda (pobreza). Em relação aos chamados fatores protetores, como o consumo de frutas, verduras e legumes, ocorre o inverso, onde o maior consumo de legumes, verduras e frutas está associado aos indivíduos de maior escolaridade.



A vigilância
de DCNT

3 A vigilância de DCNT

A partir do ano 2000, o Ministério da Saúde, por meio do Centro Nacional de Epidemiologia, transformado na Secretaria de Vigilância à Saúde em 2003, desencadeou ações no sentido da estruturação e operacionalização de um Sistema Nacional de Vigilância específico para as doenças não transmissíveis.

Já existiam iniciativas de vigilância para essas doenças em alguns estados. Também no Ministério da Saúde, o Instituto Nacional do Câncer já executava ações de vigilância, controle e prevenção do Câncer, centrado principalmente em sistemas de Registros de Câncer para estimativas de morbidade e em programas específicos. Entre esses destacamos o Programa de Controle do Tabagismo e programas para neoplasias passíveis de prevenção por diagnóstico precoces (câncer de colo uterino e de mama). Estas iniciativas estão sendo integradas progressivamente ao Sistema de Vigilância ora em estruturação e coordenado pela Secretaria de Vigilância à Saúde.

O Sistema Nacional de Vigilância de DCNT está sendo estruturado, por meio de um processo de capacitação das equipes de estados e municípios, com o estabelecimento de atividades, de problemas, definição de indicadores para monitoramento e de metodologias apropriadas às realidades regionais e locais.

A realização do III Fórum Global da OMS para Prevenção e Controle de DCNT na cidade do Rio de Janeiro em novembro de 2003, potencializou o processo de sua construção. Esse evento foi importante, tanto pela sensibilização quanto pela oportunidade de capacitação técnica para os gestores de vigilância das Secretarias Estaduais de Saúde, que tiveram oportunidade de participar.

No Plano Nacional da Saúde - Um Pacto pela Saúde no Brasil, da atual gestão do Ministério da Saúde se definiu que: O incremento das iniciativas intersetoriais de prevenção e controle das principais DCNT constitui uma prioridade. Um dos alicerces da atuação nesse contexto consistirá na vigilância integrada dos principais fatores de risco modificáveis e comuns à maioria das doenças crônicas, quais sejam o tabagismo, a alimentação não saudável e a inatividade física (Brasil 2004b).

No ano de 2004 foram realizados 3 Fóruns Regionais de Vigilância de DANT (Regiões Norte e Centro Oeste; Nordeste; Sudeste e Sul), em que participaram técnicos de vigilância epidemiológica de todas as Secretarias Estaduais de Saúde e de Secretarias Municipais de Saúde de Capitais. Nesses fóruns

foram debatidos os principais temas da área, avanços obtidos, dificuldades e desafios para implementação da vigilância. Foram também pactuados um conjunto de indicadores (Quadro 1) e metodologias de monitoramento para estados e municípios de capitais do país.

Quadro 1 – Grupos de Indicadores pactuados para vigilância de DCNT

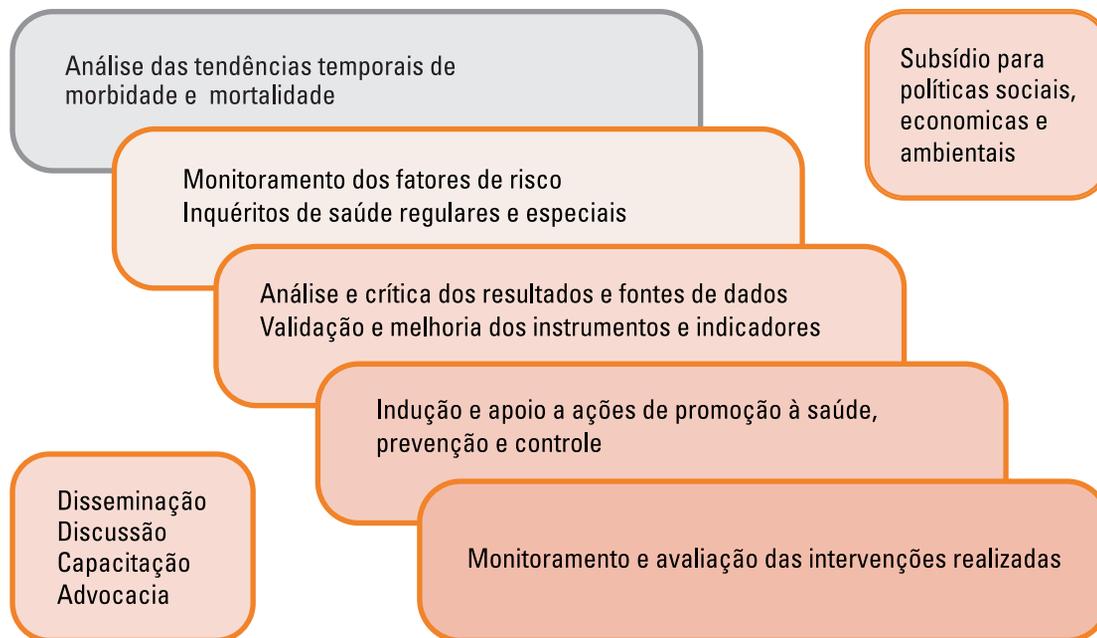
Mortalidade	Morbidade
Mortalidade Proporcional por DCNT	Proporções de internações por DCNT
Taxas de Mortalidade por DCNT	Taxas de internações SUS / habitante (10.000) por DCNT
Taxas de mortalidade por causas específicas (AVC, IAM, Diabetes, DPOC)	Proporções de internações por causas específicas (AVC, IAM, Diabetes, DPOC)
	Taxas de internações por eventos específicos

3.1. A estruturação da Vigilância das DNT

A estruturação da vigilância, controle e prevenção de DCNT no Brasil insere-se no contexto definido pelo Ministério da Saúde de implementar ações de intervenção em DCNT, resultando em investimentos financeiros em capacitação de recursos humanos, em equipamentos de informática e pesquisa epidemiológica contratadas junto a centros colaboradores.

Para a vigilância, a Coordenação Nacional de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis procurou estabelecer uma estratégia sustentável centrada nas seguintes ações: i) Monitoramento das doenças; ii) Vigilância integrada dos Fatores de Risco e; iii) Indução de ações de prevenção e controle e de promoção à saúde; iv) Monitoramento e avaliação das intervenções. A Figura 14 sintetiza a estratégia para a Vigilância de DCNT no Brasil.

Figura 14 - Estratégia para vigilância de DCNT - Brasil



Fonte: Barreto (2004)

A estruturação da vigilância de DCNT implica em:

- Equipe técnica mínima composta de pessoas capacitadas em vigilância de DCNT, que seja estável, visto que vigilância de DCNT pressupõem acompanhamento por tempo prolongado;
- Acesso garantido aos bancos de dados de mortalidade e morbidade e outros disponíveis que subsidiem a vigilância;
- Proposta de monitoramento das principais DCNT, com indicadores definidos;
- Proposta de vigilância de Fatores de Risco estruturada;
- Proposta de vigilância da utilização dos serviços de saúde, mostrando os impactos nos custos diretos (ao sistema de saúde) e indiretos (sociais e econômicos para a sociedade) da epidemia de DCNT;
- Agenda de trabalho estratégico para as atividades de sensibilização e defesa (advocacy) intra e extra setorial, enfatizando para a necessidade de priorização das ações de prevenção de DCNT e promoção de saúde, demonstrando que esse é um investimento vital.

3.1.1. Monitoramento das doenças

Monitorar de forma contínua a morbimortalidade das DCNT, é uma atividade fundamental do sistema de vigilância. Ela deve ser executada em todos os níveis gestores do sistema, do município ao nacional. A partir dos indicadores pactuados nos Fóruns Regionais de 2004, cada estado deverá produzir um relatório anual com a descrição e análise das respectivas taxas de mortalidade e de morbidade para DCNT.

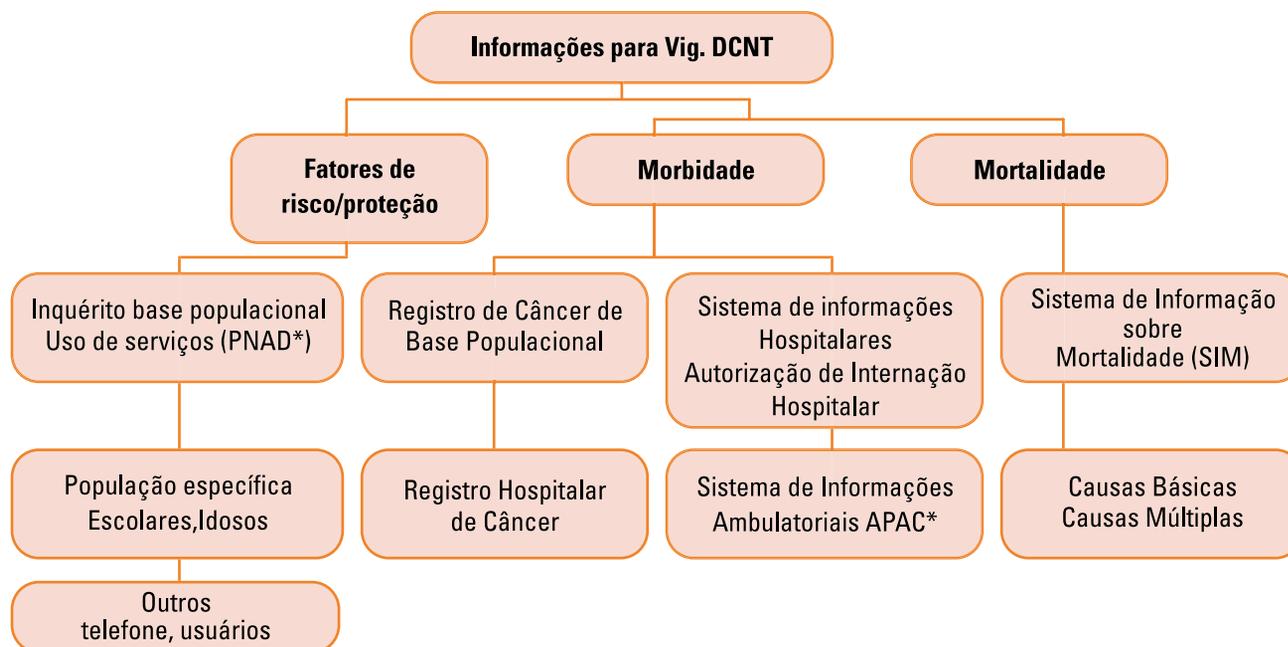
Como fontes de dados para vigilância da mortalidade o país dispõem de um Sistema de Informação de Mortalidade - SIM consolidado, descentralizado, que possibilita que todos os municípios tenham condições de acessar os bancos de dados e calcular as taxas de mortalidade.

Para estudo da morbidade, não existe e nem se considera que tenha factibilidade um sistema de registros de casos de DCNT que permitisse a obtenção dos casos existentes dessas doenças. Entretanto, o SUS dispõe de sistemas administrativos que gerenciam diversas modalidades assistenciais, onde é possível a obtenção de informações sobre as doenças que motivaram a procura pelo serviço. Entre esses, o mais importante é o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) que gerencia as internações realizadas em toda a sua rede hospitalar, e que corresponde a aproximadamente 80% do movimento hospitalar do país. Mesmo não abrangendo a totalidade das internações, os dados desse sistema permitem, de forma indireta, conhecer o comportamento temporal da ocorrência das DCNT no país. Um outro sistema, denominado Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC, registra a realização de procedimentos ambulatoriais de diagnóstico e terapias de alta complexidade, onde também são registradas as causas de doenças que motivaram a procura dos serviços. O país dispõe ainda dos Registros de Câncer de Base Populacional – RCBP que estão implantados em 19 cidades e Registros Hospitalares de Câncer, coordenados pelo Instituto Nacional do Câncer, que produzem informações sobre a ocorrência de casos dessas doenças e subsidia a produção de estimativas futuras de incidência de câncer.

Essas fontes de informações possibilitam o monitoramento continuado da ocorrência da DCNT, de tal forma que os responsáveis pela vigilância podem prover os tomadores de decisão de subsídios para elaboração de programas de prevenção. Além disso ampliam suas capacidades de advogarem em defesa das ações de prevenção dessas doenças e de promoção da saúde.

Além desses sistemas já citados, pesquisas de natureza populacional, como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, possibilitam a obtenção de outras informações importantes para a vigilância, como as doenças auto-referidas, acesso a serviços, satisfação quanto ao uso dos serviços, planos de saúde, dentre outros. A Figura 15 resume as principais fontes de informações para a vigilância de DCNT, disponíveis no país.

Figura 15 – Diagrama dos Sistemas de Informações para DCNT no Brasil



* PNAD: Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios

APAC: Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

3.1.2. Vigilância dos Fatores de Risco

Essa é a atividade principal a ser implementada e sustentada pelo sistema de vigilância. Por meio de inquéritos de saúde de diversos formatos, o Brasil vem constituindo bases de dados que permitirão o monitoramento contínuo dos Fatores de Risco para DCNT. A proposta que o Brasil está implementando combina grandes inquéritos de fatores de risco de abrangência nacional, com inquéritos locais, em municípios, que possam apreender sobre a diversidade de realidades locais de nosso país. Também estão sendo realizados inquéritos com metodologias mais simples e mais rápidas, aplicados em grupos particularmente vulneráveis, como escolares e idosos, a fim de orientar ou reorientar políticas específicas de redução de fatores de risco nesses grupos. O inquérito para fatores de risco realizado entre 2002 e 2003 constituiu a linha de base estabelecida para o monitoramento dos fatores de risco e está previsto de ser realizado a cada 5 anos.

No momento atual, encontra-se em fase de planejamento, a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar – PENSE, essa pesquisa investigará na população escolar fatores de risco e de proteção à saúde na população adolescente, tendo por base a população da faixa etária de 13 a 15 anos, matriculada na 7ª série do ensino fundamental. A amostra abrangerá escolas públicas e privadas das 27 capitais, estando estimada em 72.000

alunos. Será utilizado um questionário de auto aplicado, que contem os seguintes módulos temáticos: características sócio demográficas, alimentação, atividade física, tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, imagem corporal, saúde bucal, comportamento sexual, violências e rede de proteção e medidas antropométricas. Em paralelo será realizada uma avaliação das cantinas escolares das escolas amostradas. Essa pesquisa será o primeiro produto de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, para o estabelecimento de programas para prevenção de DCNT e promoção da saúde no ambiente escolar. Por se tratar de um grupo populacional reconhecido pela sua vulnerabilidade e onde as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde representam um investimento vital, propõem-se que ele seja repetido a cada 2 anos, possibilitando avaliar a amplitude e o impacto dessas ações.

Além desses inquéritos específicos, o país tem ampliado sobremaneira as pesquisas epidemiológicas nos ambientes acadêmicos. O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância tem financiado Centros Colaboradores para desenvolvimento de estudos e tecnologias de suporte à vigilância e prevenção de DCNT.

Ainda no campo da investigação de fatores de risco, está em andamento no Brasil experiência de pesquisa das prevalências de fatores de risco, por meio de entrevistas telefônicas. Essa experiência foi elaborada e conduzida por uma instituição de pesquisa acadêmica (Núcleo de Pesquisas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo – NUPENS-USP). Essa metodologia de pesquisa está sendo avaliada, no sentido de ser implementada no âmbito do SUS.

3.1.3. Indução de ações de promoção da saúde, prevenção e controle de DCNT

A indução das ações de prevenção de DCNT e promoção da saúde constitui uma das principais atividades da área de vigilância. A partir do monitoramento contínuo da prevalência dos fatores de risco da ocorrência dessas doenças na população e do impacto econômico e social que elas provocam, é possível construir uma forte argumentação sobre a necessidade de se prevenir DCNT. Mostrar informações e argumentar para convencer os legisladores e tomadores de decisão que prevenir DCNT é um investimento extremamente custo efetivo. Além disso, buscar convencer também os outros setores com os quais as DCNT estão relacionadas, principalmente aqueles que são “produtores” de fatores de risco, de que é possível o desenvolvimento de tecnologias produtivas mais saudáveis, principalmente no que se refere à produção de alimentos. O desenvolvimento de parcerias inter-setoriais é outra tarefa de fundamental importância no sentido do manejo dos fatores de risco. No Brasil, para potencializar as ações do Sistema de Vigilância de DCNT nessa direção, recentemente o Ministério da Saúde integrou a esse sistema a coordenação nacional das ações de promoção da saúde. A adesão do Brasil às Diretrizes da Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física tem articulado objetos de ação comuns à vigilância de DCNT e a promoção da saúde. Em 2005 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Promoção da Saúde.

3.1.4. O monitoramento e avaliação das intervenções

Acompanhar o desenvolvimento e avaliar as intervenções propostas é um dos componentes principais das atividades da Vigilância de DCNT. Essas atividades permitem retro-alimentar os programas e projetos no sentido de readequar atividades de prevenção e promoção da saúde.

A partir da proposição da OPAS, o Ministério de Saúde do Canadá está coordenando o Observatório de Políticas de Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis (DCNT), juntamente com Brasil e a Costa Rica. Este projeto tem por objetivo inicial a realização de um estudo de caso para avaliar e comparar formulações de políticas e processos de implementação em três países participantes da rede Carmen (Rede para redução multifatorial de enfermidades não transmissíveis - OPAS/OMS). No Brasil o foco da investigação será um estudo da implementação da Política de Alimentação e Nutrição (PNAN), e das políticas para enfrentamento do tabagismo, hipertensão/diabetes e para vigilância de DCNT. Os estudos desse observatório já estão sendo desenvolvidos, com os primeiros produtos previstos para serem divulgados ainda em 2005.

Ainda nesse campo, como integrante da Rede CARMEN, o Brasil está responsável pela elaboração de um Guia Metodológico para avaliação das ações de vigilância prevenção e controle das DCNT e Iniciativa CARMEN nas Américas, cujo trabalho está em andamento.

3.2. Projetos demonstrativos de vigilância e condução de DCNT

3.2.1. O projeto “Mega-Country”

Desde o início da estruturação do sistema de vigilância de DCNT, o Ministério da Saúde tem estimulado a implementação de modelos demonstrativos de prevenção das DCNT, propostos pelos organismos internacionais de saúde.

Em 2002, foi iniciada a implementação de um projeto de vigilância epidemiológica em um município de pequeno porte, financiado com recursos da OMS e tendo como base metodológica a abordagem Stepwise Approach, adaptada às condições locais. O projeto foi implementado nos três passos preconizados (aplicação de questionário, tomada de medidas físicas e exames laboratoriais para fatores de risco em DCNT). Houve ampla mobilização comunitária, sob coordenação do gestor local de saúde para sensibilização e participação da comunidade. Outra característica muito importante nesse projeto é a sua integração com o Programa de Saúde da Família, que se constitui na estratégia para organização da atenção básica à saúde do SUS. O município escolhido – Quirinópolis, localizado no estado de Goiás – tem toda a população coberta por esse programa, que vem implementando intervenções e ações de

promoção da saúde, cujos impactos serão monitorados no futuro. A Coordenação Nacional de Vigilância de DCNT está acompanhando esse projeto, pois a maioria dos municípios brasileiros são de pequeno porte e poderão aproveitar essa experiência para estruturação de suas vigilâncias locais.

3.2.2. A iniciativa CARMEN

A iniciativa CARMEN (Conjunto de Ações para Redução Multifatorial das Enfermidades Não Transmissíveis) apoiada pela Organização Panamericana de Saúde – OPAS, é baseada na implementação de áreas de demonstração, onde são desenvolvidos projetos para prevenção integrada de fatores de risco para doenças não transmissíveis, com ênfase na participação comunitária e parcerias intersetoriais. A partir de um diagnóstico inicial da prevalência dos fatores de riscos, são desenvolvidos projetos de prevenção e controle de DCNT e promoção da saúde.

Essa a iniciativa vem sendo conduzida em municípios do Brasil desde 1998, com destaque nos municípios de Goiânia, capital do estado de Goiás e na região de Marília, no interior do estado de São Paulo, esses municípios desde então vem conduzindo ações de vigilância de fatores de riscos e intervenções visando a redução da morbidade e da exposição aos fatores de risco.

A large, stylized number '4' in a dark orange color, positioned on the left side of the page. It has a thick, rounded font style with a small circle at the bottom right of its vertical stem.

Estratégias de Intervenção para Redução da Carga das DCNT

4 Estratégias de Intervenção para redução da Carga das DCNT

As intervenções propostas para redução da carga das DCNT no Brasil, estão sendo implementadas há alguns anos pelo Ministério da Saúde. Em documento apresentado ao II Fórum Global para prevenção de DCNT, realizado em 2002 em Xangai, o Brasil já explicitava as ações que vinham sendo colocadas em prática.

Tradicionalmente, essas intervenções são coordenadas, no âmbito nacional, pelas áreas técnicas assistenciais da Secretaria de Vigilância e da Secretaria de Atenção à Saúde. Existe uma contínua articulação entre elas, para aproximar as ações de epidemiologia com as ações de assistência e promoção da saúde. O objetivo principal é superar a fragmentação das ações, colocando a promoção da saúde como eixo integrador e articulador das agendas dos serviços e na formulação de políticas públicas saudáveis.

4.1 - A promoção de saúde

O surgimento no cenário mundial, dos primeiros ensaios de Lalonde, apresentando as bases conceituais que viriam subsidiar as discussões da 1ª. Conferência Mundial pela Promoção da Saúde, coincidem com o reconhecimento de que as DCNT estavam se tornando no principal problema de saúde pública para a maioria dos países do mundo, com tendência crescente, e que os modelos de enfrentamento adotados pelos sistemas de saúde, centrados na atenção médica quase que exclusiva, não tinham perspectivas de equacioná-lo de forma custo efetiva.

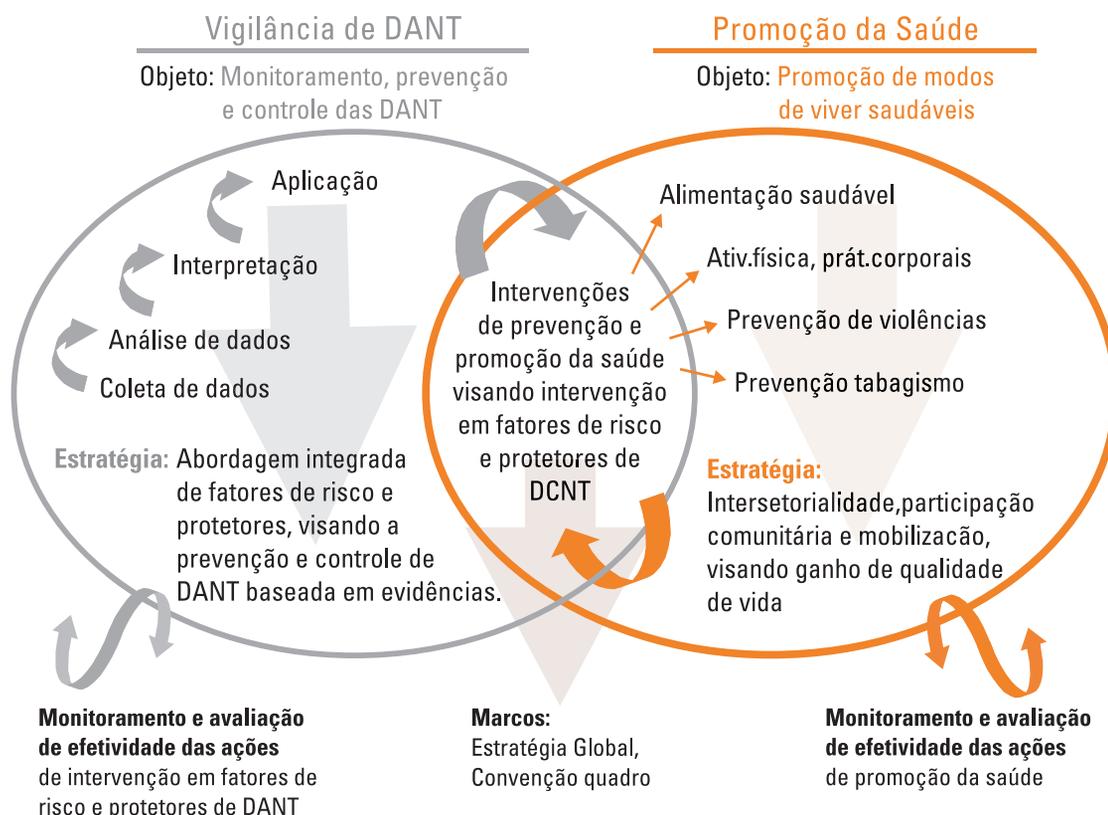
Na conhecida Carta de Ottawa (1986), que sintetizou o resultado das discussões da citada conferência, a promoção da saúde define-se vinculada ao bem-estar físico, mental e social dos sujeitos e coletividades que só pode ser alcançado por meio da capacidade de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e adaptar-se ao meio ambiente. O conceito de saúde amplia-se e torna-se um recurso fundamental para o desenvolvimento social, econômico e subjetivo, saindo do lugar de objetivo para o de recurso para a vida diária.

As ações de promoção à saúde envolvem atuação intersetorial pactuada, visando o desencadeamento de ações articuladas em comunidades e grupos populacionais específicos, com vistas a promover comportamentos e estilos de vida saudáveis. A Figura 16 mostra a articulação entre a promoção da saúde e Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), suas interfaces, articulações e parcerias. A vigilância em DCNT deverá, portanto, trabalhar tanto no âmbito interno do setor de saúde defendendo a prevenção de DCNT e a promoção da saúde, quanto no âmbito externo, estabelecendo parcerias com setores da administração pública (educação, meio ambiente, agricultura, trabalho, indústria e comércio, entre outros), empresas e organizações não-governamentais com o objetivo de induzir mudanças sociais, econômicas e ambientais que favoreçam a redução dessas doenças.

Assim, o conjunto das ações propostas tem como princípios norteadores a redução das desigualdades regionais e locais de acesso aos ambientes, práticas e oportunidades de viver saudáveis e a promoção da autonomia de sujeitos e coletividades na conquista do direito à saúde e à qualidade de vida. Nesse sentido, as estratégias e ações sintonizadas à iniciativa do Projeto “Pratique Saúde” deverão identificar e enfrentar de seu planejamento a sua avaliação as desigualdades, sejam elas de renda, geração (ciclos de vida), etnia, geografia, cultura, condições físicas ou mentais, entre outras.

O Ministério da Saúde estabeleceu, diante da complexidade do problema, como uma de suas prioridades para o ano de 2005, a implementação de políticas promotoras de modos de viver saudáveis, enfatizando as diretrizes da Estratégia Global de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (EG) proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a prevenção do tabagismo. Esta prioridade está expressa na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Figura 16 - Articulação entre a promoção da saúde e Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT)



Fonte: Duarte (2005)

4.1.1. Política Nacional Promoção da Saúde

O primeiro movimento para garantir uma maior institucionalidade da promoção da saúde no Ministério da Saúde realizou-se em 1999 com a formalização de um projeto de cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD: o Projeto “Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção”.

O Projeto deveria operar como instrumento que desenvolvesse um modelo de atenção sob a ótica promocional, visando a elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e, através dela, a disseminação de outro modo de conceber políticas públicas e o fomento da construção de parcerias fora do setor sanitário, ampliando a discussão dos determinantes em saúde. No período subsequente as ações se caracterizaram por um modo de atuação fragmentado na operação do Projeto, adiando a pactuação e a implementação de uma PNPS.

Entre julho de 2003 e dezembro de 2004, sob a coordenação da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, realizou-se o mapeamento das principais iniciativas e experiências de promoção da saúde em curso no país, convocou-se duas oficinas de trabalho para o debate e a construção da PNPS junto às instituições de ensino e pesquisa e aos gestores da saúde, e constituiu-se um Grupo Redator da Política, formado por representantes do Ministério da Saúde, da OPAS, do CONASEMS e de gestores municipais de experiências bem sucedidas em promoção da saúde.

A partir das discussões e dos documentos produzidos em 2003 e 2004, a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), que assumiu a coordenação da PNPS em janeiro de 2005, organizou uma equipe de trabalho e concentrou esforços na confecção de um documento preliminar da PNPS que agregasse uma Agenda Nacional de Promoção da Saúde para 2005/2007.

Nessa direção, foram analisados diversos documentos de políticas do MS e de outros ministérios, bem como o Plano Nacional de Saúde, a fim de consolidar a PNPS como mecanismo de articulação da agenda sanitária sob a égide da integralidade, equidade, intersetorialidade, responsabilidade sanitária e participação social, com vistas à redução da vulnerabilidade e à produção da autonomia de sujeitos e coletividades.

O MS segue apostando que a promoção da saúde deve operar transversalmente, produzindo uma rede de co-responsabilidade pela melhoria da qualidade de vida. Dessa maneira, publicou uma portaria ministerial instituindo o Comitê Gestor da PNPS. O Comitê Gestor, formado por diferentes secretarias e órgãos do MS, tem as seguintes atribuições: consolidar proposta da PNPS e de sua Agenda Nacional; coordenar a sua implantação e a articulação com demais setores governamentais e não-governamentais; incentivar Estados e Municípios a elaborar Planos de Promoção da Saúde; articular e integrar ações de Promoção da Saúde no SUS; monitorar e avaliar as estratégias de implementação da PNPS e seu impacto.

A PNPS objetiva especificamente contribuir para a mudança do modelo de atenção do sistema de maneira a ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde e a construção de uma agenda estratégica integrada, por meio do envolvimento das diversas instâncias gestoras do sistema e dos serviços de saúde e do fortalecimento das seguintes diretrizes: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, sustentabilidade.

Dentre as prioridades da PNPS destacamos a implantação da Estratégia Global (alimentação saudável, atividade física e prevenção do tabagismo), a prevenção das violências (acidentes e desarmamento), os ambientes saudáveis, reorientação dos serviços de saúde, construção dos planos diretores dos municípios e as ações pela cultura da solidariedade e da responsabilidade social.

4.1.2. O engajamento do Brasil na Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física – O Projeto “Pratique Saúde”

A aprovação da Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física na 57ª Assembléia Mundial da Saúde foi extremamente oportuna no sentido de potencializar o trabalho de Vigilância de DCNT e Promoção da Saúde no Brasil. Os argumentos de defesa e as recomendações nela contidas para o enfrentamento da epidemia de DCNT ampliaram a capacidade do Ministério da Saúde defender junto ao Governo Brasileiro a implementação de ações para contê-la.

No projeto “Pratique Saúde”, a promoção da saúde está centrada no compromisso ético de enfrentar as desigualdades de acesso aos modos de viver e aos ambientes favoráveis à saúde através da construção de graus crescentes da autonomia dos indivíduos, famílias e coletividades no auto-cuidado, no cuidado com os ambientes e na produção da saúde.

O objetivo do projeto é criar as condições para o estabelecimento de políticas públicas em todos os setores, que promovam modos de viver mais saudáveis, favorecendo a prática de atividades físicas e de lazer, o acesso a alimentos saudáveis e a redução do consumo de tabaco, visando a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Nesse sentido, diversas ações estão sendo desencadeadas:

- Ações de comunicação social visando estimular a adesão da população a modos de vidas saudáveis.
- Financiamento para áreas que visem à prática de atividade física em diversas cidades.
- Implantação de legislação federal de proibição de fumo em ambientes públicos, com a implementação de “áreas livres de tabaco”.
- Pesquisa Nacional Saúde dos Escolares (Inquérito de Fatores de Risco e Proteção)
- Desenvolvimento do Projeto de alimentação saudável em escolas.

4.1.3. A Política de Alimentação e Nutrição

A Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição – CGPAN, vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, é responsável pela implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN. Esta foi homologada em 1999 pelo Conselho Nacional de Saúde e integra a Política Nacional de Saúde, inserindo-se, ao mesmo tempo, no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional e compõem o conjunto das políticas de governo voltadas para a concretização do direito humano universal à alimentação e nutrição adequadas.

O conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) adotado no Brasil “é a garantia, a todos, de condições de acesso a alimentos básicos de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades básicas como saúde, educação, moradia, trabalho, lazer..., com base em práticas alimentares que contribuem assim, para uma existência digna em um contexto de desenvolvimento integral da pessoa humana” (CONSEA, 2004)

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição tem como propósito a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações inter-setoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos.

Para o alcance desse propósito, foram definidas como diretrizes:

- Estímulo às ações inter-setoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos;
- Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto;
- Monitoramento da situação alimentar e nutricional;
- Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis;
- Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição;
- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Entende-se que a promoção de práticas alimentares saudáveis, que tem início com o incentivo ao aleitamento materno, insere-se no contexto da adoção de estilos de vida saudáveis, sendo um componente importante da promoção da saúde. Torna-se necessário a socialização do conhecimento sobre os alimentos, a prevenção dos problemas nutricionais, da desnutrição à obesidade. Neste enfoque é dada especial atenção para as ações de promoção de práticas alimentares saudáveis no âmbito escolar.

A alimentação saudável pressupõe o enfoque prioritário de resgate de hábitos e práticas alimentares regionais inerentes ao consumo de alimentos locais, minimamente processados, culturalmente referenciados (e respeitados), e de elevado valor nutritivo, bem como de padrões alimentares mais variados, em todas as fases do ciclo de vida, preservadas as dimensões de cor, sabor e acesso. Neste particular, a elaboração da Iniciativa de incentivo ao consumo de Legumes, Verduras e Frutas (também apoiada pela FAO/OMS) vem sendo construída de forma inter-setorial na perspectiva de agregar parceiros necessários para sua implementação e para contribuir para a garantia de acesso a este grupo de alimentos pela população brasileira. Esta iniciativa, além de estimular o consumo de alimentos saudáveis regionais, pode auxiliar na geração de emprego e renda em comunidades com tradição agrícola ou agricultura familiar, no âmbito da Segurança Alimentar e Nutricional.

Ainda no contexto da promoção da alimentação saudável, a Rotulagem Nutricional é um importante instrumento. Inserida nas diretrizes da PNAN, esta ação foi iniciada no Brasil em 2002 e desde 2004 consolidou legislação unificada para os países do Mercosul. A Rotulagem Nutricional é obrigatória para todos os produtos industrializados e embalados e tem como objetivo garantir o direito à informação do cidadão-consumidor e auxiliar na seleção e aquisição de alimentos saudáveis. Através da identificação dos nutrientes e ingredientes utilizados nos alimentos, é fomentada a autonomia decisória dos sujeitos que, devidamente informados, tem a liberdade e o conhecimento necessários para fazer melhores escolhas alimentares. O Ministério da Saúde criou, no ano 2000, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, especializada na regulação e normatização de produtos e serviços de saúde, incluindo a área

de alimentos. A regulamentação da rotulagem nutricional tem apoio do Ministério da Agricultura e de organizações não governamentais de defesa do consumidor.

O Sistema de Informação de Vigilância Nutricional (SISVAN) está em processo de implementação e visa o monitoramento e vigilância dos transtornos nutricionais, tornando-se um instrumento fundamental para garantia do direito à informação na área de alimentação e nutrição. Os dados produzidos pela vigilância podem subsidiar as políticas públicas tanto indicando tendências do quadro alimentar e nutricional da população atendida.

No contexto das prioridades atuais do Governo Federal, em particular do Programa FOME ZERO, a Vigilância Alimentar e Nutricional se propõe a monitorar o estado nutricional da população nas diferentes fases do ciclo de vida.

A proposta de Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade física e Saúde mostra-se, portanto, como uma oportunidade singular para a formulação e implementação de linhas de ação efetivas para reduzir substancialmente as mortes e doenças em todo o mundo, devendo ser considerada parte de um grande esforço em prol da alimentação, atividade física e saúde pública.

4.1.4. O programa de prevenção e controle do tabagismo

Sob a ótica da Promoção da Saúde, o Instituto Nacional de Câncer, órgão do Ministério da Saúde responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer, coordena as ações nacionais do Programa de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer, desenvolvidas em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, entre outros setores sociais. O programa está embasado em ações educativas, legislativas e econômicas.

As ações educativas são essenciais para esse processo e devem anteceder e acompanhar qualquer ação para prevenção do câncer. Essas ações podem ser pontuais como as campanhas de conscientização, e a divulgação de informações pela mídia. As ações educativas continuadas são essenciais para transformar as informações disseminadas, em mudanças de atitudes e de comportamento favoráveis a uma vida mais saudável.

As ações legislativas e econômicas representam as mediações sociais potencializadoras das ações educativas. Cabe aos diferentes setores da sociedade alertar, cobrar, estimular e pressionar as esferas responsáveis pela legislação. O objetivo é o de criar leis que resultem em mudanças políticas, ambientais e econômicas para reforçar as mudanças de comportamento necessárias à redução da incidência e mortalidade do câncer e de outras doenças relacionadas ao tabagismo e outros fatores de risco.

Nesse contexto, destacam-se leis que visam informar aos cidadãos sobre os riscos do tabagismo, protegê-los da exposição à poluição tabagística ambiental e da indução ao consumo pela publicidade. Além disso, são necessárias medidas importantes para dificultar o acesso dos jovens a produtos derivados do tabaco envolvendo, as que resultem em aumento de preços desses produtos, controlem as formas de venda dos mesmos, e, principalmente, a sua venda no mercado ilegal.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo sistematiza quatro grandes grupos de estratégias: o primeiro, voltado para a prevenção da iniciação do tabagismo, tendo como público alvo, crianças e adolescentes; o segundo, envolvendo ações para estimular os fumantes a deixarem de fumar; e um terceiro grupo onde se inserem medidas que visam proteger a saúde dos não fumantes da exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados; e, por fim, medidas que regulam os produtos de tabaco e sua comercialização. Com esses objetivos, o Programa foi delineado visando sistematizar ações educativas e mobilizar ações legislativas e econômicas, de forma a criar um contexto que:

- reduza a aceitação social do tabagismo;
- reduza os estímulos para que os jovens comecem a fumar e os que dificultam os fumantes a deixarem de fumar;
- proteja a população dos riscos da exposição à poluição tabagística ambiental;
- reduza o acesso aos derivados do tabaco;
- aumente o acesso dos fumantes ao apoio para cessação de fumar;
- controle e monitore todos os aspectos relacionados aos produtos de tabaco comercializados, desde seus conteúdos e emissões até as estratégias de comercialização e de divulgação de suas características para o consumidor.

Além disso, para atingir todo o País, o Programa buscou criar uma base geopolítica para que essas ações pudessem acontecer de modo equitativo em todo o território nacional. Atualmente, o Programa conta com uma rede de parcerias governamental e não governamental em âmbito nacional.

O programa “Ambientes de Trabalho Livres do tabaco”, idealizado pelo INCA está sendo implementado em conjunto com os parceiros institucionais do Ministério da Saúde (Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS), envolve um conjunto de ações educativas, normativas e organizacionais que visam estimular mudanças na cultura organizacional que levem à redução do tabagismo entre trabalhadores de indústrias e empresas. Dentre suas atividades estão incluídas a disseminação contínua de informações sobre os riscos do tabagismo e, sobretudo, do tabagismo passivo, a implementação de normas para restringir o fumo nas dependências dos ambientes de trabalho, a sinalização relativa às restrições ao consumo nas dependências e a capacitação de profissionais de saúde ocupacional para apoiar a cessação de fumar de funcionários. No Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto) em 2005, houve o lançamento de Campanha Nacional para promover ambientes livres de tabaco.

Essas ações visam fortalecer o cumprimento da lei 9294/96 que proíbe o fumo em ambientes fechados. Serão desenvolvidas ações de sensibilização e mobilização da população, capacitação de agentes de fiscalização e intensificação das ações de fiscalização, em todas as capitais do país, financiados com recursos da SVS, repassados por meio do teto financeiro da Vigilância aos estados para ações educativas e de capacitação.

O Programa Saber Saúde prevê a inserção no currículo escolar de estratégias para promoção de estilos de vida saudável, incluindo o tabagismo. Visando reforçar o fumar como um comportamento socialmente não aceito, o programa atua junto a professores, alunos e funcionários das escolas. Por intermédio destes, o tema tabagismo é inserido na rotina escolar, onde seus diferentes ângulos (saúde, ecologia, cidadania, histórico, econômico) são abordados em diferentes momentos e nas diversas matérias do currículo escolar. Um dos principais enfoques desse programa é estimular nas crianças e adolescentes uma consciência crítica em relação às manipulações publicitárias que promovem estilos de vida nocivos, entre eles o tabagismo. Nesse universo de ações desenvolvidas na escola, está incluído o Módulo Escolas Livres do Cigarro. Esse módulo envolve um conjunto de ações educativas, normativas e organizacionais que visam estimular mudanças de comportamento relacionadas ao Tabagismo entre professores, alunos e na comunidade que interage com a escola. O programa está em processo de revisão, integrado à PNPS.

O Programa Cessação de Fumar envolve ações sistemáticas e específicas, visando aumentar o acesso do fumante aos métodos eficazes para cessação de fumar, e assim atender a uma crescente demanda de fumantes que buscam algum tipo de apoio para esse fim.

Esse programa envolve diversas ações:

- Divulgação de métodos eficazes para a cessação de fumar (campanhas, mídia, serviço gratuito de telefonia; internet)
- Capacitação de profissionais de saúde para apoio a cessação de fumar: Módulo Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar (Abordagem Mínima – carga horária de 4 horas; Abordagem Intensiva ou Formal – carga horária de 20 horas)
- Inserção do atendimento para cessação de fumar na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) – Portaria 1575/2002 do Ministério da Saúde
- Implantação de ambulatórios para tratamento do fumante na rede SUS, inclusive com fornecimento de medicamentos.
- Articulação com outros Programas como o Programa de Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde.

A Ratificação da Convenção Quadro para Controle do Tabaco

Ao assumir o Programa Nacional para controle do Tabagismo, o governo Brasileiro referendou seu compromisso com a saúde e o bem-estar de seu povo e o desenvolvimento sustentável. Esse programa tem sido considerado um dos mais avançados do mundo.

A legislação Brasileira para controle do tabagismo também é uma das mais avançadas, o que traduz o grande compromisso dos nossos legisladores para com a sociedade brasileira. Nesse sentido, a maior parte das propostas da Convenção já é cumprida pelo Brasil. Essas ações tem impactado positivamente sobre o consumo de cigarros.

Entretanto, o Brasil está entre os países maiores produtores e exportadores de Tabaco do mundo, estando presente aqui as principais companhias transnacionais produtoras de cigarros.

Nesse momento o Ministério da Saúde lidera um grande movimento de defesa da ratificação da Convenção Quadro pelo Congresso Nacional. O embate com a indústria do tabaco está cada vez mais difícil, pois essas atuam muito forte junto aos legisladores para impedir a ratificação. O Ministério da Saúde tem construído uma forte argumentação no sentido de sensibilizar e convencer a sociedade e os legisladores da necessidade de ratificação e ao mesmo tempo propondo alternativas aos produtores rurais de tabaco para substituírem suas atividades produtivas.

4.1.5. O programa Viva Mulher

O programa “Viva Mulher” foi concebido no ano de 1996, como estratégia nacional para controle do câncer de colo uterino e de mama e sua implantação teve início no primeiro semestre de 1997.

No que se refere ao controle do câncer do colo de útero, as ações envolvem a detecção precoce da doença por meio do exame citopatológico (papanicolaou); a garantia do tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos e o monitoramento da qualidade do atendimento à mulher, nas diferentes etapas do programa.

O programa foi estruturado em 3 fases: projeto piloto; fase de intensificação e fase de consolidação. O projeto piloto foi implantado a partir do primeiro semestre de 1997 em 6 localidades brasileiras: Curitiba (janeiro de 1997), Brasília, Recife e Rio de Janeiro (março de 1997), Belém (abril 1997) e Sergipe (janeiro 1998). Ele forneceu as bases técnicas para as outras fases subseqüentes, tais como a necessidade de dar ênfase a faixa etária de 35 a 49 anos e a introdução da Cirurgia de Alta Frequência (CAF) com a metodologia “ver e tratar”. Em agosto de 1998 foi iniciada a fase de intensificação, para a qual foram convidadas a participar todas as mulheres brasileiras da faixa de risco. Ao mesmo tempo, foi implantado

o Sistema de Informações e Controle do Câncer de Colo do Útero (Siscolo), cuja base de dados fornece informações para avaliação e planejamento dos passos futuros.

A expansão nacional do programa que alcançou mais de 90% dos municípios, mostrou que uma das maiores dificuldades para sua efetividade, era o despreparo dos recursos humanos, do ponto de vista técnico e gerencial. Nos anos de 1999 e 2000, durante a fase de consolidação, foram desencadeadas intensas ações de capacitação em todos os estados.

Avaliação realizada pelo Instituto Nacional do Câncer e pela Área Técnica da Saúde da Mulher no segundo semestre de 2004, apontam que as ações realizadas tiveram pouco impacto na redução da mortalidade por esses cânceres.

Em função disso, esses programas estão sendo atualmente reformulados em suas concepções e propostas de ações.

4.2. A organização da Atenção Básica em saúde – A Estratégia Saúde da Família

A Atenção Básica em Saúde caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações que abrangem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida sob a forma de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade existente nesse território, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. A equipe da atenção básica deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância dessas populações a partir da utilização de tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos).

O Ministério da Saúde prioriza a Saúde da Família como a principal estratégia para a reorganização da Atenção Básica, buscando a integração e a organização das atividades em um território definido, com o propósito de favorecer o enfrentamento dos problemas identificados.

A Atenção Básica atua segundo as diretrizes da integralidade da atenção em saúde, do vínculo e responsabilização, da adstrição da clientela às unidades de saúde, da participação comunitária, da humanização e promoção da saúde. Hoje, a Estratégia está implementada em 4.407 municípios (84,7 %) que dispõem de pelo menos uma equipe de saúde da família, abrangendo cerca de 40% da população do país (71.151.833 habitantes).

Um dos principais desafios para a qualificação da Saúde da Família é a necessidade de avançar na Integralidade e na Resolubilidade da atenção.

4.2.1. O controle da Hipertensão Arterial e do Diabetes

A Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), de alta prevalência cujos fatores de risco e complicações representam hoje a maior carga de doenças em todo o mundo.

São responsáveis pelas maiores taxas de morbimortalidade da população brasileira e de todo o mundo, gerando sofrimento pessoal e familiar, com alto custo financeiro e social. Dentre as doenças cardiovasculares, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a Doença Coronariana Aguda (DCA), são responsáveis 65% dos óbitos na população adulta; 40% das aposentadorias precoces segundo o Instituto de Seguridade Social e por 14% das internações na faixa etária de 30-69 anos (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Atenção Integral a Hipertensão Arterial e ao Diabetes objetiva articular e integrar ações nos diferentes níveis de complexidade e nos setores públicos e privados para reduzir fatores de risco e a morbimortalidade por essas doenças e suas complicações, priorizando a promoção de hábitos saudáveis de vida, prevenção e diagnóstico precoce e atenção de qualidade na atenção básica.

O Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes e metas do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Sistema Único de Saúde, definindo prioridades e estabelecendo como diretrizes principais a atualização dos profissionais da rede básica, a garantia do diagnóstico e a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, com o objetivo de promover a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas patologias na rede pública de serviços de saúde.

O plano define estratégias, programas e atividades específicas nas esferas federal, estadual e municipal. Como suporte informacional para o acompanhamento do programa, foi desenvolvido e vem sendo implantado desde 2002 o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), informatizado, com interface na WEB. Esse sistema já cadastrou até abril de 2005, 863.964 indivíduos portadores de Diabetes e 3.172.116 portadores de Hipertensão, sendo que destes, 741.072 desses também são portadores de diabetes.

No que tange ao tratamento dos hipertensos, foram padronizados os medicamentos Captopril, Hidroclorotiazida e Propranolol, disponíveis em toda a rede básica de saúde. Quanto ao tratamento dos diabéticos, definiu-se pela utilização da insulina NPH-100, já disponível na rede, e os hipoglicemiantes orais Glibenclamida e Metformina. Foi instituído o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus como parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica Básica.

A prevenção e o controle da hipertensão arterial e do diabetes são ações prioritárias na Atenção Básica. Para a hipertensão estão previstas: ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, sedentarismo, tabagismo) e prevenção de complicações, diagnóstico de casos, cadastramento de portadores, busca ativa de casos, tratamento dos doentes, diagnóstico precoce de complicações e primeiro atendimento de urgência. Para o diabetes estão previstas medidas preventivas e de promoção da saúde (ações educativas sobre condições de risco (obesidade, sedentarismo); ações educativas e de apoio para prevenção de complicações (cuidados com os pés; orientação nutricional; cessação do tabagismo e alcoolismo; controle de PA e das dislipidemias); ações educativas para auto aplicação de insulina), diagnóstico de casos, cadastramento de Portadores, busca ativa de casos, tratamento dos doentes, monitorização dos níveis de glicose sanguínea e diagnóstico precoce de complicações, primeiro atendimento de urgência, encaminhamento de casos. Essas ações são desenvolvidas na rede de atenção básica do SUS.

A large, stylized number '5' in a dark orange color, positioned on the left side of the page. It has a thick, rounded stroke and a small circle at the bottom right of its base.

Conclusões e Desafios

5 Conclusões e Desafios

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis há mais de três décadas pela maior carga de doença no Brasil. A transição epidemiológica e demográfica por que passa o país, aponta cenários desafiadores. Doenças Crônicas Não Transmissíveis são passíveis de prevenção e representam o investimento mais custo efetivo entre todos aqueles do setor saúde. O Ministério da Saúde coloca como prioridade na agenda do SUS a implementação de uma política para sua prevenção e promoção da saúde. Garantir assistência aos já doentes, ofertar e estimular práticas de prevenção primária e promoção da saúde é um dever do SUS. As evidências mostradas pelas pesquisas no campo da Economia da Saúde demonstram que, os sistemas de saúde ao redor do mundo, não terão sustentabilidade se essas práticas não forem implementadas.

A Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – CGDANT, da Secretaria de Vigilância em Saúde tem a responsabilidade de coordenar e formular, no âmbito nacional, as atividades da vigilância epidemiológica das DCNT e promoção de saúde, fomentando a sua implementação nos níveis estaduais e municipais do SUS.

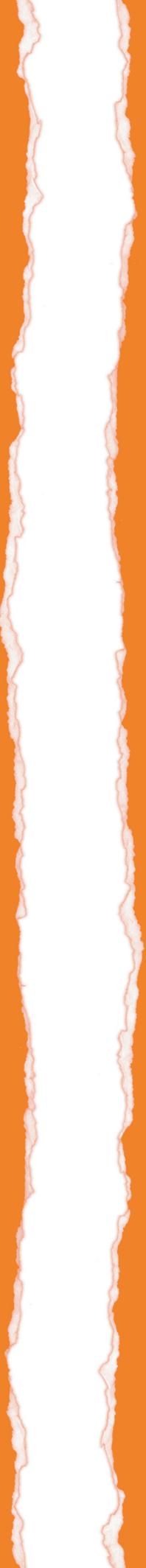
Ainda é heterogêneo o reconhecimento da magnitude do problema DCNT no Brasil. Como estas não aparecem como epidemias perceptíveis, a exemplo das doenças transmissíveis, ainda é preciso ampliar a divulgação, advocacia e sensibilização dos gestores do SUS sobre o problema, de tal forma que a vigilância e controle de DCNT ganhe prioridade em suas agendas. O Sistema Único de Saúde é descentralizado e apresenta grande heterogeneidade na capacidade de resposta nos seus 27 estados e 5.561 municípios. Torna-se um grande desafio a organização das ações de vigilância das DCNT e a realização de ações de prevenção e de promoção da saúde.

O trabalho de advocacia visa demonstrar que ações de promoção da saúde são factíveis e efetivas na redução da morbimortalidade das DCNT. A divulgação de iniciativas, principalmente junto aos gestores e membros dos conselhos de saúde é fundamental para criar consensos sobre a importância do investimento em prevenção. O estabelecimento de parcerias com outros setores governamentais e não governamentais também é imprescindível, visto que inúmeras das ações de promoção de saúde depende de decisões externas a esse setor.

Torna-se ainda importante o investimento avaliação de ações, programas e políticas de prevenção de DCNT, desenvolvendo parcerias com órgãos formadores e instituições de pesquisa. As avaliações cumprem o papel de retroalimentar e corrigir as ações e programas em curso.

Visando construir a agenda de prioridades para implementação da Vigilância, Prevenção e Controle das DCNT, o Ministério da Saúde, realizou nos dias 20 a 22 de setembro de 2005 em Brasília, Distrito Federal, I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção à Saúde. Este seminário contou com a participação de 200 técnicos de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde de todo o Brasil, dirigentes de diversas áreas do Ministério da Saúde e Instituições de Ensino e pesquisa. Os eixos pactuados referem-se a: 1) Estruturação do Sistema de Vigilância de DCNT e seus fatores de risco (FR) e protetores (FP); 2) Gestão (Regulamentação, financiamento, RH, participação e controle social responsabilidade, sustentabilidade); 3) Intervenções para prevenção (promoção da saúde, interface com assistência, intersetorialidade, Integralidade); 4) Avaliação e apoio a Pesquisa. Divulgamos a agenda de prioridades no ANEXO 1, visando ampliar os compromissos dos gestores nos três níveis do SUS (ANEXO 1).

A condução da epidemia de Doenças Crônicas Não Transmissíveis impõe grandes desafios aos responsáveis pela condução da saúde pública no país. Em primeiro lugar a decisão política do Sistema Único de Saúde de priorizar a vigilância e a prevenção de DCNT. Em segundo conhecer o modo de manifestação dessa epidemia na população. Os primeiros passos estão sendo dados, mas muito investimento há que ser feito no sentido de obtermos o melhor retrato possível da epidemia de DCNT.



Bibliografia Consultada

Bibliografia Consultada

ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Informe Epidemiológico SUS**, v. 1, p. 5-16, 1992.

BARBOSA et al. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**, 6. ed. Rio de Janeiro, 2003.

BARRETO, S. M. **Vigilância de doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde**.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde; Instituto Nacional do Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis: Brasil, quinze capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde – 2004-2007**. Brasília, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=introducao.htm>>. Acesso em: 28 abr. 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Incidência de câncer no Brasil, estimativa 2005**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2005/>>. Acesso em: 2 maio 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. Conferência Nacional de Segurança Alimentar, 2. **Anais...** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/consea/static/documentos/LivroConsea_DocumentoReferencia.pdf>. Acesso em: 3 maio 2005.

DUARTE, E. C. **Articulação da promoção da saúde e vigilância de Dant**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábuas completas de mortalidade 2003**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=266&id_pagina=1>. Acesso em: 28 abr. 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **CARMEN – Iniciativa para Conjunto de Ações para Redução Multi-fatorial de Enfermidades Não Transmissíveis**. 2003.

SCHRAMM, J. M. A et al. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.



Anexo 1

Agenda de Prioridades na implementação da Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Seminário Nacional de Vigilância de DANT e Promoção da Saúde – Brasília, 20 a 22 de setembro de 2005.

Estruturação do Sistema de Vigilância de Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus principais fatores protetores e de risco.

Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
1. Monitoramento da mortalidade e morbidade das principais DCNT conforme pactuação nos fóruns regionais de DANT	<ul style="list-style-type: none"> - Manutenção e aperfeiçoamento das atividades de monitoramento da morbi-mortalidade. - Divulgar os indicadores pactuados nos fóruns no site da SVS e publicações 	<ul style="list-style-type: none"> - Produção de relatórios anuais pelos gestores municipais e estaduais, mostrando a magnitude, relevância e tendência das DCNT com proposição de medidas de prevenção e com análises que ampliem a capacidade de advogar-se pela Prevenção. - Análises epidemiológicas em DCNT e seus FR pelos gestores estaduais e municipais.
2. Apoiar as atividades dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), com aprovação de portaria ministerial instituindo repasse de recursos fundo a fundo no Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS) para os RCBP.	<ul style="list-style-type: none"> - Criar mecanismos de pactuação com as SES e SMS que explicitem o compromisso dessas com a efetivação dos RCBP como: - Criar indicadores e metas para monitoramento das atividades dos RCBP - Monitorar aplicação de recursos do plano e avaliar a execução e alcance de metas do mesmo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Produção anual de relatórios das atividades dos RCBP. - Atualizar coleta de dados e completude das bases de dados. - Estabelecer parceria com SES e SMS e repasse de informações. - Disponibilizar base de dados dos RCBP para municípios e estado e também pelo DATASUS.
3. Contribuir para melhoria da cobertura e qualidade das informações do SIM, SIH, APAC, a partir de seu uso para o monitoramento de DCNT 3.1 Articular com a SAS (DERAC) para a melhoria do preenchimento do sistema de Informação Hospitalar/APAC. 3.2 Apoiar enquanto política nacional, com alocação de recursos, diversas formas de aprimoramento dos sistemas, tais como: - busca ativa de casos (óbitos); - Implantação de serviços de verificação de óbitos; - estimular investigação de causas mal-definidas; - produzir relatórios com análise das variáveis, completezude, consistência.	<ul style="list-style-type: none"> - Parceria com universidades para a educação dos profissionais; - Inserir conteúdo dos Sistemas de Informação na graduação (articular com Universidades a introdução de conteúdo na graduação). 	<ul style="list-style-type: none"> - Bases de dados aprimoradas e utilizadas na análise de situação de saúde para o planejamento das ações.

Estruturação do Sistema de Vigilância de Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus principais fatores protetores e de risco.

Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
4. Relacionar os diversos sistemas de informação 4.1 - Avançar no linkage das Bases 4.2 - Participação da SVS nas reuniões da Câmara Técnica de informação e informática.		- Aprimoramento das bases de dados
5. Espaço virtual para discussão de experiências bem sucedidas em aprimoramento dos sistemas de informação.		- Troca de informações entre gestores para aprimoramento dos sistemas de informação, monitoramento das DANT e promoção da saúde.
6. Apoiar e aprimorar os sistemas de informação ambulatorial	Realizar estudo dos limites e da qualidade dos diversos sistemas de informação ambulatorial – SIA, SIAB, SIGAB, HIPERDIA, APAC, SISCOLO.	- Bases de dados aprimoradas e utilizadas na análise de situação de saúde para o planejamento das ações.

Estruturação do Sistema de Vigilância de Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus principais fatores protetores e de risco.

Monitoramento dos fatores protetores (FP) e de risco (FR)

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
1. Realizar a 1ª Pesquisa Nacional de Saúde em Escolares em parceria com a CGPAN/MS; MEC e UFMG (Centro Colaborador da CGDANT/MS).	Realizar em 2008 a 2ª Pesquisa nacional de Saúde em escolares e manter a periodicidade bianual.	- Conhecimento das prevalências de FP e FR comportamentais em escolares - Identificar os fatores protetores e de risco desenvolvendo intervenções conforme análise dos resultados; - Envolver a população escolar (Associação de Pais e Mestres, estudantes) no inquérito, de forma que estes possam se apropriar da importância do mesmo; - Garantir o retorno dos resultados para as SMS/ SME e escolas incluídas na pesquisa e as propostas de intervenções para toda a população escolar.
2. Análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PENSE - em parceria com UFMG, UFPEL, SMS/RJ, SES/ SP, SMS BH, INCA, CGPAN/SAS, FNDE/MEC		- Relatórios analíticos elaborados e propostas de intervenções para estes grupos populacionais. - Análise dos dados subsidiando as intervenções, fortalecendo ações de vigilância articuladas com a Atenção Básica (UBS/ PSF/PACS) e outros níveis de atenção. - Elaborar e disponibilizar roteiro de análise para estados e municípios que permita melhor exploração dos dados do inquérito localmente

Estruturação do Sistema de Vigilância de Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus principais fatores protetores e de risco.

Monitoramento dos fatores protetores (FP) e de risco (FR)

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
3. Participar junto à RIPSAs da concepção da Pesquisa Nacional de Saúde (PNAD) incluindo pesquisas de fatores protetores e de risco, incluindo medidas antropométricas e bioquímicas.	- Realizar em 2007/2008 um segundo Inquérito para FP e FR com representatividade nacional. - Garantir a replicação do inquérito na população geral a cada 5 anos.	- Participar do GT da RIPSAs que irá propor a Pesquisa junto à PNAD, propondo questões como: (amostragem, inclusão dos fatores protetores e de risco no questionário, medidas antropométricas e bioquímicas relacionadas as DCNT na pesquisa (sub-amostra).
4. Iniciar estudos de viabilidade para implementar sistema de vigilância de fatores protetores e de risco por via telefônica. Avaliar experiências existentes como: NUPENS, SIMTEL (Goiânia) e outras.		- Disponibilizar formatos de menor custo para a realização de inquéritos locais e nacionais.
5. Apoiar iniciativas e inquéritos locais para monitoramento de Fatores de Proteção e de Risco. - 5.1 Abrir linhas de financiamento para desenvolvimento de iniciativas locais, segundo especificações regionais, privilegiando estados e municípios com maior dificuldades de realizar estudos; - 5.2 Utilizar recursos já existentes do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde para a realização dos inquéritos locais. - 5.3 Contribuir na padronização de instrumentos e indicadores, permitindo comparabilidade entre municípios e destes com os dados nacionais. - 5.4 Estimular a inclusão de indicadores de uso / interesse local.	- 5.5 Aplicar em projetos pilotos novas propostas de inquéritos (por exemplo: entre universitários, populações vulneráveis, outras).	- Comprometimento das SES e SMS na condução e análise dos inquéritos para o fortalecimento do planejamento local. - Indicadores e instrumentos padronizados.
6. Apoiar o desenvolvimento de novas metodologias para coleta e análise dos dados, incorporando referenciais da pesquisa qualitativa.		- Metodologias de pesquisa qualitativa desenvolvidas, incluindo o monitoramento dos fatores psicossociais.
7. Capacitar profissionais (em aplicativos como Tabwin, Tabdant, Epiinfo), em Estados e Municípios.		- Alocar recursos para qualificação do profissional e aquisição de equipamentos e materiais adequados.

Estruturação do Sistema de Vigilância de Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus principais fatores protetores e de risco.

Apoio Técnico

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
1. Apoiar a estruturação de áreas técnicas para vigilância de DANT em Estados e municípios.	- Manter apoio técnico a estados e municípios	- Estruturação da Área de Vigilância de DANT nas SES e SMS de Capitais
2. Parceria com Centros colaboradores no âmbito federal, fomentando estudos e pesquisas. UFMG (Vigilância e prevenção de DCNT), UFPEL (Avaliação DCNT e Rede Carmen), UFRGS (Diabetes/Hipertensão), Fiocruz/ René Rachou (envelhecimento) 2.1 Ampliar parcerias, incluindo novos centros colaboradores, incentivar a constituição de outras parcerias e novos objetos.		- Fortalecer o conhecimento sobre a situação das DCNT e recomendar estratégias para sua condução.

Gestão (Regulamentação, financiamento, RH, participação e controle social, responsabilidade, sustentabilidade)

Gestão do Sistema de Vigilância

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
<p>1. Seminário Nacional com gestores estaduais e municipais para pactuar plano de ação para vigilância, prevenção e controle de DANT e promoção da saúde.</p> <p>1.1 Em curto prazo: elaboração de planos estaduais e municipais de vigilância e prevenção de DANT;</p> <p>1.2 Sensibilização dos gestores e atores do processo sanitário quanto à necessidade de prevenção de DANT e pactuação de plano de ação, a ser submetido às instâncias de decisões do SUS.</p> <p>- Continuidade da implementação do plano e avaliação continuada das ações.</p> <p>- Fóruns regionais em DANT para padronização dos indicadores de morbi-mortalidade.</p> <p>- Pactuação na CIB e instâncias de controle social;</p> <p>- Planos estadual e municipal elaborados e pactuados.</p> <p>- Priorização das ações de promoção a saúde e prevenção de DCNT no âmbito do SUS.</p>		
<p>2. Fortalecimento do Comitê Técnico Assessor para DANT.</p> <p>2.1 Garantir a realização de 2 reuniões por ano.</p> <p>- Manter o Comitê atuante.</p> <p>- Estimular e apoiar a criação de CTA para DCNT nos estados e municípios</p>		<p>- Assessoramento do Comitê na elaboração do plano de ação de DANT, e nas recomendações o enfrentamento das DCNT, com base em evidências técnico- científicas.</p>
<p>3. Formação do Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde no âmbito do Ministério da Saúde, com definição da Agenda de Trabalho.</p> <p>- Estimular a formação de comitês similares nos estados e municípios com definições de agendas locais de trabalho.</p>		<p>- Comitê definido e atuante e Agenda de trabalho definida.</p> <p>- Elaboração dos planos estaduais e municipais de Promoção em consonância com a EG.</p>
<p>4. Reforçar a ação da Comissão Intra-ministerial para implementação da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde (EG).</p> <p>- Discussão das medidas regulatórias a serem apoiadas (comercialização de alimentos, outras)</p>		<p>- Incorporação nas políticas setoriais da saúde, das ações preconizadas na EG.</p> <p>- Atuação do Comitê Intraministerial na preparação prévia da pauta do Comitê Intermunicipal, conduzindo estudos que subsidiem medidas passíveis de regulamentação, custo benefício das mesmas, dentre outros.</p>
<p>5. Criação do Comitê Inter-Ministerial para implementação das recomendações da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde em outros setores (EG).</p>		<p>- Comitê implantado</p> <p>- Proposição de ações regulatórias nos setores produtivos de bens e serviços visando a diminuição da exposição da população aos fatores de risco.</p> <p>- Formulação de medidas regulatórias, pactuando políticas intersetoriais, articular com CONSEA a proposição de medidas de acessibilidade de alimentos saudáveis, interferir na política de redução de preços de alimentos saudáveis, na produção, distribuição e qualidade dos alimentos comercializados.</p>

Gestão (Regulamentação, financiamento, RH, participação e controle social, responsabilidade, sustentabilidade)

Capacitação de RH

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
<p>1. Realizar curso de especialização em Vigilância de DANT com 420 hs.</p> <p>1.1 Destinar uma vaga para representante da SES e da SMS da capital nos dois cursos, 25 em 2006 e 25 em 2007;</p> <p>- 1.2 O Edital do curso deverá definir o perfil do profissional, critérios de seleção, divulgação dos resultados;</p> <p>- 1.3 Incluir no critério de seleção a obrigatoriedade de vínculo do especializando com as DANT/vigilância epidemiológica;</p> <p>1.4 Utilizar metodologias inovadoras que inclua atividade pedagógica e participação do serviço;</p> <p>- 1.5 Incluir a promoção da saúde como módulo transversal no conteúdo dos cursos;</p> <p>- 1.6 Incentivar e estimular os gestores estaduais e municipais a financiar a participação dos técnicos deste curso.</p>		- 25 especialistas incorporados ao Sistema de Vigilância de DANT
<p>2. Realizar em 2006, 2 cursos de vigilância de DANT de curta duração, com 80 hs.</p> <p>2.1 Utilizar os egressos do curso de especialização em vigilância de DANT como multiplicadores para este curso</p> <p>2.2 Desencadear um processo de multiplicação deste curso junto às universidades locais em seus estados e municípios.</p> <p>2.3 Incluir a participação de representantes das capitais e municípios prioritários (selecionados pela SES);</p> <p>2.4 Capacitar técnicos das SES e municípios em aplicativos e programas como: TABWIN, TAB-DANT, EPINFO.</p>		- Capacitação de Estados e Municípios em Análise de dados sobre DCNT e FR.
<p>3. Realizar em parceria com a OPAS/UFPEL, o curso de Saúde Pública baseada em evidências.</p>		- Curso Realizado
<p>4. Fortalecer estratégias de Educação Permanente, que possam, de forma transversal, colocar o debate da vigilância DANT na agenda dos Pólos de Capacitação.</p>		- Estratégias de Educação Permanente fortalecidas nos Estados.

Gestão (Regulamentação, financiamento, RH, participação e controle social, responsabilidade, sustentabilidade)

Alimentação Saudável

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
<p>1. Elaborar e iniciar a implementação com o conjunto de parceiros (CGPAN/SAS, ANVISA e MEC/ PNAE), o Projeto Alimentação Saudável nas Escolas.</p> <p>1.1 Articular com a PNAE no sentido de elaborar uma política de alimentação saudável para o escolar considerando a cantina e a merenda escolar como um dos pontos de intervenção desta política, visando mudança de hábitos alimentares e acesso a uma merenda saudável.</p> <p>1.2 Estimular ações intrasetoriais e intersetoriais, envolvendo as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação na abordagem das práticas da alimentação saudável e de atividades físicas no ambiente escolar;</p> <p>1.3 Investimento em mídia e telenovelas sobre o valor dos alimentos saudáveis;</p> <p>1.4 Integração com a iniciativa Escola Promotoras de Saúde.</p> <p>1.5 Alimentação saudável na pré-escola e creches;</p> <p>1.6 Observar a importância de disponibilizar água de qualidade nos bebedouros escolares</p>	<p>Projeto Implantado nas escolas.</p>	<p>- Redução dos fatores de risco (FR) e promoção dos fatores protetores (FP) de DCNT, incentivando as práticas de educação nutricional, garantia da qualidade do alimento servido (alimentos nutricionalmente adequados, com conservação e preparação adequadas) e estímulo a comercialização de frutas, sucos e outros alimentos <i>in natura</i> nos estabelecimentos privados e públicos conforme a oferta regional;</p> <p>- Articulação da SVS a PNAE e PNAN.</p>
<p>2. Apoiar CGPAN nas ações de promoção à alimentação saudável, com ênfase nas ações de estímulo ao consumo de frutas, legumes e Vegetais e alimentação saudáveis (elaboração do Guia Alimentar para população brasileira, incentivando a alimentação saudável e uso de alimentos tradicionais das culturas locais; SISVAN, Semana de Alimentação Saudável e outros).</p> <p>2.1 Ampliar o SISVAN para o monitoramento e vigilância dos transtornos nutricionais em todos os ciclos de vida;</p>		<p>- Estímulo à alimentação saudável, assumido pelos 3 níveis de gestão do SUS.</p> <p>- Articulação entre as vigilâncias de DANT e coordenações de nutrição nos estados e municípios para implementar as ações de promoção da alimentação saudável.</p>
<p>3. Apoiar o Núcleo de Atenção Integral à Saúde para a implantação/implementação dos Núcleos de Alimentação e Nutrição junto Estratégia Saúde da Família</p>		<p>Incorporar a pauta da alimentação saudável na atenção básica.</p>
<p>4. Apoiar a Atenção a Criança /SAS no fortalecimento do conjunto de medidas para consolidar e ampliar o Programa de Promoção do Aleitamento Materno em suas várias instâncias</p> <p>4.1 Retomar o incentivo ao aleitamento materno e alimentação complementar como ação estratégica para garantir alimentação saudável para o lactente;</p> <p>4.2 Apoiar a SAS na análise dos determinantes da baixa adesão ao aleitamento materno</p> <p>4.3 Apoiar a SAS no estímulo das SMS no acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (uso do cartão da criança e cartão do Adolescente</p>		<p>- Aumento da adoção do aleitamento materno e de sua duração pelos gestores nos 3 níveis de gestão do SUS</p>

Gestão (Regulamentação, financiamento, RH, participação e controle social, responsabilidade, sustentabilidade)

Alimentação Saudável

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
<p>5 – Articular com ANVISA, Vigilância Ambiental e Ministério da Agricultura visando reforçar as ações de vigilância em saúde no controle do uso de agrotóxicos no cultivo dos alimentos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5.1 Reforçar a vigilância sanitária sobre os alimentos ofertados no mercado; - 5.2 Articular e estimular a participação de outros setores no controle do uso de agrotóxicos; - 5.3 Apoiar e incentivar projetos que incentivem a agricultura orgânica familiar; - 5.4 Esclarecer à população sobre as questões da utilização e contaminação de alimentos por agrotóxicos; - 5.5 Incentivar a produção de alimentos saudáveis, através da criação de um selo de qualidade para os produtores; - 5.6 Integrar com a Vigilância Ambiental (controle do uso de agrotóxico e estimular o desenvolvimento sustentável); - 5.7 Criar incentivos para substituição de cultura do fumo por alimentos orgânicos (Contexto Convenção Quadro). 		<ul style="list-style-type: none"> - Articular com ANVISA, Vigilância Ambiental e Ministério da Agricultura visando reforçar as ações de monitoramento e controle do uso de agrotóxicos na produção de alimentos; - Divulgar informações e iniciativas para o aproveitamento integral dos alimentos.
<p>6. Articular com ANVISA, Ministério da Justiça, Ministério Público, IDEC e outros a regulamentação e controle da propaganda de alimentos.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Investir em mídia na promoção do consumo de alimentos saudáveis; - Regulamentar e normatizar a veiculação de propagandas de alimentos.
<p>7. Fomentar a articulação dos Conselhos de Saúde (nos três níveis de gestão) e CONSEA, visando apoiar políticas de acesso a alimentos saudáveis.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Reforço às ações do FOME ZERO.

Gestão (Regulamentação, financiamento, RH, participação e controle social, responsabilidade, sustentabilidade)

Atividade Física

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
<p>1. Implantar o Projeto Pratique Saúde, viabilizando o repasse de recursos financeiros para as 27 Capitais, visando estimular e orientar a prática de atividade física e lazer.</p> <p>1.1 Desenvolver mecanismos que assegurem a destinação dos recursos para as iniciativas propostas (inserir indicadores de monitoramento da PPI / VS), quando da destinação de recursos para os Núcleos de Atividade Física.</p>		- Recurso repassados e projeto implantado, aboradndo a população em geral e clientela referenciada da rede de saúde.
<p>2. Realizar campanhas nacionais de mobilização e incentivo a Atividade Física.</p>		- Divulgar prática de atividade física, com vistas a reduzir o sedentarismo.
<p>3. Realizar divulgação do Projeto Pratique Saúde e outras iniciativas bem sucedidas em outras capitais</p> <p>3.1 Incentivar a prática da atividade física implantando estratégias que visem aumentar a prática de atividade física nos e locais públicas;</p> <p>3.2 - Estimular Estados e Municípios a promover a colaboração entre a saúde e educação na promoção de atividade física,</p> <p>3.3 - Trabalhar com diversidade de práticas corporais e culturais;</p> <p>3.4- Valorizar outras formas de atividades físicas existentes na comunidade;</p>		- Projeto divulgado
<p>4. Estimular Estados e Municípios na produção de material educativo, mobilização visando o estímulo da atividade física.</p>		- Atividades de mobilização realizadas e material educativo produzido em Estados e Municípios.
<p>5.- Articulação com Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família, organizando a referência e contrareferência de usuários com necessidade de avaliação física e acompanhamento clínico, nas práticas de atividade física.</p>		- Articulação com rede de saúde estabelecida.
<p>6. Estimular parcerias com ONGs, ministério dos esportes, forças armadas, universidades e comunidade visando ampliação da prática de atividade física.</p> <p>6.1 Parceria com o Ministério dos Esportes (Programa Segundo Tempo e outros).</p>		- Parcerias estabelecidas - Aumentar a prática de atividade física nos locais públicas.
<p>7. Definir indicadores de monitoramento do projeto Pratique Saúde.</p>		- Avaliação do desempenho do Projeto Pratique Saúde - Coleta e análise das informações que compõem os indicadores.
<p>8. Sensibilizar os gestores públicos para a importância da atividade física e do lazer no ambiente de trabalho, inclusive a UBS.</p> <p>8.1 Estimular a prática de atividades físicas durante a jornada de trabalho.</p>		- Atividade físicas incorporadas ao cotidiano e ao ambiente de trabalho.

Gestão (Regulamentação, financiamento, RH, participação e controle social, responsabilidade, sustentabilidade)

Atividade Física

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
9. Resgatar a prática de atividades físicas/esportes, de forma regular, nas escolas, universidades e demais espaços públicos.	<ul style="list-style-type: none"> - Articular com MEC a Inclusão na grade curricular do Curso de Educação Física, uma disciplina sobre saúde pública (SUS, promoção da saúde). - Articulação de espaços para estágio para alunos de Ed. Física dentro das UBS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Investir na re-estruturação de espaços pedagógicos para as atividades físicas e esportes nas escolas. - Estabelecer parcerias com MEC
10. Resgatar práticas de atividades físicas, a partir das culturas locais (ex.: peladas, capoeira, skate...).		- Incentivo à atividade Física.
11. Inclusão nos Planos Diretores Urbanos de espaços para atividades físicas. <ul style="list-style-type: none"> - 11.1 Incentivar a apropriação dos espaços públicos para a realização de atividades física; - 11.2 Incentivar a urbanização dos espaços públicos; áreas existentes (áreas abertas) - 11.3 Dotar espaços públicos de equipamentos que permitam a acessibilidade a pessoas com deficiência; e estimular projetos de atividades físicas para pessoas com necessidades especiais. 		- Planos diretores incluindo a pauta de EG (atividade física).

Intervenções para Prevenção de DCNT (promoção da saúde, interface com assistência, intersectorialidade, integralidade)

Tabagismo

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
1. Publicar portaria para repasse dos recursos financeiros para Estados, a fim de realizar Treinamentos para capacitação das Vigilâncias Sanitárias Estadual e Municipais		- Recursos repassados e Técnicos das Visas Estaduais e Municipais treinados
2. Produzir material de divulgação no que se refere à implementação da Lei nº 9294/96 (Ambientes Livres do Tabaco) - 2.1 Distribuição e divulgação do material. - 2.2 Trabalhar junto as Visas para implementar a fiscalização da lei. - 2.3 Discutir com a ANVISA a inclusão no Termo de Ajuste de Metas, a pactuação das VISAS para o controle do tabaco		- Material produzido e ações de fiscalização de ambientes livres de tabaco implementadas
3. Definir Indicadores para monitoramento da Implementação dos Ambientes Livres do Tabaco		- Indicadores definidos
4. Mobilização da sociedade civil, ONG, fumicultores para ratificação da Convenção Quadro		- Convenção Quadro ratificada pelo Congresso.
5. Propor projeto de lei aumentando impostos e preços dos cigarros, vinculada aos programas de combate ao tabagismo - 5.1 Direcionar estes recursos para pesquisas e ações voltadas ao combate ao hábito de fumar; - 5.2 Utilizar estes recursos para o desenvolvimento de alternativas de sustento para as famílias de agricultores de fumo.		- Projeto de Lei aprovado
6. Articular junto à SAS a atenção integral para os Doenças Relacionadas ao Tabaco (DPOC). 6.1 Divulgar a existência de assistência para a dependência de tabaco no SUS; -6.2 Garantir a provisão de insumos e meios de tratamento adequado; - 6.3 Divulgar e incentivar a política de redução de danos (incluindo tabaco e álcool)	Ampliar programa de atenção para cessação do hábito de fumar entre fumantes	- Atenção integral aos usuários de tabaco e para os Doenças Relacionadas ao Tabaco (DPOC) implantada.
7. Articulação com INCA e MEC na revisão e ampliação do conteúdo do Saber Saúde nas escolas		- Projeto expandido para escolas
8- Criar estratégias mais eficazes de abordagem de combate ao fumo junto aos canais de comunicação e publicidade para uma sensibilização mais efetiva		- Divulgar fatores de risco e efeitos do tabaco;
9- Adotar medidas de restrição do acesso precoce ao tabaco (de crianças e adolescentes), definindo por ex. proibição da venda em certo raio no entorno de escolas;		- Articular com parceiros

Intervenções para Prevenção de DCNT (promoção da saúde, interface com assistência, intersetorialidade, integralidade)

Prevenção do Câncer de Mama e de Colo

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
<p>1, Articulação com SAS/INCA visando a implantação do Plano Nacional de Prevenção e Atenção ao Câncer de Colo Uterino e Mama.</p> <p>1.1 Garantir mecanismos de vinculação do usuário do SUS a sua unidade de referência quanto ao processo de diagnóstico, monitoramento e efetividade das ações.</p>	Redimensionar a oferta de mamografia e de equipamentos para atenção ao Câncer de Colo Uterino	- Redução da Mortalidade Precoce da Mortalidade por Câncer de Colo uterino e Mama

Intervenções para Prevenção de DCNT (promoção da saúde, interface com assistência, intersetorialidade, integralidade)

Diabetes e Hipertensão

1. Articulação com Coordenação Diabetes/Hipertensão (SAS) visando a implantação de ações de prevenção e controle.		- Redução da morbimortalidade por Diabetes/Hipertensão
2. Contribuir na discussão da definição de protocolos assistenciais		- Protocolos assistenciais definidos

Intervenções para Prevenção de DCNT (promoção da saúde, interface com assistência, intersetorialidade, integralidade)

Envelhecimento Ativo

<p>1. Fortalecer o estreitamento de parcerias na elaboração de uma agenda que promova o envelhecimento ativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.1 Aprimorar as formas de conhecimento de acidentes e violências entre os idosos; - 1.2 Resgatar a participação social dos idosos em programas de prevenção de doenças crônicas, e em outras atividades de promoção da saúde; - 1.3 Monitorar os excessos de procedimentos médicos, realizados na população idosa (UTIs, medicamentos desnecessários); - 1.4 Divulgar nos espaços das unidades de saúde as potencialidades dos idosos, ampliando espaço para inserção social; - 1.5 Acolhimento dos idosos nas unidades de saúde. - 1.6 Reestruturar as unidades de terapia intensiva, tornando os ambientes mais humanizados. 		- Agenda elaborada e implementada.
2. Articular com a coordenação de Atenção ao idoso da SAS, ações de promoção à saúde do idoso, visando o envelhecimento ativo		- Melhora da qualidade de vida dos idosos

Avaliação e apoio a Pesquisa		
Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
1. Condução de pesquisa do Observatório de Políticas de Prevenção e Controle das DCNT, em parceria com OPAS e Ministério da Saúde do Canadá.		- Conclusão da pesquisa sobre os determinantes da implementação das políticas de DCNT e estudo comparativo com demais países envolvidos (Canadá e Costa Rica). - Compartilhamento da construção metodológica do projeto nas diferentes esferas. - Divulgação da metodologia da pesquisa e dos resultados no site do SVS e em publicações específicas
2. Incluir estudos de sobrevida de base populacional de câncer de colo uterino, por exemplo: (Estudos do Saúde Brasil – Rio Grande do SUL; Estudo Latino Americano de Sobrevida de câncer – Latincare)		- Ampliar conhecimento sobre a incidência do câncer de colo de útero e outros
3. Desenvolvimento do “Guia de Avaliação das DCNT e da Rede CARMEN” em parceria com OPAS e UFPEL		- Guia de Avaliação elaborado, com recomendações quanto a avaliação da rede e DCNT
4. Produção e validação da Tabela Brasileira com Indicadores de Doenças Evitáveis.		- Tabela produzida, validada e divulgada.
5. Validação do Guia de Avaliação Participativa em Municípios e Comunidades Saudáveis (OPAS)		- Guia validada
6. Definição da metodologia de avaliação do projeto Pratique Saúde e das estratégias de promoção em saúde em estados e municípios		- Metodologias de avaliação definidas contemplando abordagens quantitativas e qualitativas e integrando as intervenções no campo da vigilância, prevenção e promoção da saúde.
7. Condução de avaliação das ações de Vigilância e prevenção de DCNT e promoção da saúde.		- Avaliação realizada
8. Estudo piloto de Análise Espacial incidência de Câncer em parceria com o registros de câncer		- Instrumento de avaliação e monitoramento do câncer
9. Estudo impacto macroeconômico de DCNT		- Estudo realizado
10. Estudo de Análise Situação de Saúde – Saúde Brasil em parceria com a CGIAE/DASIS/SVS		- Contribuir no conhecimento dos determinantes e no planejamento das ações
11. Estudos sobre determinantes sociais das DANT e seus fatores de risco e protetores		- Contribuir no conhecimento dos determinantes e no planejamento das ações

