





**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**RELATÓRIO DO III FÓRUM DE MONITORAMENTO  
DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO  
DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL  
Brasília - 13 e 14 de Agosto de 2013**

**Brasília – DF  
2018**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**Secretaria de Vigilância em Saúde**  
**Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis**  
**e Promoção da Saúde**

**RELATÓRIO DO III FÓRUM DE MONITORAMENTO**  
**DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO**  
**DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL**

**Brasília - 13 e 14 de Agosto de 2013**



**Brasília – DF**  
**2018**

2018 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>.

Tiragem: 1ª edição – 2018 – versão eletrônica

*Elaboração, distribuição e informações*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde

SAF Sul, Trecho 2, lotes 5 e 6, Bloco F, Torre I, Ed. Premium, sala 15

CEP: 70070-600 – Brasília/DF

Site: [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)

E-mail: [svs@saude.gov.br](mailto:svs@saude.gov.br)

*Organização*

Naíza Nayla Bandeira de Sá

*Produção Gráfica*

Qualidade Gráfica e Editora

*Diagramação*

Eduardo Silva Ferreira

*Normalização*

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

#### Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde.

Relatório do III Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

121 p.

Modo de acesso: World Wide Web: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_iii\\_forum\\_monitoramento\\_plano.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_iii_forum_monitoramento_plano.pdf)>

ISBN 978-85-334-2610-8

1. Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. 2. Doenças Crônicas. 3. Saúde Pública. I. Título.

CDU 614.39

---

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2018/0376

*Título para indexação*

Report on the III Forum on the Strategic Action Plan to Tackle Noncommunicable Diseases in Brazil

## FICHA TÉCNICA

### ORGANIZAÇÃO DO EVENTO

#### **Ministério da Saúde**

#### **- Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)**

**Jarbas Barbosa da Silva** – Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde

**Deborah Carvalho Malta** – Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde do Ministério da Saúde

**Marta Maria Alves da Silva** – Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis do Ministério da Saúde

**Elaine Leandro Machado** – Área Técnica de Doenças Crônicas não Transmissíveis do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde do Ministério da Saúde

**Paula Carvalho de Freitas** – Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde do Ministério da Saúde

#### **- Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS)**

**Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos** – Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

**Patrícia Sampaio Chueiri** – Coordenação Geral de Áreas Técnicas do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

**Patrícia Constante Jaime** – Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

## **APOIO**

### **Centers for Disease Control and Prevention (CDC)**

Aristides Barbosa Júnior  
Maeve Brito de Mello  
Myrian Carvalho

### **Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)**

Lenildo de Moura  
Zohra Abaakouk  
Regina Resende

## **COLABORADORES**

Betine Moehlecke Iser  
Fabiola Daniele Correia  
Geórgia Maria de Albuquerque  
Janaína Gomes Bordini Fagundes  
Mariana Carvalho Pinheiro  
Marília Lavocat Nunes  
Maryane Oliveira Campos  
Max Moura de Oliveira  
Naiane de Brito Francischetto  
Naíza Nayla Bandeira de Sá  
Roberlayne Patricia Alves

## **PARTICIPANTES**

Técnicos dos Estados e Capitais responsáveis pela vigilância e cuidado das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e Promoção da Saúde, representantes de sociedades médicas, associações, universidades e organizações não governamentais.



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	9
PROGRAMAÇÃO .....	11
III FÓRUM DE MONITORAMENTO DO PLANO DE ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL - DIA 13/08/2013. ....	12
CERIMÔNIA DE ABERTURA .....	12
APRESENTAÇÃO – Balanço do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil. ....	17
PLANO REGIONAL DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: COMO ATINGIR AS METAS GLOBAIS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) NOS PAÍSES DA REGIÃO. ....	21
MESA-REDONDA - Plano Regional de Doenças Crônicas não Transmissíveis: como atingir as metas globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) nos países da Região. ....	22
A INTERSETORIALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS. ....	32
MESA-REDONDA - A Intersetorialidade como Estratégia de Implementação de Ações de Promoção da Saúde para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis. ....	33
PESQUISAS NACIONAIS EM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL. ....	42
MESA-REDONDA - Pesquisas Nacionais em Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil. ....	43
EXPERIÊNCIAS DE IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA. ....	52
MESA-REDONDA - Experiências de Implantação e Avaliação de Programas de Atividade Física. ....	54
PAINEL – Experiência com avaliação e atividades de controle relacionadas às Doenças Crônicas não Transmissíveis. Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDC), EUA. ....	63

III FÓRUM DE MONITORAMENTO DO PLANO DE ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL - DIA 14/08/2013. ....	72
A LINHA DO CUIDADO INTEGRAL SOB A PERSPECTIVA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS. ....	72
MESA-REDONDA - A Linha do Cuidado Integral sob a Perspectiva das Doenças Crônicas não Transmissíveis. ....	73
POLÍTICAS PARA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL. ....	88
MESA-REDONDA - Políticas Públicas para Alimentação Saudável. ....	89
AÇÕES PARA O CONTROLE DO PACIENTE COM RISCO CARDIOVASCULAR/HIPERTENSÃO ARTERIAL .....	98
MESA-REDONDA - Ações para o Controle do Paciente com Risco Cardiovascular/Hipertensão Arterial.....	100
MESA DE ENCERRAMENTO – Desafios para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: o papel do setor público, do setor privado e das Organizações não Governamentais. ....	110
REFERÊNCIAS .....	119

## INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortes e incapacidades em quase todos os países, independentemente do nível de desenvolvimento econômico. Em 2008, as DCNT responderam por 63,0% do total de 57 milhões de óbitos no mundo, sendo a maior parte destes atribuídos às doenças cardiovasculares, diabetes, cânceres e doenças respiratórias crônicas. As DCNT têm gerado elevado número de mortes prematuras, aproximadamente 9 milhões em 2008, bem como perda de qualidade de vida com alto grau de incapacidades nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (ALWAN et al., 2010; WHO, 2011).

Os fatores de risco para as DCNT, responsáveis pela maioria dos óbitos e incapacidades no mundo, são: hipertensão arterial (responsável por 13% das mortes no mundo todo), seguido pelo tabagismo (9%), diabetes (6%), inatividade física (6%) e sobrepeso e obesidade (5%) (WHO, 2009a).

No Brasil, as DCNT também constituem um problema de saúde pública, sendo responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (30%) e as neoplasias (15,6%) (SCHMIDT et al., 2011). Essas doenças atingem fortemente as camadas pobres da população e grupos vulneráveis, como os idosos e a população de baixa escolaridade e renda.

Apesar de seu rápido crescimento, o impacto das DCNT pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo-efetivas de promoção da saúde para redução de seus fatores de risco, além da melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno (WHO, 2009a).

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde lançou em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, além de fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. A elaboração desse Plano foi coordenada pelo Ministério da Saúde e contou com colaboração de outros ministérios do governo brasileiro, de instituições de ensino e pesquisa, de membros de organizações não governamentais, entidades médicas associações de portadores de doenças crônicas, entre outros.

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

Com o objetivo de apresentar o balanço do segundo ano de implantação do Plano, o monitoramento das metas estabelecidas e a sensibilização dos parceiros no que diz respeito à ampliação da adesão às ações de promoção da saúde e prevenção das DCNT, foi realizado o **III Fórum de Monitoramento do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil**, entre os dias 13 e 14 de agosto de 2013.

## PROGRAMAÇÃO

Os temas apresentados no III Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil foram abordados por meio de uma palestra, um painel e oito mesas-redondas, que tiveram como objetivo apresentar o balanço do segundo ano de implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011 – 2022, bem como suas metas e a ampliação da adesão às ações de promoção da saúde e prevenção das DCNT entre os parceiros.

As mesas-redondas, metodologia de apresentação predominante no III Fórum, foram coordenadas por moderadores que desempenharam o papel de orientar a discussão e controlar o tempo limite para a exposição de cada palestrante. Após as exposições, os participantes foram levados a debater entre si os vários pontos apresentados e, quando houve tempo disponível, ocorreu a participação dos presentes na forma de perguntas.

A mesa de abertura foi composta por Jarbas Barbosa da Silva, Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde; Helvécio Miranda, Secretária de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, e Joaquín Molina, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no Brasil. Em seguida, Jarbas Barbosa da Silva apresentou o Balanço do Plano de Ação para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil.

As mesas-redondas tiveram como temas: 1) Plano Regional de Doenças Crônicas não Transmissíveis: como atingir as metas globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) nos países da região; 2) A Intersetorialidade como Estratégia de Implementação de Ações de Promoção da Saúde para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis; 3) Pesquisas Nacionais em Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil; 4) Experiências de Implantação e Avaliação de Programas de Atividade Física; 5) Linha do Cuidado Integral sob a Perspectiva das Doenças Crônicas não Transmissíveis; 6) Políticas Públicas para Alimentação Saudável; 7) Ações para o Controle do Paciente com Risco Cardiovascular/ Hipertensão Arterial. Já o Painel apresentou experiências do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de avaliação e controle de atividades relacionadas com DCNT nos Estados Unidos.

A 8ª mesa-redonda, denominada “Desafios para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: o papel do setor público, do setor privado e das organizações não governamentais” marcou o encerramento do III Fórum.

**DIA 13/08/2013**

### **III FÓRUM DE MONITORAMENTO DO PLANO DE ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL**

#### **CERIMÔNIA DE ABERTURA**

**Joaquín Molina** – Organização Pan-Americana de Saúde  
no Brasil

Embora a epidemiologia das DCNT seja conhecida, cabe destacar que, atualmente, as DCNT são as principais causas de mortes no mundo, e no Brasil são responsáveis por aproximadamente 72% do total de óbitos. Ao longo dos últimos anos, diversos programas e estratégias bem-sucedidas com indivíduos portadores de DCNT e ou expostos a fatores de risco para essas doenças têm sido apresentados, o que diminuiu a velocidade de evolução dessas patologias e melhorou a qualidade de vida da população com DCNT.

Existem cada vez mais evidências de que a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco devem iniciar-se ainda na infância. Nesta perspectiva, o Brasil e alguns outros países têm apresentado experiências interessantes, como o Programa Academia da Saúde, que está em fase inicial de implantação e implementação, e certamente ainda enfrentará muitos desafios.

Nos últimos anos, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), considerando o novo plano de desenvolvimento na estratégia de trabalho conjunto com os países, que inclui diversas instituições do setor público e privado e organizações da sociedade civil, tem proposto trabalhar em duas direções: 1) fomento dos ambientes saudáveis e ações sobre os condicionantes do entorno e 2) aumento do poder regulador do Estado, como, por exemplo, regulação da publicidade de alimentos calóricos e proibição do hábito de fumar, não especificamente no Brasil, mas em todos os países.

As estratégias adotadas pelo Brasil e as que ainda estão em fase de planejamento certamente servirão de modelo para o enfrentamento das DCNT em outros países, assim como estratégias implantadas e implementadas em outros países têm servido de inspiração para o Brasil.

É neste espaço de crescimento conjunto, de fortalecimento de contato entre os países e de suporte nas análises dos dados que a OPAS irá atuar de maneira mais próxima. O novo programa de trabalho, que começa em 1º de janeiro de 2014, dará ênfase ainda maior aos temas de prevenção e enfrentamento das DCNT e ao fortalecimento do trabalho contra os condicionantes dos ambientes.

**Helvécio Miranda** – Secretaria de Atenção à Saúde do  
Ministério da Saúde

Atualmente, as DCNT apresentam relevância inquestionável no âmbito da saúde pública; os dados disponíveis confirmam sua magnitude no âmbito nacional e mundial. Em 2011, após a convocação da Organização das Nações Unidas (ONU) para a realização da reunião de alto nível sobre DCNT, com a presença dos chefes de Estado, o tema das DCNT foi inserido de maneira expressiva nas discussões de saúde, o que é considerado um marco histórico. Ainda em 2011, foi lançado no Brasil o Plano de Ações Estratégicas de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, que sintetiza um esforço conjunto da sociedade brasileira e dos governos municipais, estaduais e federal. O plano requer constante aperfeiçoamento. Muitas metas já foram alcançadas, mas ao olhar para o futuro, percebe-se que ainda há muito mais para ser conquistado, solucionado, o que se assemelha à trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS).

Do ponto de vista da atenção básica, desde o início da atual gestão do Ministério da Saúde, as DCNT vêm sendo pautadas como problema de saúde pública, contando com o apoio da Presidenta da República, do Ministro da Saúde, de Estados e de Municípios. A atenção básica tem atuado como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado. Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família foi adotada por ser um modelo claro, organizacional e absolutamente estratégico para qualificar a atenção básica. A pretensão não foi aumentar o número de equipes de saúde da família, mas garantir serviços de saúde de qualidade aos usuários. Atualmente, existem mais de 33 mil equipes de saúde da família em todo o território nacional.

Constituída por uma equipe multiprofissional, a Estratégia Saúde da Família permite o estabelecimento de vínculos de confiança entre os profissionais de saúde e a população, o que é importante no cuidar em doenças crônicas não transmissíveis, pois é a janela de oportunidade para intervir com prevenções secundárias e terciárias dessas doenças, além do desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde e prevenção dos diversos agravos.

Portanto, essa qualificação cada vez maior da atenção básica e das equipes da saúde na família é permanentemente um esforço em que se deve perseverar. E, ao mesmo tempo, ocorre a estruturação das redes de atenção à saúde que já vinha sendo discutida há muito tempo com o Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde.

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, foi inserida nesta gestão, como o centro da política do Ministério da Saúde. Desde janeiro de 2011, o que mais tem sido pautado junto aos Estados e Municípios são as redes de atenção à saúde. Essa política se estabeleceu nos vários territórios, nas aproximadamente 400 regiões de saúde do Brasil, garantindo permanente organização, mais governança, estrutura de informação, além de maior interação com a vigilância em saúde e com a área de regulação pública, pautadas pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Foram escolhidos alguns temas prioritários para atuação nas redes, como, por exemplo, Rede Cegonha; Rede de Urgência e Emergência; Rede de Atenção Integral para Usuários de Crack, Álcool e Outras Drogas; Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, que também é uma condição crônica importante, além de ser uma dívida importante do SUS e a Rede de Atenção às Pessoas com DCNT, que foi uma prioridade definida por Estados, Municípios e pela própria Presidenta da República.

Dentro da Rede de Atenção às Pessoas com DCNT, foram estabelecidas algumas linhas de cuidado, como: doenças renocardiovasculares, que têm uma relevância enorme e possuem fatores de risco que as potencializam negativamente, como hipertensão, diabetes e obesidade (sendo adotado não somente o conceito de fator de risco, mas como uma doença instalada, o que foi objeto de uma longa discussão e pactuação no país); doenças respiratórias crônicas e câncer (de mama e colo de útero).

Então, as linhas de cuidado fornecem o tom de organização, mas evidentemente é a mesma equipe de atenção básica da Estratégia Saúde da Família que tem de cuidar daquela população com vários desses agravos, coordenando as linhas de cuidado e as redes de atenção, formando um elo entre os vários serviços.

Para a formação desse elo, é necessário que a informação circule mais do que o usuário. Por este motivo, tem-se investido cada vez mais nas regiões com o e-SUS da atenção básica, com prontuário eletrônico, com linhas de informação segura e que permitam, por exemplo, a avaliação da atenção básica por meio de um robusto sistema de avaliação local, que é o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), com o qual mais de 30 mil equipes serão avaliadas com visitas locais. Vários dos indicadores que irão subsidiar a remuneração adicional por qualidade da equipe de atenção básica, já inseridos no sistema do PMAQ, referem-se às DCNT.

Assim, tem-se alcançado, com grande esforço dos secretários, diretores, coordenadores e equipes e a interação com a sociedade civil, com as entidades não governamentais e a OPAS, maior efetividade nas ações locais em todos os aspectos: promoção, prevenção dos diversos agravos e cuidado integral. Além disso, a resposta à epidemia de DCNT necessita do trabalho intersetorial e das parcerias.



**Jarbas Barbosa da Silva** – Secretário de Vigilância em Saúde  
do Ministério da Saúde

Globalmente, a percepção sobre as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) tem passado por importantes transformações. No nível epidemiológico e da saúde pública, a magnitude dessas doenças e de seus fatores de risco já era algo bastante nítido; entretanto, do ponto de vista político, em escala mundial, ainda não havia atingido tanta notoriedade, o que pode ser comprovado pela ausência desse tema entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. A concepção, àquela época, era que as DCNT constituíam problemas somente dos países ricos, de países em desenvolvimento ou eram um desfecho natural da vida.

No Brasil, como em outros países, alguns fatores de risco se concentram principalmente nas populações menos favorecidas economicamente. Grande parte dos óbitos por DCNT são precoces e, em sua maioria, evitáveis. Ou seja, é um problema complexo e de grande magnitude, o que motivou que o tema fosse discutido pelos chefes de Estado na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2010 e que, posteriormente, resultou em uma convocação dessa organização para a reunião de alto nível sobre DCNT no ano seguinte, com a participação dos chefes de Estado. Nessa ocasião, o Brasil foi representado pela própria Presidenta da República Dilma Rousseff.

A partir desse momento, os governos se comprometeram no enfrentamento das DCNT e o tema passou a ser inserido nas agendas políticas dos países, o que foi relevante para demonstrar o compromisso político dentro da agenda de prioridades do governo brasileiro e não apenas do Ministério da Saúde, refletindo em um trabalho conjunto com vários outros ministérios. Atualmente, mais de vinte ministérios têm buscado aportar ações que já são realizadas e que, se melhor coordenadas, podem produzir mais efeito.

Apesar de todos os esforços empenhados, sabe-se que ainda há um longo caminho a ser percorrido, pois, da mesma maneira como a distância no tempo entre fator de risco e surgimento de doenças, no caso das DCNT é um desafio. Este processo é diferente do ocorrido em uma doença aguda infecciosa, na qual a pessoa sabe que, na semana anterior, se expôs a algum fator que produziu a doença. No caso das DCNT, são décadas de exposição. Desse mesmo modo, a mudança dos fatores de risco e de seus impactos não ocorrem de um ano para o outro, sendo necessário, então, um processo de monitoramento contínuo.

Esta reunião é mais do que um acompanhamento, pois neste momento será possível refazer os laços de solidariedade entre os vários setores do governo, os vários setores da sociedade, as várias instituições acadêmicas, no sentido de utilizar o melhor das contribuições técnicas e políticas de cada um, para que se possa continuar o aperfeiçoamento das respostas às DCNT no Brasil.

Ao realizar o balanço do Plano de Enfrentamento das DCNT no Brasil, foi possível perceber uma mudança de atitude, uma busca de complementaridade, de sinergia e trabalho conjunto. Acredita-se que, pela complexidade do problema, dos condicionantes e determinantes dessas doenças, esta seja a única maneira que se tem de garantir uma resposta efetiva.

## **APRESENTAÇÃO – Balanço do Plano de Ação para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil**

**Jarbas Barbosa da Silva** – Secretaria de Vigilância em Saúde  
do Ministério da Saúde

A epidemiologia das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil já é de conhecimento de todos, mas deve-se considerar também a importância econômica dessas doenças. Ao concentrarem-se nos mais pobres, as DCNT alimentam um ciclo entre pobreza e doença, fator extremamente relevante para as sociedades, para as famílias e para os sistemas de saúde.

No Brasil, é possível observar a redução da taxa de mortalidade por doenças transmissíveis e o crescimento da taxa de mortalidade por DCNT, que hoje respondem por quase 70% dos óbitos no país. Embora a taxa de mortalidade por DCNT tenha apresentado redução de 2,07/100.000 habitantes por ano no Brasil, ainda existe um grande desafio que é o de como dar celeridade a esse processo de redução.

Uma das questões que os sistemas de saúde têm hoje que se colocar: como é possível reduzir as taxas de morbidade e de mortalidade para além do que seria a redução natural? Para atingir a redução natural, ou seja, aquela que já é esperada, é só dar continuidade às estratégias que já vêm sendo adotadas? E se a intenção for fazer com que essa redução aconteça de maneira mais veloz? É necessário repensar no que ainda não está sendo realizado e de que já há evidências de funcionamento. Quais mecanismos e intervenções podem ser desenvolvidos que irão dar celeridade a esse processo? É esta a redução que se almeja.

Tem-se observado redução nas taxas de mortalidade por doenças respiratórias, doenças cardiovasculares, diabetes e neoplasias, o que pode ser explicado pelo desenvolvimento científico-tecnológico e pela universalização de acesso a alguns serviços e intervenções. Entretanto, certamente essa redução pode e deve ser muito mais acelerada à medida que avançarmos no trabalho integrado entre o Sistema Único de Saúde (SUS), as instituições acadêmicas e as sociedades científicas.

Em relação às hospitalizações decorrentes de DCNT, verificou-se pequena tendência de redução na última década. Entretanto, os custos com as hospitalizações têm aumentado de maneira expressiva, o que pode ser explicado pela maior complexidade nas intervenções e no aumento das incorporações tecnológicas que foram realizadas nos últimos dez anos. Cada vez mais o custo com as hospitalizações

decorrentes de DCNT passa a ter um impacto importante na rede assistencial do SUS.

Considerando o panorama epidemiológico e econômico das DCNT no Brasil, o Ministério da Saúde coordenou o processo de elaboração do Plano de Ações Estratégicas de Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022, que contou com a colaboração de mais de 400 pessoas das diferentes instituições acadêmicas, secretarias estaduais e municipais, ministérios, sociedades científicas e organizações não governamentais, o que garantiu a inserção de ações não somente do setor saúde, mas também dos demais setores envolvidos.

O Plano aborda os quatro principais fatores de risco modificáveis (tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física e consumo abusivo de bebidas alcoólicas) que, de maneira combinada, produzem grande parte da carga de DCNT existente no Brasil e quatro DCNT (cardiovasculares, cânceres, diabetes e respiratórias crônicas). O Plano Nacional visa trabalhar de forma integrada três eixos: 1) Vigilância, monitoramento e avaliação; 2) Prevenção e promoção da saúde; 3) Cuidado integral.

Foi eleito um conjunto de nove metas para serem inseridas no Plano, considerando a realidade e necessidade do país. Algumas metas são extremamente desafiadoras, como, por exemplo, as que propõem reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes e deter a prevalência de obesidade em adultos. Sabe-se que existem poucas intervenções efetivas capazes de reduzir ou deter a prevalência de obesidade. Entretanto, outras metas apresentam experiências bem-sucedidas, como a redução do tabagismo que, no Brasil, tem apresentado êxito nas estratégias adotadas.

Sabe-se que atingir as metas elencadas no Plano é desafiador, mas o objetivo é ir além: deseja-se produzir um efeito de mobilização que não se restrinja a uma lista de itens, mas que se proponha a obter resultados efetivos, que tenham impacto na redução da carga dessas doenças.

Sinteticamente, no Eixo 1, referente a vigilância e monitoramento, desde 2006, o Ministério da Saúde tem implementado um sistema contínuo de vigilância de fatores de risco e proteção para DCNT. Atualmente, esse sistema é composto pelo: 1) Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para DCNT, como o Vigitel, que é um inquérito telefônico realizado anualmente nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, que permite agilidade na obtenção das informações, é de baixo custo e garante a observação continuada e sistemática, permitindo dessa forma o monitoramento contínuo; 2) Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar, PeNSE, realizada a cada três anos com os escolares do 9º ano do ensino fundamental do Brasil; 3) Pesquisa Nacional de Saúde, que teve sua primeira etapa em 2013 e deverá ocorrer a cada cinco anos.

A Pesquisa Nacional de Saúde complementa a série histórica dos suplementos de saúde contidos na Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD). Foram realizadas aproximadamente 80 mil entrevistas, além de aferição de pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal e, em uma subamostra, será feita a coleta de material biológico (sangue e urina).

A pesquisa trará informações relevantes sobre os condicionantes da saúde, o acesso a medicamentos e serviços de saúde, a prevalência de doenças, entre outros fatores. Provavelmente, haverá uma chamada pública específica para garantir que todas as instituições de ensino e pesquisa do Brasil que tenham interesse possam utilizar esse banco de dados, com o objetivo de produzir o máximo de conhecimento para apoiar a tomada de decisões do governo. As informações obtidas por meio do Vigitel e na PeNSE já estão disponíveis no *site* eletrônico da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil.

No Eixo II, Promoção da Saúde, destaca-se a experiência do Programa Academia da Saúde, que se baseou em algumas experiências municipais consolidadas no Brasil e tem como objetivo oferecer oportunidades e espaços para a prática de atividade física, vinculados ao SUS. O programa permite a vinculação tanto da população do território, quanto dos indivíduos que estão sendo acompanhados pela equipe da Estratégia Saúde da Família. Existem atualmente 2.868 polos sendo construídos, 155 em funcionamento, mais de 225 com processo de licitação para a construção e aproximadamente 700 iniciaram a construção.

Outra estratégia adotada nesse Eixo foi o Programa Saúde na Escola, uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação com os gestores municipais e estaduais, que busca integrar a escola às equipes de saúde da família, para a realização de atividades de promoção da saúde.

No âmbito da promoção da alimentação saudável, foi firmado acordo entre o Ministério da Saúde e a Federação Nacional de Escolas Particulares (FeNEP), que tem como objetivo a adoção de medidas e ações para a promoção de práticas alimentares saudáveis nas lanchonetes de 18 mil escolas da rede privada de ensino.

Também foi firmado um acordo voluntário entre o Ministério da Saúde e a Associação Brasileira de Indústria de Alimentos (Abia) para a redução do teor de sódio dos alimentos industrializados, ressaltando que, embora se trate de um acordo voluntário, a Agência Nacional de Vigilância em Saúde (Anvisa) fará o monitoramento da quantidade de sódio presente nos alimentos pactuados.

Outro marco relevante foi a regulamentação do tabagismo com a Lei nº 12.546, de 15 de dezembro de 2011, que estabelece a proibição do uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro

produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado, privado ou público. Já em relação ao consumo de álcool, o Brasil teve uma boa experiência de mudança de cultura com relação a seu consumo abusivo, principalmente relacionado à direção de veículos. Foram realizadas também diversas campanhas de sensibilização por meio de parceiros, para contemplar as ações desse Eixo.

No Eixo III, que se refere ao cuidado integral, destaca-se a renovação da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família, sendo a principal porta de entrada do SUS. Entre as ações deste eixo, podem-se ressaltar: 1) aumento do acesso aos medicamentos por meio dos programas “Aqui tem Farmácia Popular” e “Saúde não tem Preço”, que fornecem medicamentos gratuitos para asma, hipertensão e diabetes; 2) Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, que Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); 3) criação do Sistema de Informação do Câncer de Colo e de Mama (SISCAN); 4) Aumento do acesso ao exame de mamografia; 4) Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); 5) Rede de Urgência e Emergência; 6) Linhas de Cuidado em DCNT.

As DCNT são prioridade em saúde pública e os gestores estaduais e municipais apresentam papel fundamental para que as metas estabelecidas no Plano de Enfrentamento de DCNT no Brasil sejam alcançadas.

## **PLANO REGIONAL DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: COMO ATINGIR AS METAS GLOBAIS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) NOS PAÍSES DA REGIÃO**

Dados demográficos que compreendem o período entre 2005 e 2010 apontam que a população total na Região das Américas e Caribe passou de 886 para 935 milhões de habitantes. Entretanto, observou-se também uma redução na taxa de crescimento da população, pois o crescimento médio anual em nível regional passou de 1,3% (no período entre 1995 e 2000) para 1% (nos anos entre 2005 e 2010) (UNITED NATIONS, 2011; OPAS; OMS, 2011).

Aproximadamente 250 milhões de pessoas da Região da América Latina e do Caribe sofrem de alguma Doença Crônica não Transmissível (DCNT). Dados de 2007 apontaram que 3,9 milhões de pessoas morreram por DCNT na Região, sendo que 37% desses óbitos ocorreram em indivíduos com idade inferior a 70 anos. Entre as DCNT, as doenças cardiovasculares (DCV) foram as principais causas de óbitos nos países das Américas, seguidas das neoplasias malignas. Os principais fatores de risco para as DCNT na Região, e que seguem a tendência mundial, são: consumo de tabaco, uso nocivo de álcool, má alimentação e inatividade física (OPAS, 2012).

Em função da magnitude do tema DCNT e seu impacto sobre os sistemas de saúde e a sociedade em todo o contexto mundial, foram propostas estratégias e estabelecidas metas globais para o enfrentamento das DCNT pela Organização Mundial de Saúde, bem como a elaboração de planos e metas regionais e nacionais que devem definir e priorizar as ações e os investimentos necessários a fim de enfrentar e deter as DCNT e seus fatores de risco. Neste sentido, os sistemas de vigilância das DCNT são essenciais para garantir o monitoramento e estabelecer as linhas de base, permitindo dessa forma o acompanhamento das metas nos âmbitos mundial, regional e nacional.

## **MESA-REDONDA – Plano Regional de Doenças Crônicas não Transmissíveis: como atingir as metas globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) nos países da região**

**Moderadora:** Zohra Abaakouk

### **ESTRATÉGIA REGIONAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS 2012-2025**

**Carlos Santos Burgoa** – Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Washington DC, EUA

A epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco configuram-se como um grande desafio em saúde pública para todos os países do mundo. Essas doenças são as principais causas de óbitos e incapacidades na região das Américas. As DCNT são responsáveis por mais de 3,9 milhões de mortes por ano nas Américas, o que equivale a 75% do total de óbitos. Doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, câncer e diabetes são as DCNT mais frequentes tanto nessa região como na maioria dos outros países do mundo. Cabe destacar que aproximadamente 36% dos óbitos por DCNT ocorrem de forma prematura, ou seja, acomete indivíduos com idade inferior a 70 anos. Estima-se que em 2030 a taxa de mortalidade por DCNT aumente em 50% na região das Américas, se a tendência de crescimento atual for mantida.

Embora a região das Américas seja marcada por diversidades econômica, social e étnica, a epidemia de DCNT abrangeu todos os países. Atualmente, observa-se que a incidência dessas doenças tem apresentado maior crescimento nos países de baixa renda do que nos países com maior renda. A população mais jovem e a com menor nível socioeconômico são as mais acometidas pela mortalidade prematura decorrente de DCNT, o que interfere na produtividade e na capacidade econômica das famílias de baixa renda, além de onerar as despesas dos sistemas nacionais de saúde e de segurança social, o que põe em risco a sustentabilidade do desenvolvimento global.

Ao analisar as taxas de mortalidade prematura (< 70 anos) por DCNT/100 mil habitantes, observa-se que se trata de uma epidemia heterogênea para a região, uma vez que há alternância entre as principais DCNT responsáveis pelo óbito. Na América do Norte, por exemplo, a principal causa de



mortalidade prematura entre os homens são as doenças cardiovasculares, semelhante ao que é observado no Brasil, enquanto no México a maioria das mortes prematuras é decorrente da *diabetes mellitus*. Essa situação requer, em âmbito regional, prioridades e estratégias diferentes.

Tem-se observado também aumento na prevalência dos fatores de risco para as DCNT. A prevalência de hipertensão arterial em adultos variou de 15% a 42% entre os países da região. O consumo abusivo de álcool entre meninos, com 13 a 15 anos de idade, em alguns países selecionados da região, variou de 18,1% na Guatemala a 41,2% na Jamaica, enquanto para as meninas se observou variação de 14,2% a 26,3% para Guatemala e Jamaica, respectivamente.

No que se refere à prevalência do hábito de fumar, entre adultos observou-se variação entre 5% e 39,9%. O Brasil inclui-se no grupo dos países que têm a menor prevalência de tabagismo atual. Para os adolescentes com idade entre 13 e 15 anos, a prevalência deste fator de risco apresentou a mesma variação que para os adultos, e o Chile, da mesma forma que aconteceu entre os adultos, obteve a maior prevalência de fumantes atuais (variando de 35% a 39,9%).

A prevalência elevada de excesso de peso é observada para os países da região, o que pode ser explicada, por exemplo, pelo aumento do consumo de alimentos com altos teores de açúcar e pela inatividade física. No âmbito da alimentação deve-se ter especial atenção às propagandas de alimentos não saudáveis, que influenciam seu consumo e desestimulam o consumo de alimentos *in natura*, como frutas, verduras e legumes. Quanto à inatividade física, importantes estratégias têm sido desenvolvidas para ampliar a prática de atividade física, como, por exemplo, melhoria da qualidade do transporte público, incentivo ao deslocamento ativo com a criação de ciclovias, além de ações de promoção à prática de atividade física no lazer, como a disponibilização de ruas e avenidas movimentadas em dias e horários específicos para práticas esportivas.

Dados apresentados na reunião de Alto Nível da Organização das Nações Unidas apontaram estimativa de gasto de 500 bilhões de dólares com as DCNT, o que equivale a 4% do Produto Interno Bruto (PIB) da América Latina e do Caribe. A projeção é que em 2025 esse gasto atinja 7,28 trilhões de dólares, o que demonstra o grande impacto que essas doenças têm na economia dos países.

Certamente, a resposta para o enfrentamento das DCNT e de seus fatores de risco não se resume ao setor da saúde, mas se faz necessária para a construção de uma agenda conjunta com diversos outros setores do governo, sociedade civil, instituições de ensino e pesquisa, organizações não governamentais, entre outros atores, o que desafia os ministérios da saúde, pois modifica a gestão organizacional das políticas e ações estratégicas a serem adotadas e implementadas.

Pesquisa realizada com o objetivo de aferir a capacidade dos países para o enfrentamento das DCNT apontou que a região das Américas, quando comparadas a outras regiões da Organização Mundial de Saúde (OMS), é a segunda que menos utiliza mecanismos de controle, como taxaço, por exemplo, o que demonstra que mecanismos eficazes não estão sendo utilizados. Observou-se também uma lacuna existente entre a criação de políticas e a capacidade de implementar suas ações.

Desde 2000, a OMS tem apresentado uma série de documentos, como acordos e resoluções, guias, planos de ações que, em 2011, levaram as DCNT como tema central de discussão para a reunião de Alto Nível da ONU. Em maio de 2013, foram aprovadas nove metas globais voluntárias na Assembleia Geral da OMS. A primeira delas visa à redução da mortalidade prematura por DCNT em 25% até 2025, que é o principal objetivo a ser atingido.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) reforçou a declaração da ONU em 2011 e a resolução de maio de 2013 da Assembleia Geral da OMS, ao organizar o plano de enfrentamento das DCNT para a região das Américas, uma vez que as metas e estratégias devem atender às necessidades e à realidade de cada região. Esse plano, previsto para ser lançado em outubro de 2013, e suas ações deverão ser aprovadas por cada país-membro da região. O grande desafio da região será atingir a meta que visa à redução em 25% da taxa de mortalidade prematura por DCNT até 2025. O plano propõe quatro linhas estratégicas de ação, que são: 1) políticas e parceria multissetoriais; 2) fatores de risco e proteção para DCNT; 3) respostas dos sistemas de saúde; 4) vigilância e investigação. A OPAS apoiará os Estados-membros na implementação do plano, além de facilitar as estratégias intersetoriais, incluindo a relação entre os níveis regional, nacional e global.

## MONITORAMENTO DAS METAS NACIONAIS E GLOBAIS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL 2011-2022

**Deborah Carvalho Malta** – Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil está estruturado em três eixos: 1) Vigilância, monitoramento e avaliação; 2) Prevenção e promoção da saúde; 3) Cuidado integral. No Brasil, a vigilância e o monitoramento das DCNT, bem como de seus principais fatores de risco e proteção, têm sido realizados por meio de inquéritos domiciliares, escolares e telefônicos e dos sistemas de informação em saúde.

No âmbito dos inquéritos domiciliares, podem ser citados:

1) Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis realizado em 2003, com abrangência para 15 capitais do Brasil e o Distrito Federal;

2) Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) que desde 2002/2003 apresenta dados relevantes sobre aquisição de alimentos, consumo alimentar e dados antropométricos da população brasileira. A POF é realizada a cada 5 anos e tem abrangência nacional;

3) Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), realizado com periodicidade de 5 anos com amostra representativa para o Brasil, no qual, em 2008, se inseriu o tema das DCNT;

4) Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), que substituirá o Suplemento Saúde da PNAD, iniciada em agosto de 2013. Será realizada a cada cinco anos, com amostra representativa para todo o país;

5) Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil, também realizada em 2013.

O inquérito telefônico, denominado Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), ocorre anualmente desde 2006, com a população adulta de 18 ou mais anos de idade, residente nas 26 capitais do Brasil e no Distrito Federal.

No que se refere à saúde dos escolares, em 2009, foi realizada a primeira edição da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, com adolescentes das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal. Essa pesquisa é realizada a cada três anos e, em 2012, passou a ser realizada também nos Municípios do interior, além dos Municípios das capitais do Brasil.

Os sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) com entrada contínua de dados que também colaboram para responder ao Eixo 1 do Plano são: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH). Considerando a epidemiologia das DCNT no Brasil, com informações provenientes dos inquéritos e sistemas de informações, brevemente descritos, foram estabelecidas as linhas de base de DCNT no país, bem como as metas a serem atingidas pelo país até 2020.

Após dois anos do lançamento do Plano de Enfrentamento das DCNT no Brasil, já é possível encontrar alguns avanços e desafios a respeito das metas definidas. A primeira meta, que se refere à redução da taxa de mortalidade prematura (<70 anos) para o conjunto das quatro DCNT estabelecidas no plano (doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas) em 2% ao ano, já foi atingida, pois no período de 2000 a 2011 houve uma redução de 2,07% dos óbitos prematuros por DCNT.

A segunda meta refere-se à redução da prevalência de tabagismo, que é o indicador de fator de risco que mais tem avançado no Brasil, o que pode ser atribuído às medidas regulatórias adotadas. Em 2003, segundo a Pesquisa Mundial de Saúde, o percentual de adultos fumantes no Brasil era de 22,1%. Em 2008, a *Global Adult Tobacco Survey* (GATS), que no Brasil foi denominada Pesquisa Especial de Tabagismo (PETAB), apontou que 17,2% dos adultos tinham hábito de fumar. Dados de 2011 do Vigitel demonstraram prevalência de fumantes igual a 14,8%. No período de 2006 a 2011, a frequência do hábito de fumar em homens reduziu-se a uma taxa média de 0,6 pontos percentuais ao ano, passando de 20,2% em 2006 para 18,1% em 2011. A meta estabelecida pela Organização Mundial de Saúde prevê uma redução de 30% do tabagismo, enquanto no Brasil se pretende que os fumantes adultos se limitem a 11% da população, em 2022.

No que se refere ao aumento da cobertura de mamografia nos últimos dois anos em mulheres com idade entre 50 e 69 anos, pode-se observar que, em 2008, os dados da PNAD apontaram 54% de cobertura. Os dados do Vigitel 2011 mostraram cobertura igual a 73,3%, o que contemplaria a meta de 70% de cobertura até 2022. Entretanto, os dados do Vigitel são referentes às 26 capitais do país e ao Distrito Federal, locais em que há maior cobertura e procura por esse exame, o que pode ser atribuído ao

maior acesso à informação e ao maior nível de escolaridade da população. Cabe destacar que a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde tem desenvolvido estratégias para garantir aumento da oferta de mamografias em todo o país, bem como garantia da qualidade desse exame. O monitoramento desse indicador também poderá ser acompanhado por meio dos resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, cuja primeira edição iniciou em agosto de 2013.

A quarta meta refere-se ao aumento da realização do exame de Papanicolau em mulheres de 25 a 64 anos de idade, nos últimos três anos. Dados da PNAD/2008 apontaram que 78% das mulheres brasileiras com essa faixa etária realizaram o exame preventivo para o câncer do colo do útero nos últimos três anos da realização da pesquisa. A meta estabelecida no Plano é que tal proporção atinja 85% até 2022, o que é possível, uma vez que dados de 2011 do Vigitel apontam que a frequência de realização de citologia oncológica para câncer de colo do útero, nos últimos três anos, em mulheres com idade entre 25 e 64 anos, foi de 80,5%.

Em 2009, 28,5% da população adulta residente nas 26 capitais do Brasil e no Distrito Federal referiram a prática, no nível recomendado, de atividade física no tempo livre. Já em 2011, esse percentual foi igual a 30,3%. Essa prática foi mais comum entre os homens, atingindo 38,1% em 2009 e 39,6% em 2011, do que entre as mulheres, 20,2% em 2009 e 22,4% em 2011. Embora a prática, em nível recomendado, de atividade física no tempo livre (lazer) se tenha tornado mais frequente entre a população adulta brasileira, esse crescimento não apresentou tendência significativa. O aumento da prevalência da prática do nível recomendado de atividade física é a quinta meta do Plano e é monitorada por meio do Vigitel e, a partir de 2013, também pela PNS.

Deter o crescimento da obesidade em adultos e reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes são as metas mais ambiciosas contidas no Plano Nacional. Dados do Vigitel têm apontado aumento na prevalência de obesidade no Brasil. Em 2006, 11% dos adultos residentes nas capitais do país e no Distrito Federal eram obesos, atingindo, em 2011, 15,8% da população. Para crianças e adolescentes, os dados da Pesquisa de Orçamento Familiar têm demonstrado situação semelhante. Em 2009, 16,6% dos meninos de 5 a 9 anos de idade eram obesos e, entre as meninas, esta prevalência foi igual a 11,8%. Para os adolescentes, com idade entre 10 a 19 anos, a prevalência de obesidade atingiu 5,9% do sexo masculino e 4,0% do sexo feminino. A expectativa dos gestores nacionais é de que as metas propostas para deter e reduzir a obesidade não serão atingidas até 2022, apesar de todos os esforços que estão sendo desenvolvidos, pois não se observa, em âmbito nacional e também no cenário mundial, evidências suficientes que permitam reverter o crescimento da obesidade. Entretanto, a permanência das metas que

se referem à detenção e redução da prevalência de obesidade – no Plano Nacional e no Plano da OMS – reforça o compromisso dos países em continuar a busca por soluções e estratégias que permitam o alcance destas no futuro.

A próxima meta refere-se ao aumento do consumo recomendado de frutas e hortaliças. Em 2009, 19,2% da população adulta residente nas capitais brasileiras e no Distrito Federal referiu ter consumo recomendado desses alimentos. Em 2011, o percentual atingiu 20,2% da população. A meta estabelecida pelo Brasil é que 24% da população apresente consumo recomendado de frutas e hortaliças até 2022. Embora o consumo recomendado desses alimentos se tenha tornado mais frequente entre a população adulta brasileira, esse crescimento ainda não apresentou tendência significativa.

Em relação à meta de redução do consumo abusivo de bebidas alcoólicas, no período de 2006 a 2011, não existe nenhuma tendência de mudança para esse indicador. Dados do Vigitel 2011 apontam que 17% dos adultos referiram esse comportamento, sendo maior entre os homens (26,0%) do que entre as mulheres (9,0%). A meta estabelecida pelo Brasil é atingir 12% de consumo abusivo de bebidas alcoólicas entre adultos até 2022.

Cabe destacar que as metas estabelecidas no Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT no Brasil estão de acordo com as adotadas pelo Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle das DCNT 2013-2020, conduzido pela OMS, como também com o Plano de Ação Regional de DCNT 2013-2019, da Organização Pan-Americana de Saúde. Como o Plano Brasileiro foi lançado em 2011, alguns indicadores ainda estão sendo incorporados.

A compatibilização dos indicadores e metas é importante, pois facilitará o monitoramento dessas doenças e de seus fatores de risco em escala global. Entretanto, a comparabilidade das informações obtidas em cada país ainda é um importante desafio, uma vez que se faz necessário investir na qualidade e validade dos dados que serão monitorados, na padronização dos inquéritos, metodologias e instrumentos. Esta é uma tarefa complexa, tendo em vista que, ao mesmo tempo em que o país almeja a comparabilidade, também tem suas prioridades em DCNT. Outros desafios, como aumento da cobertura dos sistemas de informações em saúde, parcerias intersetoriais e planejamento de novas ações e metas são realidades e já entraram na agenda de prioridades.

## MONITORAMENTO DAS METAS GLOBAIS DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NOS ESTADOS UNIDOS

**Sonia Angell** – Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), Atlanta, EUA

Em 2010, 75% do total de óbitos no mundo foram decorrentes de doenças e agravos não transmissíveis. Essa tendência global também é acompanhada pelos Estados Unidos (EUA), que no mesmo ano, tiveram 73% do total de óbitos por essas causas. Sabe-se que os fatores de risco, como obesidade, hábitos alimentares não saudáveis, tabagismo e hipertensão arterial exercem importante influência nas taxas de morbimortalidade por DCNT.

A fim de reduzir os impactos e avaliar a evolução na prevenção e controle das DCNT e seus fatores determinantes de risco, a Organização Mundial de Saúde adotou um conjunto de nove metas globais voluntárias para a prevenção e controle das DCNT, bem como o monitoramento de 25 indicadores para verificar as tendências e avaliar os avanços obtidos com a implementação de estratégias e planos nacionais. Cabe destacar que tanto as metas quanto os indicadores são aplicáveis às realidades nacionais e regionais.

Considerando o contexto mundial, os EUA têm centrado seus esforços na política de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio da agenda Pessoas Saudáveis 2020 (*Health People 2020*), que engloba 42 áreas temáticas, incluindo as DCNT, e um conjunto de 1.200 objetivos específicos mensuráveis por meio de metas, que devem ser atingidos até 2020. É uma agenda nacional que objetiva a melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida da população; visa também garantir o alcance da equidade em saúde, eliminando as disparidades, além de fornecer fontes confiáveis de dados na área da saúde pública, o que permite o monitoramento contínuo das informações e norteia a definição de políticas, programas e estratégias, bem como identifica a não efetividade de tais medidas.

Entretanto, monitorar 1.200 metas em nível global, não seria uma proposta factível desta forma, para que a estratégia Pessoas Saudáveis 2020 fosse utilizada como um plano modelo de promoção da saúde e de prevenção de doenças por outros países. Em 2011, foram estabelecidos os indicadores de saúde, que incluem 12 temas a serem monitorados pelos EUA e demais países interessados. Países como Coreia, Egito, Uruguai e México participaram de oficinas práticas sobre a agenda Pessoas Saudáveis 2020 e outras reuniões foram realizadas com representantes de Taiwan, Japão, Israel, Rússia e China.

Assim como a Estrutura de Monitoramento Global da OMS, a iniciativa Pessoas Saudáveis 2020 identifica metas específicas, objetivos mensuráveis e metas elaboradas para melhorar a saúde das populações, reduzir a carga da doença e eliminar as disparidades. Por meio dessa iniciativa, pode-se mensurar o avanço dos EUA por meio dos indicadores e metas estabelecidos que, em sua maioria, estão de acordo com o que foi proposto pelo Monitoramento Global da OMS.

A vigilância de DCNT nos EUA é composta por diferentes ferramentas, como sistema de mortalidade, morbidade e fatores de risco, o que não é comum em países de baixa e média renda. Entre os sistemas utilizados serão destacados o *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS), *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES), Pesquisa Nacional de Informação em Saúde e Sistema Nacional de Estatísticas Vitais, que fornecem dados para o monitoramento das metas da OMS e da estratégia Pessoas Saudáveis 2020.

O BRFSS é a maior pesquisa por telefone do mundo. São aproximadamente 500.000 entrevistas por ano realizadas com a população adulta residente dos 50 Estados dos EUA e tem como objetivo fornecer estimativas, em âmbito local, estadual e para áreas metropolitanas, de comportamentos de risco à saúde e práticas preventivas, bem como o monitoramento das tendências e o direcionamento das ações e políticas, além de permitir o conhecimento de questões emergentes em saúde pública. Uma importante limitação dessa ferramenta para o monitoramento de metas e indicadores é o fato de as informações obtidas serem autorreferidas. Entretanto, para a maioria dos indicadores, estudos de validação têm demonstrado a confiabilidade desses dados.

Em 1960, ocorreu a primeira edição da Pesquisa Nacional de Saúde e Exame Físico (NHANES), que é conduzida pelo Centro Nacional de Estatísticas de Saúde do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e tem ciclos bianuais, sendo a última realizada no período de 2011 a 2012. Trata-se de um estudo domiciliar junto a uma amostra com representatividade nacional de 5.000 indivíduos por ano. São realizadas mensurações diretas por meio de biomarcadores para fatores de risco para DCNT, de uma a duas semanas após a entrevista presencial. A equipe de estudo inclui um médico, um dentista, técnicos em medicina e saúde, e entrevistadores. As estimativas obtidas são em âmbito nacional, não sendo possível obtê-las em âmbito estadual ou local.

O Inquérito Nacional de Saúde (SNIS) é conduzido pelo CDC/NCHS. Teve sua primeira edição em 1957 e é atualizado a cada 10 ou 15 anos. Essa pesquisa monitora a evolução de doenças e incapacidades, caracteriza os indivíduos com vários problemas de saúde, identifica as lacunas existentes no que se refere ao acesso e uso dos serviços de saúde, além de avaliar a efetividade dos programas federais de saúde. Trata-



se de um estudo transversal, domiciliar em que todos os moradores da casa são convidados a participar, e a coleta de dados é contínua no ano em que a pesquisa está em campo.

O Sistema Nacional de Estatística Vital (NVSS) dispõe de informações sobre os nascimentos e óbitos, obtidas por meio de formulários e procedimentos padrão, visando à coleta uniforme dos dados em todo o país, como, por exemplo, a certidão de óbito padronizada. São utilizados principalmente para monitorar o progresso das metas de saúde.

As diferentes pesquisas e sistemas de saúde subsidiam a vigilância das DCNT, como ocorre, por exemplo, com o Sistema Nacional de Vigilância de Doenças Cardiovasculares (DCV), que utiliza informações do BRFSS, NHANES, do sistema clínico que fornece informações sobre o atendimento dos pacientes, sistema com informações sobre registros, sistema de estatísticas vitais etc.

A integração desse conjunto de informações possibilita o monitoramento das metas, definição de estratégias, entre outros, referentes às DCNT; entretanto, a vigilância dessas doenças e seus fatores de risco ainda apresentam limitações, tais como: nenhuma das ferramentas permite conhecer a incidência do infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral, o que é um grande problema quando se quer monitorar a efetividade das intervenções e seus efeitos. Apesar do declínio na mortalidade por doenças cardiovasculares, desde a década de 1960, existem poucos dados para descrever as estratégias de prevenção e tratamento que apresentaram maior impacto e não há dados sobre a prevalência e controle dos principais fatores de risco, como hipertensão e hiperlipidemia, no âmbito estadual e entre as populações mais vulneráveis.

Como inovação no monitoramento das DCNT nos EUA, incluiu-se no NHANES o recordatório 24 horas, o que tem sido uma importante fonte de informação sobre consumo de sódio, além da coleta de urina 24h, também para investigar o consumo de sódio em uma subamostra. Dessa forma, os indicadores monitorados nos EUA estão em consonância com os adotados pela OMS e as intervenções adotadas são mensuráveis.

Assim, em âmbito nacional, esses dados, embora com algumas limitações, facilitam o entendimento da epidemiologia das DCNT nos EUA, bem como o impacto das intervenções, o que também permite conhecer estratégias adequadas e o compartilhamento dos aprendizados entre países, tornando dinâmico o processo de enfrentamento das DCNT.

## **A INTERSETORIALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

A intersetorialidade é desenvolvida por meio de processos sistemáticos de articulações, pactuações, planejamento e cooperação entre as políticas públicas e os diferentes setores da sociedade. Constitui-se em uma estratégia, articulada entre saberes e práticas, que busca a convergência de recursos humanos, financeiros, políticos e organizacionais (BRASIL, 2012a).

A Política Nacional de Promoção da Saúde tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados a seus determinantes e condicionantes (modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais) (BRASIL, 2010a). A promoção da saúde é também um processo de empoderamento dos indivíduos ou grupos sobre sua saúde (BUSS, 2003).

O conceito ampliado de saúde considera os recursos sociais, pessoais e a capacidade física do indivíduo. A promoção da saúde concentra-se em alcançar a equidade em saúde, visando reduzir as diferenças no estado de saúde atual e garantir a igualdade de oportunidades e recursos para permitir que todas as pessoas atinjam seu nível máximo de saúde. Os indivíduos e grupos só atingirão seu nível máximo de saúde quando forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde. Portanto, a promoção da saúde não se restringe apenas ao setor saúde (WHO, 2009b).

No âmbito da promoção da saúde, a articulação intersetorial tem como objetivo promover a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e corresponsabilidades (BRASIL, 2010a). As ações em saúde de maneira intersetorial facilitam o enfrentamento dos limites da cultura organizacional que, tradicionalmente, é marcada por ações isoladas e setoriais, em que os serviços, produtos e ações são ofertados separadamente (BRASIL, 2012b).

A promoção da saúde possibilita que os fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis na população sejam percebidos com maior agilidade, respeitando e valorizando as diferenças existentes em todo o território brasileiro, com o objetivo de diminuir vulnerabilidades e lutar pela equidade e participação social no controle da gestão pública.

## **MESA-REDONDA – A Intersetorialidade como Estratégia de Implementação de Ações de Promoção da Saúde para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis**

**Moderador:** Alexandre Kalache

### **ESPORTE E SAÚDE – PARCERIAS NO PLANO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

**Ana Elenara da Silva Pintos** – Coordenação Geral de Esporte e Lazer do Ministério do Esporte

A Secretaria Nacional de Esporte, Educação, Lazer e Inclusão Social (SNEELIS) integra o conjunto de quatro secretarias do Ministério do Esporte e tem baseado suas ações e estratégias no Plano Plurianual 2012-2015. O objetivo que está diretamente relacionado à SNEELIS se refere à ampliação e qualificação do acesso da população ao esporte e ao lazer, por meio de articulações intersetoriais que promovam a cidadania, a inclusão social e a qualidade de vida.

Esse objetivo deu origem a duas metas: 1) desenvolver ações que garantam a implantação de projetos de esporte recreativo e de lazer para a população, com atenção às necessidades das faixas etárias, à acessibilidade, à diversidade cultural, às questões de gênero e às áreas em situação de vulnerabilidade social; 2) criar projetos de esporte e atividade física que contribuam com a promoção da saúde e da qualidade de vida da população, com atenção especial aos idosos nos espaços e equipamentos públicos de esporte e lazer.

Cabe destacar que, por esporte, a SNEELIS adota a dimensão de participação dos indivíduos, prática redimensionada, recriada, multifacetária que não se limita às regras oficiais, promovendo ações prazerosas, solidárias e favorecendo o desenvolvimento humano. Já o lazer é a ocupação do tempo livre com atividades as mais diversas possíveis, sejam esportivas, recreativas ou culturais, que busquem o desenvolvimento das habilidades e linguagens corporais e, principalmente, a autonomia dos sujeitos.

Ao relacionar esporte, lazer e saúde, pretende-se trabalhar a dimensão da promoção da saúde, entendida como um processo de capacitação da comunidade, garantindo a autonomia dos sujeitos, para

atuar na melhoria da qualidade de vida, incluindo sua maior participação e controle nesse processo.

O Ministério do Esporte tem como estratégias de promoção da saúde – que também foram inseridas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT – a implantação das ações de promoção de práticas corporais/atividades físicas e modos de vida saudável para a população e do modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo e o estímulo da construção de espaços urbanos ambientalmente sustentáveis e saudáveis.

O esporte e o lazer, no âmbito das políticas públicas, têm como grande desafio garantir esse direito para além do caráter assistencialista, utilitarista e descomprometido. Como aspectos centrais na elaboração de ações de esporte e lazer, deve-se considerar a inclusão social, acessibilidade a diversificadas vivências no lazer e o caráter educativo para todas as ações, que devem considerar a diversidade cultural e incluir atividades lúdicas. Para alcançar esses objetivos, a SNEELIS tem desenvolvido o Programa Segundo Tempo, o Programa Esporte e Lazer da Cidade (PELC) e o Programa Vida Saudável. Juntamente com esses programas, são desenvolvidas também outras ações, como apoio a jogos e competições estudantis, a jogos e eventos esportivos, assim como apoio a eventos científicos de esporte e de lazer.

O PELC, criado em 2003, é constituído pelo núcleo urbano e os núcleos para os povos e comunidades tradicionais que, além de proporcionarem a prática de atividades físicas, culturais e de lazer para todas as faixas etárias, visam também estimular a convivência social, a formação de gestores e lideranças comunitárias, o fomento à pesquisa e à socialização do conhecimento, contribuindo desta forma para que o esporte e o lazer sejam tratados como políticas públicas e direito de todos. Já o Programa Vida Saudável apresenta a mesma estrutura do PELC; entretanto, é direcionado para pessoas com 60 ou mais anos de idade, o que não impossibilita a participação de adultos, ou seja, dos familiares dos beneficiários. O protagonismo do sujeito que envelhece e a valorização dos saberes do idoso são algumas das diretrizes desse programa. São fomentadas ações educativas com vistas à promoção da saúde e ao envelhecimento bem-sucedido.

Para ambos os programas, pretende-se promover a auto-organização da comunidade, o trabalho coletivo, a intergeracionalidade e a intersetorialidade. Quanto a recursos, tanto o PELC como o Vida Saudável os dispensam para a contratação de equipe, pois, para cada núcleo, há um coordenador e mais seis agentes, que podem ser das diversas áreas, como da educação, do esporte e da cultura. Além disso, é feita uma capacitação e há recursos para eventos e para materiais permanentes e de consumo. Como fontes de financiamento, contam com dotação orçamentária, emendas parlamentares e parcerias interministeriais.

Os principais resultados desses programas são: ampliação do acesso ao esporte e lazer da população brasileira; introdução do debate sobre direito ao esporte e lazer nas políticas municipais, por meio do fomento à capacitação dos gestores; qualificação do processo de formação, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais, dos agentes sociais e profissionais envolvidos.

O Programa Segundo Tempo visa democratizar o acesso ao esporte para as crianças a partir dos seis anos de idade e para os adolescentes, por meio de fornecimento de práticas esportivas e de lazer no contraturno da escola. A parceria do programa com o Programa Mais Educação, do Ministério da Educação, possibilitou a expansão do Programa Segundo Tempo que atinge hoje um número maior de Municípios, além de contar com outras modalidades, como o Segundo Tempo Universitário, esportes adaptados e esportes náuticos. Como principais resultados desse programa destacam-se a ampliação do acesso ao esporte entre crianças e jovens carentes; o desenvolvimento da proposta pedagógica do processo de formação continuada desses professores e com a rede de universidades públicas no Brasil; a construção de uma identidade nacional para o programa, respeitando a diversidade local; o fortalecimento do processo de formação de todos aqueles que estão envolvidos no programa.

A democratização do esporte e do lazer como direito social ainda é um grande desafio. As parcerias com o Ministério da Educação no Programa Mais Educação e com o Ministério da Saúde para a implementação do Programa Academia da Saúde aumentaram o acesso ao esporte e lazer; entretanto, ainda é necessário que essas ações atinjam maior parcela da população, o que será possível somente com a manutenção destas e de outras parcerias. Outros importantes desafios são a estruturação do sistema nacional de esporte; a estruturação da política de esporte estudantil, tanto em relação a jogos, quanto em relação a eventos; a diversificação e ampliação das fontes de financiamento das políticas esportivas e sociais; a instituição de uma política nacional de formação de profissionais e agentes de esporte e lazer e, por fim, o fortalecimento dos programas, para que possam ser desenvolvidos por gestores municipais e estaduais, de forma contínua, por meio de uma política nacional de esporte e lazer, estadual e municipal, de Estado e não de Governo.

## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA ESCOLA

**Rosane Maria Nascimento da Silva** – Coordenação de Segurança Alimentar e Nutricional do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), Ministério da Educação (MEC)

O Ministério da Educação, por meio do Fundo Nacional para o Desenvolvimento da Educação (FNDE), está mobilizando-se para atender às ações e metas que foram pactuadas e inseridas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil. Nesse sentido, a Política Nacional de Alimentação do Escolar (PNAE) exerce um papel determinante na saúde dos escolares, incluindo a prevenção das DCNT, tendo em vista que tem como pilares a garantia da segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação adequada dessa população.

A escola é um ambiente propício para a formação de hábitos alimentares saudáveis, uma vez que é um espaço de aprendizado. A alimentação escolar é tida como uma ferramenta pedagógica, pois, além de saciar a fome imediata, possibilita aos escolares o acesso às informações sobre o valor dos alimentos para sua saúde, crescimento, desenvolvimento e aprendizado e permite a valorização e o reconhecimento dos alimentos locais/regionais.

O PNAE dialoga com alguns planos interministeriais, como:

- 1) Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis.
- 2) Plano de Segurança Alimentar e Nutricional.
- 3) Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade.

No que se refere ao Plano para Enfrentamento das DCNT, o PNAE tem como ações a promoção da aquisição de alimentos saudáveis, considerando as diferenças biológicas entre as faixas etárias e as condições alimentares que necessitem de atenção especializada; a formulação de orientação técnica para aquisição dos alimentos adquiridos da agricultura familiar, conforme o art. 14 da Lei nº 11.947/2009, e a promoção de ações de educação alimentar e nutricional, nas escolas do Programa Saúde na Escola. Para o desenvolvimento e alcance dessas ações, foram estabelecidas parcerias com o Ministério da Pesca e

Agricultura, Ministério do Desenvolvimento Agrário, Companhia Nacional de Abastecimento e Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição dos Escolares.

O atendimento das diretrizes da alimentação escolar para os alunos da educação básica, no âmbito do PNAE, é regulamentado por normas e diretrizes especificadas na legislação nacional vigente, bem como em Resoluções internas do FNDE, em que a mais recente é a Resolução/CD/FNDE nº 26, de 17 de junho de 2013, que acrescentou no âmbito da prevenção e do controle das DCNT restrições para a aquisição de alimentos não saudáveis que podem estar inseridos no programa. Neste sentido, o PNAE promove ações de educação alimentar e nutricional (EAN) para os escolares, segundo o conceito adotado no Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas, que devem ser realizadas e coordenadas pelo profissional nutricionista em parceria com os coordenadores da escola. Os cardápios devem incluir no mínimo três porções de frutas (200g) por semana; são estabelecidas as quantidades máximas de consumo de sódio *per capita*; é limitada a oferta de doces e ou preparações doces a duas porções por semana; é proibida a oferta de bebidas de baixo valor nutricional, bem como é restrita a utilização de alimentos prontos para o consumo. A adoção dessas medidas certamente contribuirá para a prevenção das DCNT e para a promoção da saúde, uma vez que privilegia a eleição de alimentos mais saudáveis.

As ações e parcerias adotadas no Plano de Segurança Alimentar Nutricional e no Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade se assemelham ao que foi proposto no Plano de enfrentamento das DCNT, uma vez que o objetivo maior é promover a alimentação adequada e saudável. Essas diferentes ações têm sido monitoradas continuamente por meio de convênios firmados com universidades brasileiras e com os Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição Escolar (Cecanes).

## A DIVERSIFICAÇÃO DAS CULTURAS DO FUMO E A PRODUÇÃO DE ALIMENTOS SAUDÁVEIS

**Christianne Belinzoni** – Ministério do Desenvolvimento  
Agrário (MDA)

O Programa Nacional de Diversificação em Áreas de Tabaco foi lançado a partir da ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), em 2005, pelo Governo Federal e baseia-se nos princípios do desenvolvimento sustentável, segurança alimentar, diversificação produtiva e participação social.

O Brasil é o principal exportador de tabaco no mundo e é o único que possui um programa de diversificação em área de tabaco. Isso é fundamental quando se analisa da perspectiva do agricultor que planta esse produto, uma vez que se trata de um trabalho extremamente exaustivo e insalubre. Por essas razões, a Convenção-Quadro e o Programa Nacional de Diversificação em Áreas de Tabaco foram inseridos no Plano Nacional de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT).

Em 2003, a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) fez uma previsão de redução em 10% da produção de tabaco até 2013, tendência que já está sendo observada. Desde 2010, a produção de tabaco no mundo tem sido maior do que seu consumo, o que é um fator positivo, pois as pessoas estão parando de fumar ou diminuindo a quantidade de tabaco fumado por dia. Entretanto, 98% da plantação de tabaco do Brasil é proveniente da agricultora familiar. Esse programa, portanto, visa salvaguardar os agricultores produtores de tabaco de uma possível redução da demanda, bem como aumentar sua qualidade de vida.

Além dos problemas de saúde, esses agricultores também apresentam problemas de ordem econômica e social. Desde o lançamento deste programa, em 2005, até os dias atuais, já foram financiados mais de 75 projetos, em parcerias com prefeituras, universidades, organizações privadas e públicas etc., visando à capacitação dos agricultores, para que eles possam diversificar, migrar sua produção para outras áreas, principalmente alimentos.

Além dos projetos, em 2011 foi lançado um edital com chamada pública para financiar ações de assistência técnica e extensão rural, especificamente para produtores de tabaco que objetivavam diversificação de produção. Essa chamada atendeu 10 mil agricultores, dos três Estados da região Sul do país, além de



agricultores residentes em Alagoas, Sergipe, Bahia e Pernambuco. Em agosto de 2013, foi aberto novo edital, com a mesma finalidade, contemplando 8 mil agricultores, entretanto, restrito a 8 mil agricultores da região Sul do Brasil, que é onde está concentrada aproximadamente 95% da produção de tabaco.

Nessas chamadas públicas, privilegia-se a diversificação agroecológica, garantindo-se a produção de alimentos saudáveis, isentos de agrotóxicos. Ainda neste sentido, o Ministério de Desenvolvimento Agrário lançou, em 2013, uma chamada pública para 50 a 75 mil famílias que já trabalham com agroecologia, com o objetivo de fomentar este tipo de produção.

Um dos principais desafios no que se refere à diversificação da produção é a comercialização. Portanto, foi necessário o estabelecimento de parcerias com outros ministérios, como, por exemplo, com o Ministério da Educação, que garante que no mínimo 30% dos alimentos adquiridos para o Programa Nacional de Alimentação Escolar sejam provenientes da agricultura familiar; com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; e com o Ministério do Desenvolvimento Agrário e o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf), que fornece crédito subsidiado de custeio e investimento, com taxas de juros que variam de 0,5 a 2% ao ano, para que os agricultores tenham possibilidade de investir em outras culturas. Ainda no âmbito das parcerias, o Ministério da Saúde tem apoiado as ações de melhoria da saúde dessa população, e o trabalho conjunto, intersetorial, tem colaborado para o aumento da qualidade de vida desses trabalhadores.

## **ESTRATÉGIAS PARA O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL**

**Marco Antônio Juliatto** – Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República

O Estatuto do Idoso, criado pela Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, completa dez anos em 2013. Este é um importante marco jurídico para a população brasileira com 60 ou mais anos de idade, uma vez que garante os direitos humanos básicos para essa população, além de ser uma importante ferramenta de empoderamento porque, conhecendo seus direitos, a população idosa poderá reivindicá-los.

O Brasil tem acompanhado a tendência da maioria dos outros países do mundo no que se refere à transição demográfica. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que, em 2001, existiam 15,5 milhões de idosos no Brasil e, em 2012, 24,5 milhões. Estima-se que, em 2020, serão 26 milhões de idosos no país, o que torna incontestável o aumento da população com 60 ou mais anos de idade. Em contrapartida, verifica-se a diminuição do taxa de natalidade e de fecundidade.

Dessa forma, o processo de envelhecimento pelo qual passa a população brasileira induz a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) a fortalecer com a máxima agilidade as políticas públicas de proteção e promoção dos direitos da pessoa idosa, estabelecendo parcerias com os diferentes Ministérios, organizações não governamentais, instituições de ensino superior, sociedade civil, entre outros atores, a fim de melhorar a qualidade de vida dessa população, tanto no âmbito social quanto no âmbito da saúde.

O envelhecimento ativo e saudável tem sido uma constante pauta de discussão no Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, bem como o tema das Doenças Crônicas não Transmissíveis e seus fatores de risco. A SDH/PR tem desempenhado importante papel a fim de consolidar as ações destinadas às pessoas idosas, desenvolvidas nos Municípios brasileiros e nos diferentes ministérios na área da saúde, segurança, assistência social, educação etc.

No âmbito do Sistema Único de Saúde e, portanto, do Ministério da Saúde, ficam estabelecidas as responsabilidades quanto ao fornecimento de atenção integral e especial à saúde da pessoa idosa, devendo também ser objeto de preferência em tratamentos pelo SUS, além de garantir ao idoso com dificuldade de locomoção o direito de atendimento domiciliar, fornecer gratuitamente medicamentos, próteses, órteses e

outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação, independentemente de sua classe social.

O papel desempenhado pela SDH/PR tem sido o de garantir que cada setor, órgão ou ministério do governo brasileiro cumpram suas atribuições específicas no cuidado da pessoa idosa, preservando seus direitos e melhorando sua qualidade de vida. O trabalho intersetorial tem garantido sucesso na implementação e aprimoramento das políticas relacionadas à pessoa idosa.

## PESQUISAS NACIONAIS EM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL

Desde as últimas décadas do século passado, seguindo a tendência mundial, o Brasil tem passado por importantes transições que produziram mudanças significativas no perfil da morbimortalidade da população. Observou-se o aumento da taxa de mortalidade por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), a redução da taxa de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, bem como o aumento da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários, aumento progressivo na expectativa de vida da população brasileira e significativa diminuição das taxas de fecundidade e natalidade (BRASIL, 2005).

As mudanças nos padrões de morbimortalidade na população impõem de forma constante novos desafios, tanto para os gestores do setor da Saúde quanto para outros setores governamentais, cujas ações repercutem na ocorrência dessas doenças. Dessa forma, a vigilância das DCNT no Brasil reúne um conjunto de ações que permitem conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência dessas doenças no país. O enfrentamento da epidemia das DCNT necessita de investimentos em pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa da vida saudável. Monitorar de forma contínua a morbimortalidade das DCNT é uma atividade fundamental e que deve ser executada em todos os níveis de gestão (MALTA et al., 2006). A fim de evitar o crescimento epidêmico das DCNT e seus fatores de risco, a prevenção e o monitoramento dessas doenças e suas consequências são fundamentais, tanto no âmbito da qualidade de vida individual, quanto para o sistema de saúde do país (BRASIL, 2005).

No Brasil, diversas pesquisas em todos os níveis de gestão têm sido realizadas a fim de monitorar as DCNT e seus fatores de risco na população, bem como para acompanhamento das metas estabelecidas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no país. Esses estudos são importantes fontes de informação e subsidiam as tomadas de ações e a condução das políticas públicas de saúde. São realizados periodicamente inquéritos de base populacional com amostras nacionais, por meio de entrevistas domiciliares, telefônicas ou ainda junto aos escolares. Há uma série de pesquisas específicas que são realizadas pelos centros colaboradores alocados em instituições de ensino e pesquisa por meio de financiamento cedido pelo Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde do Ministério da Saúde.

A Organização Mundial de Saúde estabeleceu metas globais para o monitoramento das DCNT e seus fatores de risco no mundo, o que representa um progresso significativo, uma vez que essas metas também cumprem o papel de dar visibilidade, conscientizar e ampliar o compromisso político para a ação global – e em cada país –, mais forte e coordenada, de prevenção e controle das DCNT (MALTA; SILVA JÚNIOR, 2013).

## **MESA-REDONDA – Pesquisas Nacionais em Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil**

**Moderadora:** Marilisa Barros

### **PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR – PeNSE 2012**

**Deborah Carvalho Malta** – Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, PeNSE integra o Sistema de Vigilância das Doenças Crônicas não Transmissíveis do Brasil. Teve sua primeira edição em 2009 e a segunda, em 2012. Essa pesquisa é realizada a cada três anos com adolescentes, idade média entre 13 e 15 anos, matriculados no 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas do país. Tem como objetivo determinar a prevalência de fatores de risco comportamentais na população de adolescentes, acompanhando as tendências, além de produzir evidências para orientar e avaliar os impactos das intervenções adotadas.

Em 2009, a PeNSE foi realizada com 63 mil alunos residentes nas 26 capitais do Brasil e do Distrito Federal. Já em 2012, a amostra foi composta por 109.110 alunos, 83% dos alunos que frequentavam as aulas, residentes dos Municípios das capitais e do Distrito Federal, além dos Municípios do interior sorteados, permitindo a análise para o país, para os Estados e regiões metropolitanas.

Em ambas as edições, por meio de questionário autopreenchido, os alunos responderam questões sobre contexto familiar; dados socioeconômicos; hábitos alimentares; prática de atividade física; cigarro, álcool e outras drogas; saúde sexual e reprodutiva; violência, segurança e acidentes; saúde bucal e percepção da imagem corporal. Quatro módulos foram incluídos na segunda edição, em 2012, com a finalidade de ampliar o monitoramento dos fatores de risco, bem como a comparabilidade internacional: hábitos de higiene, saúde mental, uso dos serviços de saúde e prevalência de asma. Cabe destacar que em 2009 houve aferição dos dados antropométricos; entretanto, em 2012, esses dados foram autorreferidos.

A pesquisa também obteve informações por meio de entrevista com o diretor da escola sobre as características do entorno da escola e do ambiente escolar, como: estrutura de informação e comunicação, alimentos comercializados, estrutura para práticas de atividades físicas, entre outros temas.

Os dados da PeNSE 2012 apontaram que 82,8% dos entrevistados eram de escolas públicas, 86% tinham entre 13 e 15 anos de idade e 52,2% eram do sexo feminino. Aproximadamente 30% das mães de estudantes da rede pública tinham o ensino fundamental ou 1º grau completo e 28,9% das mães de estudantes da rede privada tinham o ensino superior completo. Observou-se que, quanto maior a idade, mais os adolescentes informaram desenvolver alguma atividade remunerada, atingindo, no Brasil, 8,6% entre aqueles com menor idade (13 anos ou menos) e 22,1% para aqueles com 16 ou mais anos de idade.

Aproximadamente 58% dos entrevistados referiram que seus pais tinham conhecimento sobre o que eles faziam durante o tempo livre; entretanto, constatou-se que os pais de adolescentes de escolas privadas têm mais acesso a essa informação (68,6%), quando comparados aos de escolas públicas (56,3%). Dos entrevistados, 25,8% faltam às aulas sem a permissão dos pais ou responsáveis, 62,1% residem com o pai e com mãe e 32,3% dos pais ou responsáveis observam se os deveres de casa foram realizados.

No que se refere aos hábitos alimentares, a PeNSE apontou que 69,9% dos adolescentes consomem feijão e apenas um terço dos alunos (30,2%) consome frutas, ambos em cinco ou mais dias na semana. Quanto aos alimentos não saudáveis, considerando cinco ou mais dias na semana, observou-se que 41,3% consomem guloseimas e 33,2% consomem refrigerantes. As informações fornecidas pelos diretores de escolas demonstraram que 89,9% das escolas privadas e 28,9% das escolas públicas comercializam salgados de forno na cantina. Essa frequência é bem menor quando se refere à comercialização de frutas e ou saladas de frutas: 37,3% das escolas privadas e apenas 5,4% das escolas públicas.

No que se refere à prática de atividade física, verificou-se que 39,1% dos meninos e 21,8% das meninas são ativos no tempo livre; 40,6% dos meninos e 36,8% das meninas referiram ter aulas de educação física no mínimo duas vezes na semana; 27,9% dos meninos referiram praticar 300 ou mais minutos de atividade física nos últimos sete dias contra 13,1% das meninas. O hábito de assistir a duas ou mais horas de televisão foi igual a 76,7% e 79,2% para meninos e meninas, respectivamente.

A experimentação de bebidas alcoólicas alguma vez na vida foi relatada por 66,6% dos adolescentes; 19,6% também relataram a experimentação de cigarro e 7,1%, a experimentação de drogas. O consumo de bebidas alcoólicas atual foi igual a 26,1% e 5,1% dos adolescentes referiram tabagismo atual. A aquisição das bebidas alcoólicas, em sua maioria, para as meninas e meninos ocorreu em festas (44,4% e 33,9%, respectivamente). Um dado relevante é que 21,9% dos adolescentes conseguiram as bebidas alcoólicas em mercados, lojas, bares ou supermercados, o que é preocupante, uma vez que é proibida a comercialização de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos de idade. Preocupa também o fato de 11,2% das meninas e 8,8% dos meninos terem conseguido bebida na própria residência.

No que se refere ao comportamento sexual, os meninos apresentaram iniciação sexual mais precoce (40,1%) do que as meninas (18,3%). Destes, 73,3% relataram uso de preservativo na última relação sexual e 89,1% usaram outro método contraceptivo e ou Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. A PeNSE revelou ainda que a maioria dos adolescentes receberam informações sobre DST/AIDS e prevenção da gravidez (89,1% e 82,9%, respectivamente).

Aproximadamente 65% dos meninos percebem como normal sua imagem corporal, percentual que é menor entre as meninas (59,3%); em contrapartida, as meninas se veem mais gordas (17,2%) quando comparadas aos meninos (12,2%).

O envolvimento em brigas ou agressão física foi mais comum entre os meninos; no entanto, as meninas sofreram mais agressões de familiares. A direção de veículos motorizados foi relatada por 27,1% dos entrevistados com menos de 18 anos de idade, sendo o maior percentual observado na região Norte do país (34,7%); 16,1% dos adolescentes não usaram cinto de segurança e 22,9% andaram em veículo com motorista que consumiu bebida alcoólica.

A procura por profissionais ou serviços de saúde, nos últimos 12 meses, foi relatada por 48,2% dos adolescentes. 56,3% dos estudantes de escolas públicas procuraram atendimento na Unidade Básica de Saúde e 43,2% dos estudantes de escolas privadas procuraram consultórios médicos particulares.

O monitoramento desses fatores de risco e proteção tem sido muito relevante para o direcionamento de ações e estratégias, bem como a formulação de políticas públicas para essa faixa etária. Além disso, a PeNSE tem subsidiado programas, por exemplo, o Programa Saúde na Escola, e fornecido dados para outros Ministérios, como no caso do indicador que afere aulas de atividade física duas ou mais vezes na semana, que é o preconizado pelo Ministério da Educação.

## PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2013

**Célia Landman** – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz),  
Rio de Janeiro

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) é realizada por meio de uma parceria entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A pesquisa está incluída no Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE e deverá ter uma periodicidade de cinco anos.

Trata-se de um inquérito domiciliar, de base populacional, representativo para todo o país e que dará continuidade ao Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), sem prejuízo para a comparabilidade dos indicadores preexistentes. Em sua primeira edição, a PNS abrangerá aproximadamente 80 mil domicílios do país. A coleta de dados iniciou-se em agosto de 2013 e tem duração estimada de três meses.

A PNS está fundamentada em quatro eixos principais, que são: 1) avaliação do desempenho do Sistema Nacional de Saúde do ponto de vista população usuária; 2) estabelecimento do estado de saúde da população brasileira também sob a percepção do informante; 3) vigilância das Doenças Crônicas não Transmissíveis; 4) aspectos da equidade por meio das ações e dos determinantes sociais da saúde, fatores socioeconômicos, culturais, comportamentais e ambientais que influenciam a saúde. Esses eixos apontam para um cenário de avanços e desafios do Sistema de Saúde brasileiro, em que as informações são importantes subsídios no planejamento e gestão das intervenções em saúde, agravados por mudanças no padrão epidemiológico, investigação de determinantes relacionados e definição de estratégias para redução das iniquidades.

A PNS tem como objetivo geral produzir dados, em âmbito nacional, sobre a situação de saúde e os estilos de vida da população brasileira, bem como sobre a atenção à saúde, no que se refere ao acesso, uso e financiamento dos serviços de saúde. As entrevistas da pesquisa serão compostas por três etapas: 1) entrevista domiciliar, sobre as características do domicílio; 2) entrevista para todos os moradores do domicílio, a ser respondida por um informante do domicílio que dará informações de saúde para todos os moradores do domicílio, em continuidade ao Suplemento Saúde da PNAD; 3) entrevista individual, para a qual será selecionado um morador do domicílio com 18 ou mais anos de idade, por equiprobabilidade, entre todos os residentes elegíveis. Essa entrevista terá enfoque na morbidade e no estilo de vida. Serão coletadas medidas antropométricas, pressão arterial, amostra de sangue e de urina do indivíduo selecionado, com retorno dos resultados ao mesmo.



A amostra da PNS permitirá estimar alguns indicadores em nível de Estado, capital e interior, além de algumas regiões metropolitanas. Como a PNS integrará o SIPD, poderá relacionar-se com outras pesquisas, como PNAD e Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) em nível de setores ou Municípios. O tamanho dessa amostra foi calculado por desagregação geográfica de alguns indicadores de interesse, conforme estimativa média, erro da estimativa e efeito de conglomeração dos domicílios dentro dos setores e moradores dentro dos domicílios.

O questionário foi proposto para dar continuidade à PNAD e monitorar indicadores do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para DCNT por Inquérito Telefônico, Vigitel, incluindo questões importantes de outros inquéritos de saúde (nacionais e internacionais), além de tópicos definidos como relevantes pelo Ministério da Saúde.

A morbidade será avaliada pela autoavaliação, incapacidade de locomoção, visão e audição, sinais de angina e, nos casos de hipertensão, diabetes e depressão, será avaliada pelo acesso aos exames, consultas e medicamentos de uso contínuo e assistência prestada pós-diagnóstico. Os estilos de vida serão tratados quanto a aspectos já utilizados no Vigitel, como hábitos de alimentação e prática de atividade física. Para mensurar o uso de bebidas alcoólicas e tabagismo, serão utilizados indicadores provenientes do Vigitel e Pesquisa Especial de Tabagismo (PETAB).

No módulo acidente de trânsito e violência, consideram-se: exposição a acidentes de trânsito, uso do capacete e cinto de segurança, assistência de saúde e atendimento de emergência e exposição à violência por pessoa conhecida e desconhecida.

No módulo Saúde Bucal, serão tratados aspectos sobre higiene, característica da última consulta, perda dos dentes e o uso de próteses.

Em relação à Saúde da Mulher, serão solicitadas informações sobre os exames preventivos de câncer no colo de útero e mama, planejamento familiar e contracepção, história reprodutiva, pré-natal e assistência ao parto para mulheres com parto nos últimos dois anos anteriores à pesquisa.

No módulo Atendimento Médico, será avaliado o acesso à assistência médica em diferentes níveis de atenção, tempo de espera e filas para atendimento, tempo de consulta, avaliação do atendimento médico na visão do usuário e percepção de discriminação no serviço de saúde.

Finalizando os módulos, será realizada coleta de material biológico de urina (casual) e sangue (qualquer hora do dia).

Portanto, PNS será uma ferramenta essencial para aprimoramento do Sistema Único de Saúde nesta década, contribuindo com diretrizes e metas a serem alcançadas, em consonância com o Plano Plurianual 2012-2015, em vários Programas Temáticos e, também, com o Programa de Aceleração do Crescimento, ambos do Governo Federal.

## VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO (VIGITEL)

**Regina Bernal** – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico, Vigitel, foi realizado pela primeira vez em 2006 e, desde então, tem sido realizado anualmente pelo Ministério da Saúde. São realizadas 2.000 entrevistas para cada uma das 26 capitais do Brasil e o Distrito Federal, totalizando aproximadamente 54 mil entrevistas por ano. A população de estudo é composta por adultos com 18 ou mais anos de idade, portadores de pelo menos uma linha de telefonia fixa no domicílio.

O Vigitel utiliza o cadastro eletrônico das companhias de telefone nacional para sortear uma amostra probabilística. Os dados do Censo 2010 mostram que 61% dos domicílios brasileiros têm, no mínimo, um telefone fixo; entretanto, essa distribuição não ocorre de forma uniforme para todas as capitais do Brasil. As capitais da região Sul e Sudeste apresentam cobertura maior que 70%, enquanto as capitais das regiões Norte e Nordeste têm cobertura abaixo de 50%.

Para que os resultados sejam representativos para toda a população adulta, residente das capitais e do Distrito Federal, os dados do Vigitel são ponderados pelo Método Célula, considerando as variáveis: idade, sexo e escolaridade, fornecidos pelo Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, no ano 2000. Dessa forma, o peso de pós-estratificação ajusta a distribuição da amostra Vigitel para a distribuição da população nacional.

Por exemplo, um indivíduo que participou do Vigitel, com idade entre 18 e 24, com 0 a 8 anos de estudos, irá representar 14 mil indivíduos na população. Essa ponderação varia de acordo com o grupo etário das combinações, o que introduz uma alta variabilidade e perda de precisão nos resultados.

Dessa forma, a partir de 2012, a ponderação pós-estratificação a ser adotada pelo Vigitel será o Método Rake, visando a maior precisão dos resultados. Serão utilizadas as frequências de cada faixa etária, sexo e escolaridade da população, obtidas por meio da projeção intercensitária, ou seja, também a partir de 2012, não serão mais utilizados os dados do censo 2000 fornecidos pelo IBGE, mas projeções anuais para a população adulta brasileira, considerando o período intercensitário.

Como exemplo, podem-se citar os dados obtidos em 2011 pelo Vigitel. Considerando a capital Belo Horizonte, pesquisou 5.150 indivíduos e a projeção intercensitária apontou população igual a 1.600.000. Observou-se também que a amostra Vigitel apontou menor proporção de pessoas jovens e com menor escolaridade quando comparada à população projetada. Dessa forma, o Método Rake ajustará a distribuição da amostra Vigitel para a população intercensitária, para que a diferença entre essa amostra e a população seja igual a zero. Após esse processo, obtém-se a ponderação da amostra.

## ESTUDO LONGITUDINAL DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E BEM-ESTAR DA POPULAÇÃO IDOSA (ELSI) BRASIL

**Maria Fernanda Lima Costa** – Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Minas Gerais

Com as mudanças da estrutura etária brasileira, resultado da rápida transição demográfica pela qual o país passa, o tema envelhecimento tem ganhado cada vez mais destaque, não somente pelo aumento da expectativa de vida, mas também pelas mudanças socioeconômicas e no sistema de saúde advindas dessa situação, o que exigirá a elaboração de políticas públicas compatíveis com o cenário previsto.

O Brasil é o primeiro país da América do Sul a participar do consórcio Estudo Longitudinal das Condições de Saúde e Bem-Estar da População Idosa, denominado ELSI Brasil. Desse estudo, participam também os Estados Unidos e o Canadá, na América do Norte, onze países europeus, além do Japão, Índia, China e Coreia do Sul, na Ásia.

O delineamento do estudo é comum a todos os países participantes, ou seja, são conduzidos estudos de coorte, de base populacional, com amostras representativas para o país. É realizado com indivíduos de 50 ou mais anos de idade, objetivando captar aspectos entre a transição da fase economicamente ativa e a aposentadoria.

A realidade do envelhecimento no Brasil é diferente quando comparada a outros países, como, por exemplo, a Inglaterra. Comparando as duas realidades, por meio de dados provenientes no Brasil da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) e do ELSI Inglaterra, a capacidade funcional, como mobilidade, limitação física e atividades da vida diária do brasileiro com escolaridade mais alta é a mesma do inglês com escolaridade mais baixa.

Outras características do Brasil, provenientes de informações da PNAD, apontaram que a população com 60 ou mais anos de idade é essencialmente urbana (85%), 85% recebem algum tipo de benefício ou auxílio, como aposentadoria ou pensão e, em 2008, 28% eram analfabetos, o que inviabiliza a utilização de questionários autopreenchidos. O uso do serviço de saúde entre as faixas etárias populacionais (20 a 49 anos, 50 a 59 anos e 60 anos ou mais) é bem distinto. Enquanto na primeira faixa etária 5% tiveram pelo menos uma hospitalização nos últimos doze meses, na última faixa pesquisada a proporção foi de 12%. Um representativo impacto no sistema de saúde nacional.

Considerando as especificidades nacionais e as diretrizes internacionais, o questionário da pesquisa contendo 1.100 questões foi elaborado, após dois anos de discussões, e a primeira versão está em fase de revisão pela equipe internacional. Alguns módulos são importantes, como, por exemplo: condições de saúde, avaliação de atividades avançadas da vida diária, aspectos psicossociais, de bem-estar. Além disso, será avaliado o efeito isolado do ambiente e fatores genéticos nas condições de saúde.

A amostra nacional é composta por aproximadamente 10.000 pessoas com 50 anos ou mais de idade e será realizada em 7.500 domicílios em 70 Municípios do país. A linha de base será composta por entrevista domiciliar, medidas físicas, exames de sangue, com armazenamento de alíquotas biológicas, dois anos após uma entrevista domiciliar (1º seguimento) e repetição das medidas no quinto ano (2º seguimento). O desenho da amostra é complexo, com módulo domiciliar e individual para todas as pessoas do domicílio.

As medidas físicas e laboratoriais a serem realizadas serão: exames antropométricos, indicadores cardiovasculares, força do punho, teste de equilíbrio, velocidade em caminhar e levantar da cadeira; DNA (via saliva ou sangue total), Colesterol total e HDL, HbA1C, Proteína C-reactiva e vitamina D.

O projeto é financiado pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia e da Coordenação da Saúde do Idoso, Ministério da Ciência e Tecnologia, além do apoio do Instituto de Saúde e Envelhecimento dos Estados Unidos (*National Institute on Aging-NIA*).

## EXPERIÊNCIAS DE IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a inatividade física é o quarto principal fator de risco para a mortalidade mundial, respondendo por 6% do total de óbitos no mundo. Estima-se que sejam aproximadamente 3,2 milhões de mortes no mundo, decorrentes desse fator. A inatividade física é a principal causa de 27% dos casos de diabetes, 30% da carga de doença isquêmica do coração e entre 21% a 25% dos cânceres de mama e de cólon (WHO, 2010).

Define-se como atividade física qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que usa energia, o que inclui práticas esportivas, exercícios e outras atividades, como brincar, caminhar, fazer as tarefas domésticas, jardinagem e dança. Indivíduos ativos fisicamente apresentam menores prevalências de doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, diabetes, câncer de cólon e de mama, e depressão, além de serem mais propensos a manter seu peso adequado (WHO, 2010).

As políticas públicas na área de urbanização e ambiente têm grande potencial para aumentar os níveis de atividade física da população, como, por exemplo: espaços urbanos que propiciem a prática de caminhadas, ciclismo e outras formas de transporte ativo de forma acessível e segura para todos e escolas que tenham espaços seguros e facilidades para que os alunos possam ser ativos em seu tempo livre (WHO, 2010). Neste sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) sugere que sejam implantadas ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros na rede de atenção básica à saúde e na comunidade a fim de aumentar a prevalência da prática corporal/atividade física da população, além de ações de aconselhamento/divulgação e ações de monitoramento e avaliação (BRASIL, 2006).

O Brasil, desde a criação da PNPS, em 2006, têm desenvolvido diversas estratégias a fim de promover o aumento da prática corporal/atividade física no território. No período compreendido entre 2006 a 2010 foram financiadas ações referentes às diretrizes da PNPS, incluindo-se nesse contexto as ações de prática corporal/atividade física. Os Estados e Municípios que recebiam financiamento compunham a Rede Nacional de Promoção da Saúde. A partir de 2011, o Ministério da Saúde passou a investir no Programa Academia da Saúde que visa contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de espaços públicos construídos com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados para o desenvolvimento de práticas corporais; orientação de atividade física; promoção de ações de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar, bem como outras temáticas que envolvam a realidade local; além de práticas artísticas e culturais (teatro, música, pintura e artesanato), seguindo os princípios

norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Outras estratégias e programas também têm sido realizados em parceria com outros setores, inclusive além do setor saúde.

Os programas e estratégias adotados precisam ser acessíveis à população à qual se destinam e ter qualidade adequada, o que conseqüentemente causará um impacto sobre o comportamento ou a saúde da população ou comunidade. Para que todos os resultados sejam mensurados, é necessário que seja realizado um processo de avaliação, que a OMS conceitua como: *“Processo de determinação, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos. É um processo organizacional para implementação de atividades e para colaborar no planejamento, programação e tomada de decisão”* (BRASIL, 2007; OMS, 2000).

## **MESA-REDONDA – Experiências de Implantação e Avaliação de Programas de Atividade Física**

**Moderadora:** Ronice Franco

### **INDUÇÃO NA IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA**

**Thaís Severino da Silva** – Programa Saúde na Escola (PSE),  
Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

O Programa Academia da Saúde foi concebido a partir da observação de experiências exitosas em alguns Municípios do Brasil que, no mesmo espaço, desenvolviam práticas de promoção da saúde, atividade física, lazer, atividades culturais, entre outros. Desde 2005, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde apoiava essas iniciativas por meio de repasses financeiros e, em 2011, a Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011, do Ministério da Saúde criou o Programa Academia da Saúde, que tem parceria intersecretarias, Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).

O objetivo principal do programa Academia da Saúde é contribuir para a promoção da saúde da população, a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis. Cabe destacar que os profissionais dos Polos devem estar vinculados à Atenção Básica, especialmente aos Núcleos de Saúde da Família (NASF), podendo ser agregados profissionais de outras áreas do setor público e a localização deve ser próxima à residência dos usuários. Dessa forma, configura-se como um ponto que compõe a Rede da Atenção Básica.

A SAS e a SVS custeiam a implantação da estrutura física dos polos, que pode contar também com o financiamento do Município, bem como com recursos provenientes de emendas parlamentares. Um grande desafio no Programa Academia da Saúde é o reconhecimento, por parte dos gestores municipais, que o programa deve contar com financiamento de outras áreas, que as ações do programa não são exclusivas da saúde. Por ser um equipamento de promoção, prevenção e atenção à saúde, as ações esperadas são: práticas corporais e atividade física, cuidado em modos de vida saudáveis, alimentação saudável, práticas integrativas e complementares, práticas artísticas e culturais, educação e saúde, planejamento e gestão, mobilização da comunidade.



O Ministério da Saúde quer atingir a meta de quatro mil polos habilitados no Brasil até 2014. Atualmente, existem 2.868 polos habilitados e com anuência para construção; entretanto, deu-se início à construção de apenas 794 polos. Cabe destacar que os polos da Academia da Saúde serão inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o que também permitirá seu monitoramento.

No que se refere à capacitação, destaca-se o curso de educação a distância em promoção da saúde, organizado e gerenciado pela SVS que também visa fornecer subsídios teóricos para os profissionais que atuam no programa. Oficinas estaduais e videoconferências estão sendo realizadas em Estados e Municípios, além de monitoramento contínuo por meio do FormSUS e a implantação do e-SUS que substituirá o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Outro importante programa, no que diz respeito às DCNT, é o Programa Saúde na Escola (PSE), criado em 2007, por meio do decreto interministerial entre o Ministério da Saúde e Ministério da Educação. A inserção no PSE é realizada por meio de pactuação com os gestores municipais de saúde e educação e, atualmente, 4.673 Municípios brasileiros já aderiram aos PSE, 29 mil equipes de Atenção Básica estão vinculadas, englobando 77 mil escolas públicas e 18 milhões de estudantes. Os dados apontam a potência do programa, que proporciona que os escolares participem de atividades que articulam saúde e educação, além de aproximar a atenção primária em saúde e as escolas, o que tem impacto positivo na qualidade de vida dos educandos.

O componente 1 deste programa se refere à avaliação das condições de saúde a partir da condição antropométrica, e o componente 2 insere as questões de segurança alimentar e nutricional, práticas corporais e atividades físicas. O conhecimento sobre saúde aumenta a autonomia dos estudantes, bem como possibilita a adoção de comportamentos saudáveis, proporcionando o aumento da qualidade de vida no território.

## O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

**Danielle Keylla Alencar Cruz** – Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde

O monitoramento do Programa Academia da Saúde tem sido realizado por meio do FormSUS, que é um sistema de criação de formulários na WEB, gerenciado pelo DATASUS/Ministério da Saúde e tem como principal objetivo acompanhar o processo de implantação do Programa, além de identificar aspectos que possam contribuir para a tomada de decisões, como ampliação, fortalecimento e ou remodelação das ações.

Como participantes ativos nesse processo de monitoramento estão a Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria de Atenção Básica, atuando como coordenadores nacionais, seguidos das Secretarias Estaduais de Saúde, que respondem à coordenação geral e coordenam a etapa junto aos Municípios e, por fim, as Secretarias Municipais de Saúde que são responsáveis pelo preenchimento do questionário na esfera municipal.

Todo o processo de monitoramento foi gerido pela Coordenação Geral que forneceu senha de acesso e *login* para os Estados, permitindo o acesso ao questionário FormSUS dos Municípios. Os Municípios, por sua vez, responderam às planilhas por polo. Dessa forma, os responsáveis por cada esfera tinham acesso aos dados de seu interesse. Para facilitar o entendimento do monitoramento, o Ministério da Saúde elaborou e disponibilizou um manual contendo as orientações sobre como preencher o formulário.

Como resultados do primeiro ciclo de monitoramento, que ocorreu em maio de 2013, pode-se citar a adesão de 22 Estados ao processo; entretanto, foram observadas taxas de respostas baixas e não adesão de muitos Municípios contemplados com o polo da Academia da Saúde. Deve ser entendido como parte integrante do processo, uma vez que o Ministério da Saúde espera a adesão dos Municípios e Estados e não impõe a participação como obrigatoriedade do programa, visto que os dados obtidos com o monitoramento serão revertidos em ações e definições de estratégias para melhor funcionamento e efetividade do programa.

Nas 22 Secretarias Estaduais de Saúde (SES) que responderam ao formulário, pôde-se constatar que 45,4% da gestão do programa estão na área de vigilância em saúde, enquanto 31,8% estão na atenção à saúde, 9% estão na área específica de promoção da saúde e 13,6% têm gestão compartilhada (assistência e vigilância à saúde). Aproximadamente 59% das SES desenvolvem ações de educação permanente para os Municípios por meio de cursos, palestras e oficinas, 40,9% incluíram os temas do Programa Academia da Saúde nas ações de educação permanente que já existiam e 27,3% não realizam nenhuma ação de educação permanente para a implementação do programa. Como estratégias de monitoramento do Programa Academia da Saúde nos Municípios, 36,4% das SES referiram aplicação de questionários, 27,3%, acompanhamento dos indicadores de saúde e mais de 54%, reuniões técnicas e visitas locais como estratégias de monitoramento.

Em nível municipal, é possível obter informações sobre a inclusão do programa no plano municipal de saúde se o Município institucionalizou o programa por meio de decreto na câmara legislativa, quais as parcerias estabelecidas, quais as estratégias de monitoramento, quais as ações, entre outros indicadores que permitem ao Ministério da Saúde e aos Estados avaliarem a sustentabilidade e a continuidade do programa, independentemente do incentivo do governo federal. O segundo ciclo de monitoramento será realizado em novembro de 2013.

Tem-se observado também a inserção de outras secretarias na implementação e funcionamento do Programa, como a Secretaria de Educação, a Secretaria de Cultura, Esporte e Turismo e a Secretaria de Desenvolvimento Social e Ação Comunitária. Considerando o amplo contexto no qual o Programa Academia da Saúde está envolvido, e todos os marcos históricos da política de promoção da saúde no Brasil, o Ministério da Saúde, na quarta edição do Curso de Extensão para gestores do Sistema Único de Saúde em Promoção da Saúde, terá o Programa Academia da Saúde como objeto central de estudo, direcionando-se um módulo específico para esse tema.

## EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE

**Ricardo Menezes** – Secretaria Municipal de Saúde de Recife-PE

O Programa Academia da Cidade (PAC) em Recife foi implementado em 2002 pela Secretaria Municipal de Saúde. Na época, tinha como objetivo diminuir os contrastes sociais e econômicos e promover a melhoria das condições de vida da população por meio da oferta de serviços públicos que garantissem a inclusão social. Em 2003, o Programa foi institucionalizado pelo Decreto Municipal nº 19.808, de 3 de abril de 2003, e em virtude do sucesso obtido com essa iniciativa, em 2006 tornou-se uma política municipal de promoção da saúde, por meio da Portaria nº 122, de 28 de setembro de 2006. Outro importante marco regulatório do PAC foi a criação do cargo de profissional de educação física na saúde por meio da lei 17.400, de 28 de dezembro de 2007, e a realização do concurso para profissionais de educação física e nutricionistas exclusivos para o programa.

Atualmente, Recife conta com 39 polos do PAC, sendo um deles na Universidade Federal de Pernambuco e os demais divididos entre os seis distritos sanitários do Município. O programa tem como objetivo contribuir para a promoção da saúde coletiva por meio da prática de atividades físicas, lazer e orientação para a adoção de hábitos alimentares saudáveis, potencializando o uso dos espaços públicos, promovendo o protagonismo social, visando à melhoria da qualidade de vida da população. São desenvolvidas atividades como práticas corporais e atividades físicas, apoio às ações de promoção da saúde desenvolvidas na Atenção Primária em Saúde (APS), apoio às iniciativas da população relacionadas aos objetivos do programa, identificação de oportunidades de prevenção de riscos, doenças e agravos à saúde, bem como atenção das pessoas participantes do programa, desenvolvimento de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar, bem como planejamento junto à comunidade e APS.

O Programa recebe financiamento do Ministério da Saúde, desde a criação da Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2006. A partir de 2011, por meio do Programa Academia da Saúde do Ministério da Saúde, o Município de Recife recebe o incentivo para o custeio de 21 polos do PAC, para a execução das ações de promoção da saúde. No que se refere à construção dos polos, que podem variar de 5 mil a 12 mil m<sup>2</sup>, o Estado de Pernambuco oferece contrapartida igual a 80% do valor total e o Município, 20%. Estima-se que até 2014 o Município conte com 45 polos em funcionamento. Desde 2004, a iniciativa do

PAC tem sido reconhecida nacional e internacionalmente, por meio de prêmios que conferem à estratégia uma experiência exitosa.

Integra o PAC um coordenador geral; sete coordenadores técnico-pedagógicos, que representam a gestão nos distritos e são responsáveis pelo monitoramento do programa; 163 profissionais de educação física e oito estagiários. De acordo com estudo finalizado em julho de 2013, há um déficit de 52 profissionais nos polos, mas está sendo providenciada a realização de concurso público para preenchimento das vagas, objetivando sempre a melhoria da qualidade do serviço.

O monitoramento das atividades é realizado por meio de reuniões com a comunidade e os coordenadores técnico-pedagógicos de cada distrito, além de contar com o monitoramento realizado pelo Ministério da Saúde, por meio do FormSUS, e com os mecanismos de avaliação de políticas públicas próprios do Estado e do Município.

O PAC está inserido na rede de atenção à saúde, pois realiza intervenções em aproximadamente 64 espaços relacionados com a Atenção Básica (Unidades de Saúde da Família e Programa Saúde da Família), além de intervenções vinculadas à média complexidade.

Outras estratégias que têm sido utilizadas e vêm apresentando sucesso são as atividades de promoção da saúde entre servidores públicos; a realização de atividade entre polos, espaço em que um ou mais distritos se reúnem para a prática de atividade física; as atividades de educação em saúde; a atuação com crianças nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS; o projeto Bom Dia, que é desenvolvido com adultos e idosos do Centro Médico Ermínio de Moraes; o grupo de corrida. Dessa forma, o PAC se estende para além dos polos, proporcionando maior adesão dos grupos e comunidades, assim como a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

## AVALIAÇÃO DE EFETIVIDADE DE PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA

**Deborah Carvalho Malta** – Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde

O conceito de avaliação de programas de saúde adotado pelo Ministério da Saúde (MS) é o mesmo preconizado pela Organização Mundial da Saúde, que define avaliação como *“processo de determinação, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos. É um processo organizacional para implementação de atividades e para colaborar no planejamento, programação e tomada de decisão”* (WHO, 2000).

Partindo-se desse pressuposto, o Ministério da Saúde tem adotado diversas medidas com o objetivo de avaliar a efetividade e o impacto do Programa Academia da Saúde. Cabe destacar que, antes de adotar esse modelo como estratégia de promoção da saúde, no âmbito da prática de atividade física, o MS apoiou as avaliações dos programas de prática de atividade física existentes nos Municípios do Brasil, como Recife, Curitiba, Belo Horizonte, Aracaju e Vitória e na América Latina, por meio do Projeto Guia Útil de Intervenções para Atividade no Brasil e América Latina (GUIA), que conta com a participação e parcerias entre o Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana de Saúde, Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), Centro de Pesquisa e Prevenção de Saint Louis, além de universidades nacionais, como Universidade Federal de São Paulo, Universidade Federal de Pelotas, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Sergipe, entre outras.

Para a realização do Projeto GUIA, foram adotadas diferentes estratégias metodológicas, como: análise da história da implantação dos programas, em nível local; identificação do modelo lógico de cada programa; observação sistemática das atividades realizadas no espaço urbano; coleta de dados qualitativos dos profissionais e gestores envolvidos; estudos quantitativos junto aos usuários, bem como realização de estudos por inquérito telefônico e domiciliar, além de estudo de intervenção realizado em Belo Horizonte.

O inquérito de base populacional do Projeto GUIA, realizado junto a dois mil indivíduos, para avaliar o Programa Academia da Cidade, em Recife-PE, apontou, entre outros resultados, que a participação no Programa Academia da Cidade aumentou a prática de atividade física e confirmou

que esse modelo de programa é efetivo. Dados do Projeto GUIA para a América Latina demonstraram ainda que intervenções, como projetos comunitários com aulas de educação física, políticas públicas e planejamentos que envolvam a comunidade e prática de atividade física na escola são estratégias eficientes.

Desde 2005, o Ministério da Saúde financiava e monitorava os Municípios integrantes da Rede de Promoção da Saúde. No período de 2005 a 2010, 1.465 Municípios dos 26 Estados do Brasil e o Distrito Federal foram contemplados com esse financiamento para projetos relacionados à prática de atividade física.

Baseando-se nas evidências obtidas por meio da Rede de Promoção da Saúde e do Projeto GUIA, o Ministério da Saúde adotou essa estratégia que foi denominada Programa Academia da Saúde, como modelo de intervenção nacional em Promoção da Saúde, visando à promoção da equidade em saúde e à articulação com a atenção primária em saúde. A meta são 4.000 polos construídos até 2014.

O projeto de avaliação do Programa Academia da Saúde é realizado por meio de parceria estabelecida entre o MS, onze universidades nacionais, Fundação Oswaldo Cruz – Recife e CDC, que têm como objetivos avaliar a efetividade do programa Academia da Cidade no Estado de Pernambuco, analisar a implantação do Programa Academia da Saúde nos Municípios das cinco regiões do país, bem como detectar as barreiras e os facilitadores para a promoção da saúde, especialmente por meio da prática da atividade física, relacionada à implementação do Programa Academia da Saúde. Esse estudo é financiado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde.

Para essa avaliação foram adotadas diferentes metodologias de estudo, tanto quantitativas como qualitativas, em estudo de coorte, além de uma avaliação pré e pós implantação, que adotará métodos quantitativo e qualitativo.

Um subprojeto está em andamento em Pernambuco e seu objetivo é avaliar a expansão do Programa Academia da Cidade que, além da capital Recife, passou a abranger 184 Municípios do interior do Estado. Para isso, optou-se pela realização de três inquéritos anuais, sequenciais a partir de 2011. Para a composição da amostra, contou com o sorteio sistemático de 80 Municípios, considerando quatro diferentes estágios de implementação do programa: 1) Municípios sem obra ou aulas, 2) com obra e sem aulas, 3) com aulas em outros locais e 4) com obra e aulas. Para cada Município sortearam-se dez setores censitários, seguidos do sorteio da rua e em cada rua o sorteio de três indivíduos. Estabeleceu-se um mínimo de 30 entrevistas por Município, o que totalizará, após o terceiro ciclo de pesquisa, em 2013, um conjunto de 2.400 entrevistas.

O inquérito telefônico do Programa Academia da Saúde foi realizado junto aos gestores do programa dos Municípios contemplados com o financiamento do Ministério da Saúde. Os resultados preliminares apontam que 82% desses Municípios tinham até 49 mil habitantes; a maior parte dos projetos era da região Sudeste do país (33,4%), enquanto a região Norte apresentou a menor proporção (6,0%); em 34,7% dos Municípios, a proposta foi elaborada pelo Secretário de Saúde e 92,2% dos entrevistados informaram que o programa era uma prioridade para o Município. Profissionais de educação física (87,3%), enfermeiros (34,3%), nutricionistas (26,6%) e médicos (14,2%) foram os profissionais mais citados quanto à expectativa de atuação no programa. O programa, para a maioria dos entrevistados, estava alocado na atenção básica (46%), no gabinete da Secretaria de Saúde (26%) ou em outros setores (20%). Aproximadamente um terço dos entrevistados informou que o Programa Academia da Saúde estava inserido no Plano Municipal de Saúde, o que é um importante mecanismo de gestão.

Como importantes desafios tem-se a utilização das diferentes fontes de dados para produção de indicadores e, conseqüentemente, a obtenção de respostas para dúvidas existentes, bem como o fortalecimento do sistema de monitoramento e avaliação local, garantindo autonomia para Estados e Municípios.

Os resultados da avaliação do Programa Academia da Saúde apoiarão os gestores para o aprimoramento do programa.



**PAINEL – Experiência com avaliação e atividades de controle relacionadas às Doenças Crônicas não Transmissíveis. Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDC), EUA**

**Moderadoras:** Sonia Angell e Pragna Patel – *Noncommunicable Disease Unit, Center for Global Health*

**VISÃO GERAL DAS METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO DO CDC DAS INICIATIVAS DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS CARDÍACAS E AVC**

**Rashon Lane** – Centro Nacional de Prevenção de Doenças Crônicas e Promoção da Saúde

A Divisão de Prevenção de Doenças Cardíacas e Acidente Vascular Cerebral (AVC), do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, desenvolve seu trabalho para melhorar a saúde cardiovascular da população por meio de estratégias e políticas de saúde pública que promovam estilo de vida, comportamentos, comunidades saudáveis, além de diagnóstico precoce e acesso ao tratamento.

A prevenção dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), a ampliação da detecção precoce e o tratamento dessas doenças e seus fatores de risco, a redução da incidência e prevalência das DCV e a promoção da qualificação e mobilização dos recursos humanos da área de saúde pública para o enfrentamento dessas doenças são as metas estabelecidas pela Divisão de Prevenção de Doenças Cardíacas e AVC dos EUA.

Dessa forma, a fim de atender às metas e ao objetivo da Divisão, foram estabelecidos alguns programas, como, por exemplo:

1) Registro Nacional de AVC Paul Coverdell, que atualmente é realizado em onze Estados e que tem como objetivo monitorar a qualidade do atendimento e acesso aos serviços de saúde, desde o início dos primeiros sintomas de AVC, tratamento até a reabilitação, proporcionando, ao longo do tempo, redução das taxas de óbitos prematuros e incapacidades decorrentes de AVC.

2) Programa *Wisewoman*, que propõe mudanças no estilo de vida, como a adoção de hábitos de vida saudáveis, está implantado em 21 Estados e concentra-se em mulheres com idade entre 40 e 64 anos, de baixa renda, com seguro parcial de saúde ou não seguradas e com fatores de risco para DCV.

3) Programa Nacional de DCV e prevenção de AVC, implementado em 41 Estados e no Distrito de Columbia. É considerado o programa-base para enfrentamento das DCV.

Além desses programas, a Divisão de Prevenção de Doenças Cardíacas e Acidente Vascular Cerebral (AVC), do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos também desenvolve outras ações estratégicas vinculadas aos programas, como, por exemplo:

1) Milhões de Corações, uma iniciativa nacional que tem como objetivo a prevenção de um milhão de DCV, reduzindo o número de pessoas que necessitam de tratamento para essas doenças, o que favorece a otimização dos serviços de saúde, especialmente na atenção primária em saúde.

2) Programa de redução de sódio nas comunidades, com a finalidade de atingir os níveis recomendados de ingestão de sódio entre a população. Por meio desse programa, são realizadas estratégias inovadoras em hospitais, escolas, mercados e restaurantes locais para ajudar a criar ambientes que proporcionem alimentação mais saudável.

A avaliação desses programas e estratégias segue os seis passos da avaliação do CDC, que analisam os padrões de utilidade, viabilidade, adequação e exatidão, bem como na construção da prática baseada em evidências e evidências baseadas na prática. A avaliação objetiva permite conhecer as estratégias efetivas e que apresentam resultados na prática clínica. Essa prática avaliativa já possibilitou diversas publicações, como guias e manuais que direcionam a prática clínica, apontando as melhores estratégias, além de artigos científicos.

A iniciativa Milhões de Corações está desenvolvendo seu modelo de avaliação a partir de:

1) Criação de um modelo lógico, que é fundamental para o planejamento da avaliação e definição dos indicadores e parâmetros que serão adotados. Esses parâmetros são importantes para a divulgação das atividades-chave, não somente internamente para o CDC, mas também para os parceiros envolvidos e todos os interessados pelo tema no mundo.

2) Uniformização dos indicadores de qualidade em todo o país, importante para que se chegue à conclusão de sobre quais medidas foram capazes de reduzir eventos relacionados à hipertensão arterial e as DCV.

3) Monitoramento dos resultados a curto prazo.

Em relação ao Programa Nacional de Prevenção de Doenças Cardíacas e AVC, pode-se concluir que a prática baseada em evidências garantiu a expansão de novas possibilidades de financiamento na área de Doenças Crônicas não Transmissíveis, como nutrição, atividade física e obesidade, diabetes e saúde na escola, o que amplia a abordagem para as DCV e AVC. A avaliação dessa nova fase do programa contará com diversos métodos, que analisarão a implementação e o impacto das medidas adotadas por meio de indicadores nacionais de desempenho, pesquisa nacional de capacidade organizacional e avaliação nacional de processos e impacto.

**Alberta Mirambeau** – Centro Nacional de Prevenção de Doenças Crônicas e Promoção da Saúde

Têm-se observado inúmeras estratégias emergentes no que se refere ao enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco. Entretanto, ainda não há evidências quanto a sua efetividade. Como exemplo, pode-se citar o programa de redução de sódio nas comunidades, que vem sendo desenvolvido, embora não existam evidências científicas que identifiquem quais são as melhores estratégias.

Por ser o Programa de Redução de Sódio nas comunidades uma estratégia emergente, optou-se pela adoção do modelo de avaliação das estratégias baseadas em prática. Foram realizados estudos de casos durante o período de três anos, com a adoção de diferentes métodos de avaliação, a fim de conhecer como essas ações têm sido implementadas nos diferentes locais do país.

A avaliação das estratégias baseadas em prática consistiu de análise documental dos planos de trabalho comunitários, entrevistas com os atores dos programas financiados e seus parceiros, bem como a avaliação no nível comunitário. Desta forma, obteve-se um manual sobre a implementação de estratégias que objetivam a redução do consumo de sódio a fim de que estas possam ser disseminadas e replicadas.

Adotou-se também um processo de rastreamento sistemático visando à identificação de programas inovadores implementados na prática clínica ou comunitária, que estejam alinhados com as estratégias adotadas pelo CDC e que não recebam financiamento ou integrem alguma outra linha de ação estratégica. A análise sistemática é menos onerosa, pois não permite a avaliação de programas que não estejam prontos para serem avaliados.

O rastreamento sistemático de estratégias acontece em três etapas:

- 1) Identificação dos programas por um conjunto de especialistas.
- 2) Realização de visitas com objetivo de verificar in loco como está sendo a implantação do programa e para conhecer e acessar os sistemas de informação disponíveis.
- 3) Repasse das informações da visita técnica para os especialistas que, juntamente com a equipe do CDC, selecionam os programas que passarão por uma avaliação mais rigorosa. Dessa forma, o processo inicia-se com a Avaliação da Avaliabilidade (AA), que determina se o programa está pronto para uma avaliação mais rigorosa ou não. Após essa seleção, chega-se à avaliação mais rigorosa, que tem como objetivo verificar as estratégias adotadas, baseando-se nas evidências.

Como exemplo de estratégias que passaram ou estão passando pela fase de avaliação rigorosa têm-se: sistema de saúde que trata do controle da hipertensão; agentes comunitários de saúde como interfaces entre o sistema de saúde e a comunidade; adesão dos médicos às diretrizes de tratamento da hipertensão arterial e casas de saúde centradas no paciente.

As estratégias inovadoras que mais têm despertado interesse para avaliação são aquelas voltadas para a hipertensão arterial, controle do colesterol, cessão do tabagismo, além da promoção da prática de autocuidado do paciente, mudanças de comportamentos e como os sistemas de saúde estão mudando o ambiente, ou ainda, quais políticas ou processos que resultaram na implementação dessas estratégias.

## CUSTOS ECONÔMICOS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL, DOENÇA CADÍACA E AVC NOS EUA: IMPLICAÇÕES PARA O BRASIL

**Guijing Wang** – Centro Nacional de Prevenção de Doenças Crônicas e Promoção da Saúde

O custo da doença refere-se aos custos atribuíveis ou incrementais à doença e podem ser diretos, em geral disponíveis na literatura ou nos sistemas nacionais, como, por exemplo, diagnósticos, medicamentos, internações hospitalares, atendimentos médicos etc, ou indiretos, como perda de produtividade, assistência doméstica, entre outros ou ainda do tipo intangível, como dor e sofrimento. O custo da doença é utilizado como um método para comparar o custo entre as pessoas com e sem uma determinada doença, o que, no caso das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) terem um importante impacto econômico em virtude de sua natureza crônica.

Em 1980, o custo com assistência em saúde nos Estados Unidos da América (EUA) foi igual a US\$ 256 bilhões e, em 2010, foram gastos US\$ 2,6 trilhões, o que correspondeu a 18% do Produto Interno Bruto (PIB) do período e representa um aumento superior a 10 vezes no total do montante em um pequeno intervalo de tempo.

Comparando-se o gasto em saúde com o percentual que isto representa do PIB, os EUA têm o maior custo com assistência à saúde do mundo. Nos países desenvolvidos este gasto corresponde a menos de 12% do PIB. No Brasil corresponde a aproximadamente 9% do PIB e, normalmente, nos países em desenvolvimento este percentual varia entre 2% e 10% do PIB. Entretanto, para a maioria dos países em desenvolvimento, não apresenta muita confiabilidade, uma vez que os dados existentes não sustentam esse tipo de análise.

A despesa total dos EUA com as DCNT corresponde a aproximadamente 75% dos gastos com assistência à saúde e dados muito semelhantes são encontrados em todos os países desenvolvidos e em desenvolvimento, o que é muito relevante, uma vez que este percentual tende a aumentar ainda mais, pois observa-se o aumento da expectativa de vida e conseqüente envelhecimento da população, elevada prevalência dos fatores de risco para DCNT, como, por exemplo, obesidade e inatividade física, entre outros fatores. Cabe destacar também que a alta prevalência das DCNT e seus fatores de risco sobrecarrega

o sistema de saúde, tornando-o mais oneroso. Os maiores percentuais relativos aos gastos totais em atenção à saúde nos EUA são referentes à assistência hospitalar (31%), serviços médicos e clínicos (20%) e medicamentos (10%).

O aumento da prevalência de hipertensão arterial tem sido observado em todos os países do mundo. Nos EUA, aproximadamente 65 milhões de adultos (1 em cada 3 adultos) foram diagnosticados com hipertensão arterial. A hipertensão arterial requer tratamento específico, além de ser um importante fator de risco para outras DCNT, como, por exemplo, as doenças cardiovasculares.

Ao avaliar o custo direto da HA nos EUA, em 1998, observa-se que o custo médico foi igual a 108,8 bilhões de dólares, o que correspondeu a 12,6% do gasto médico total no país. Desse montante, apenas 21% foram gastos com o tratamento da HA, enquanto as complicações cardiovasculares (27%) e outros diagnósticos relacionados a essa doença (52%) representaram as maiores proporções do custo.

Os dados de internação hospitalar são os melhores parâmetros para se atingir o custo médio da HA, seguidos dos dados de serviços médicos e medicamentos. Os medicamentos são responsáveis pela maior parte dos custos com o tratamento da HA e é, também, um ponto relevante, pois o não controle dessa doença é um importante fator de risco para outras DCNT, principalmente as DCV. No que se refere aos custos das hospitalizações, mais de 95% estão relacionadas à hipertensão arterial como diagnóstico secundário. Dos US\$ 21 mil dólares gastos com a admissão hospitalar nos EUA, relacionados à HA, apenas 13% são atribuíveis ao tratamento e 87% são relativos a tratamentos envolvendo também outros diagnósticos, como DCV. Deve-se considerar também que os gastos com tratamento para HA aumentam conforme o aumento da idade. Quando se considerou diagnóstico primário mais HA como diagnóstico secundário, o custo variou de US\$ 18,863.00 a US\$ 31,106.00. Dessa forma, torna-se evidente que os custos com a HA envolvem outros fatores e não somente os gastos com tratamento, o que deve ser considerado na estimativa total do custo dessa doença.

No Brasil, a epidemiologia das DCNT tem apontado que mais de 72% dos óbitos são decorrentes dessas doenças; 35% dos adultos, com idade superior a 40 anos de idade, são hipertensos e a prevalência está aumentando na população mais jovem e 45% da população adulta está com excesso de peso. É importante conhecer quais são as DCNT com maior carga de doenças, quais têm maior impacto na economia e na produtividade da população e quais são os principais fatores de risco associados às DCNT no Brasil.

O custo anual da hipertensão e diabetes, *per capita*, em 2000, nos EUA foi igual a US\$ 1,803.00, seguindo das Bahamas (US\$ 405.00), Brasil (US\$ 362.00), México (US\$ 143.00) e Jamaica (US\$ 112.00). No mesmo período, os gastos com diabetes foram US\$ 895.00 nas Bahamas, US\$ 778.00 na Jamaica, US\$ 689.00 nos EUA, US\$ 316.00 no Brasil e US\$ 222.00 no México. Ao comparar os custos entre esses países, observou-se que apenas os EUA gastam mais com HA do que com diabetes, sendo o inverso observado para os demais, exceto para o Brasil, em que os custos são muito semelhantes para ambas as doenças.

Os gastos com HA nos EUA são muito superiores quando comparados a todos os demais países. Apesar de não poder afirmar claramente o motivo da disparidade entre os EUA e os demais países, no que se refere a HA, supõe-se que os custos apresentados pelos demais países refiram-se somente ao tratamento, não considerando a HA como um fator de risco ou diagnóstico secundário, o que levaria a uma subestima dos gastos. Poderia ser explicada pela ausência de informações ou utilização de métodos inadequados.

A utilização de dados precisos e confiáveis para a obtenção do custo orienta a destinação adequada dos recursos e políticas governamentais. Dessa forma, a avaliação do impacto econômico deve ser realizada como um importante mecanismo para prevenção de DCNT e precisa considerar os custos diretos, indiretos e a relação custo-benefício dos programas de intervenção.

## VIGILÂNCIA E CONTROLE MUNDIAIS DO TABAGISMO: PERSPECTIVAS DO CDC

**Deliana Kostova** – Centro Nacional de Prevenção de Doenças Crônicas e Promoção da Saúde

Nos Estados Unidos da América (EUA) aproximadamente 19% dos adultos são fumantes, sendo o percentual maior em homens (21,6%) do que em mulheres (16,5%). Entre os alunos do ensino médio, 18,1% são fumantes. O fumo de cigarro comum é a principal causa de morte evitável nos EUA. O hábito de fumar é responsável por mais de 440.000 mortes por ano, ou seja, um em cada cinco óbitos é decorrente do tabaco.

Ao considerar a análise histórica do consumo de cigarros *per capita* nos EUA observa-se que de 1900 até 1960 houve um aumento contínuo desse hábito, ocorrendo pequenas quedas nos períodos de guerra. Entretanto, a partir da década de 1960, com a primeira apresentação do relatório Surgeon General, em que foi confirmado cientificamente e divulgado que o uso do tabaco é nocivo à saúde, o consumo de cigarros *per capita* têm diminuído progressivamente. Diversas medidas e estratégias vêm sendo adotadas para que esta redução aconteça como, por exemplo, maior taxaço sobre os produtos derivados do tabaco e campanhas em mídias nacionais com depoimentos de ex-fumantes.

Para a vigilância e monitoramento do tabagismo, além de diversos sistemas e pesquisas, os EUA, por meio do CDC, conta com a Pesquisa Global do Tabagismo entre Jovens, a Pesquisa Global do Tabagismo entre Adultos e Perguntas sobre Tabaco, para as Pesquisas (QTS), realizadas por meio de questionários sistemáticos que permitem a comparabilidade com outros países.

A Pesquisa Global do Tabagismo entre Jovens é realizada com escolares de 13 a 15 anos de idade, por meio de formulário padrão autoaplicado. Foi realizada pela primeira vez em 1999 e até 2012 já tinha sido aplicada em 180 países. Alguns países adotaram a realização dessa pesquisa periodicamente e, em outros, foi realizada apenas uma vez. No Brasil, o estudo foi conduzido quatro vezes; entretanto, a amostra não tem abrangência nacional, representando apenas áreas específicas.

A Pesquisa Global do Tabagismo entre Adultos iniciou em 2008, tem abrangência nacional, é realizada em três etapas e atualmente envolve 32 países. Os países envolvidos concentram 69% dos



fumantes adultos do mundo. No Brasil, o estudo foi denominado Pesquisa Especial sobre o Tabagismo (PETAB) e realizado em 2008, com cofinanciamento do Ministério da Saúde. Em 2013, as questões foram incluídas na Pesquisa Nacional de Saúde que está em campo desde agosto de 2013. O Brasil tem-se destacado como um importante parceiro nesse processo, pois foi o único país até o momento que tomou essas iniciativas.

Pesquisas sobre Tabaco contêm uma lista de 22 perguntas, criada em 2010, que deve ser incluída em pesquisas nacionais, regionais e internacionais. Atualmente, é adotada por doze países que asseguram a continuidade da coleta de dados periodicamente após a realização da Pesquisa Global do Tabagismo entre Adultos.

Um bom exemplo para políticas de controle do tabagismo na população é o Brasil. O Relatório da Organização Mundial de Saúde sobre a Epidemia Mundial de Tabagismo de 2013 apontou que o Brasil teve aumentos históricos nos valores dos impostos sobre os cigarros. A participação total do imposto no preço de varejo da marca mais vendida era 57% em 2008 e 2012 atingiu 63%.

O aumento do valor dos impostos sobre o cigarro, bem como outras medidas regulatórias adotadas pelo Brasil, vêm promovendo importante redução na prevalência do tabagismo, bem como no consumo de cigarros no país. Estimativas demonstraram, para o Brasil, que aproximadamente 400 mil vidas foram salvas a partir dessas políticas de controle.

**DIA 14/08/2013**

### **III FÓRUM DE MONITORAMENTO DO PLANO DE ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL**

#### **A LINHA DO CUIDADO INTEGRAL SOB A PERSPECTIVA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são caracterizadas como etiologia incerta, decorrente de múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa, podendo estar associadas a deficiências e incapacidades funcionais. A intervenção no quadro patológico das DCNT requer o uso de tecnologias leves e duras, associadas a mudanças no estilo de vida, sendo necessária a adoção de um processo de cuidado contínuo (WHO, 2005).

O cuidado dos usuários com DCNT deve ocorrer de forma integral, que só será obtida se o cuidado for organizado em rede (MALTA E MERHY, 2010). As Redes de Assistência à Saúde (RAS) “constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde” (BRASIL, 2011a). Nesse sentido, cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita (MALTA; MERHY, 2010).

O cuidado integral é o terceiro eixo do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil. A fim de estabelecer diretrizes e articular ações e serviços já existentes no âmbito da gestão e dos serviços de saúde, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde propôs em 2012 a construção da Rede de Atenção às Pessoas com DCNT. Dessa forma, pretende-se que a atenção básica, ao coordenar o cuidado, seja capaz de garantir o cuidado contínuo ao usuário do Sistema Único de Saúde, fortalecendo os vínculos entre a população e os pontos de atenção, o que é imprescindível para a atenção à saúde integral da pessoa com DCNT (BRASIL, 2012b).

## MESA-REDONDA – A Linha do Cuidado Integral sob a Perspectiva das Doenças Crônicas não Transmissíveis

**Moderadora:** Leda Vasconcelos

### A REDE DE CUIDADO DE PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

**Patrícia Chueiri** – Coordenação Geral de Áreas Técnicas do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

O Brasil é um dos únicos países do mundo com população superior a 100 milhões de habitantes que tem um sistema público universal de saúde, criado em 1988, o que é em si um grande desafio, tanto no que se refere à organização dos serviços de saúde, quanto na redução das iniquidades existentes no território.

Nos últimos quinze anos, o Brasil tem passado por inúmeras transformações sociais e econômicas. Foi possível observar o aumento de 14% do número de domicílios cobertos com saneamento básico, 11% do Produto Interno Bruto *per capita* e do poder de consumo do brasileiro, principalmente das classes C e D, além da redução, em 20%, da taxa de analfabetismo da população com 15 ou mais anos de idade, do desemprego geral e do trabalho infantil. Outro fator importante é a transição demográfica pela qual o país está passando, que é caracterizada pelo aumento da expectativa de vida do brasileiro, aumento da população com 60 ou mais anos de idade e redução das taxas de fecundidade e de natalidade e a transição nutricional, em que houve redução da prevalência de desnutrição e aumento da prevalência de excesso de peso. Essas transformações são vistas como um grande desafio para o Sistema Único de Saúde do Brasil, uma vez que devem ser incorporadas ao planejamento das políticas públicas de saúde, visto que fatores como renda, escolaridade, acesso a serviços e bens, entre outros interferem diretamente no estado de saúde da população e acontecem de maneira diferenciada nos territórios.

A epidemiologia das DCNT no Brasil assemelha-se ao que está acontecendo no mundo. Atualmente, 73,9% dos óbitos no país são decorrentes de DCNT, sendo atribuídos às doenças cardiovasculares (DCV), a maior proporção das mortes por DCNT, com 31,2%, seguidos do câncer (16,7%) e das doenças respiratórias (6,0%).

No período de 1991 a 2010, a taxa de mortalidade por DCV por 100 mil habitantes reduziu 46%; entretanto, observou-se aumento da taxa de mortalidade por diabetes e outras doenças crônicas.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, a redução da taxa de mortalidade por DCV pode ser atribuída à expansão da atenção básica e melhoria do acesso aos serviços de saúde, com Programa Saúde da Família, existente desde a década de 1990 e que hoje tem cobertura superior a 50% da população brasileira, e a importante redução da prevalência de tabagismo no Brasil (passando de 34,8% em 1989 para 14,8% em 2011), resultado de inúmeras ações macrorregulatórias. A diminuição do ritmo do declínio das taxas de mortalidade por DCV pode, em parte, ser explicada pelo aumento expressivo da prevalência de obesidade e diabetes.

Os principais desafios do SUS, no âmbito das DCNT, são:

1) qualificação do cuidado, o que tem sido realizado com a expansão da atenção básica e também da atenção hospitalar e ambulatorial e que será avaliada por meio do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ);

2) ampliação do acesso a medicamentos e exames;

3) legitimação e responsabilização da atenção básica para a coordenação e ordenação da rede do cuidado, uma vez que é o ponto do sistema que tem maior capilaridade e, portanto, maior capacidade de fazer um diagnóstico das necessidades de saúde da população;

4) integração da rede, estabelecendo serviços de referência e contrarreferência;

5) integração e compartilhamento do cuidado;

6) promoção do autocuidado.

Para enfrentar esses desafios, o Ministério da Saúde está implantando as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e promovendo a melhoria da qualidade do cuidado. Foram definidas como prioridades da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, o câncer, os fatores de risco para doenças cardiovasculares, como hipertensão, diabetes e obesidade, e as doenças respiratórias crônicas. As redes desenvolvem seus trabalhos, baseando-se em ações de educação em saúde, suporte ao autocuidado, equipes multiprofissionais, linhas de cuidados e diretrizes clínicas e compartilhamento de informações. Atualmente, existem diversos atos normativos que regulamentam e direcionam as ações das RAS que transpassam toda a linha do cuidado, além das realizações de consultas públicas coordenadas pelo Ministério da Saúde.

No que se refere ao monitoramento e acompanhamento da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, pode-se destacar a substituição do sistema HiperDia, que continha informações sobre pessoas com hipertensão e diabetes em acompanhamento pelo SUS, pelo novo sistema, o e-SUS, além da unificação do SISCOLO (Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero) e do SISMAMA (Sistema de Informação do Câncer de Mama) que passarão a integrar o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), que ajudará também a monitorar o período entre o diagnóstico e o início do tratamento que, segundo a nova lei do câncer, de 2012, deve ser obrigatoriamente de, no máximo, 60 dias.

O Ministério da Saúde tem realizado cursos de educação a distância para profissionais de nível superior que atuam na Atenção Básica; revisão dos cadernos da Atenção Básica sobre hipertensão arterial sistêmica, obesidade, controle dos cânceres do colo de útero e de mama e estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica; curso autoinstrucional que aborda o tema do autocuidado para os profissionais de saúde e um *site* de apoio ao autocuidado, como estratégias de educação permanente em saúde.

O PMAQ tem como objetivo principal garantir a melhoria da qualidade da atenção básica e está sendo realizado em três etapas:

1) Contratual: Município e equipes da Atenção Básica aderem e estabelecem contrato de compromissos estratégicos e indicadores com o Ministério da Saúde;

2) Desenvolvimento: momento de organizar a oferta de autoavaliação, monitoramento, apoio institucional e educação permanente;

3) Avaliação externa: Municípios e ou equipes recebem a visita dos “Avaliadores da Qualidade”, grupo constituído por professores/colaboradores convidados das universidades parceiras para a aplicação do instrumento de avaliação/certificação que verificam itens sobre gestão, infraestrutura da Unidade Básica de Saúde, equipe e usuários.

Ao final da realização das três etapas, será fornecida uma nota final que será convertida em indicador de qualidade (ótimo, bom e regular) para as equipes e Municípios. O resultado da avaliação implicará o financiamento do programa para aquela equipe específica.

Em 2011/2012 realizou-se o primeiro ciclo nos Municípios e equipes que aderiram voluntariamente ao PMAQ. Participaram aproximadamente 17.500 equipes distribuídas em 3.972 Municípios do Brasil. Já no segundo ciclo, em 2013, a participação dos Municípios brasileiros foi igual a 93,6% (5.213 Municípios) e tem a participação de 38 mil equipes da atenção básica, incluídas as equipes do Núcleo de

Apoio à Saúde da Família (NASF) e as equipes dos centros de especialidades odontológicas. Cabe destacar que dos 47 indicadores do PMAQ, oito estão relacionados às DCNT.

Como resultados do primeiro ciclo, obteve-se que 80% das equipes disseram ter implantado o acolhimento, ou seja, os usuários têm suas demandas escutadas e avaliadas; 75% falaram que fazem a avaliação de risco e vulnerabilidade, e 72,5% das equipes disseram que atendem urgência e emergência. Quanto à marcação da consulta com especialista, constatou-se que a consulta é marcada na UBS e a data informada posteriormente ao usuário em 61% dos casos; em 35% o usuário sai com uma ficha e deve buscar e agendar o atendimento no serviço ao qual foi referido; em 39% a consulta é agendada pelo usuário por meio de uma central telefônica ou de agendamento. Em apenas 24% das UBS, o usuário sai com a data e horário da consulta definidos. Os usuários com maior risco que foram encaminhados são monitorados em 39% dos casos; 48,4% das equipes têm registro dos usuários com hipertensão arterial de maior risco e 63% dos cidadãos não têm dificuldade de ser consultados pelos especialistas quando são encaminhados.

No que se refere especificamente às DCNT, os dados do PMAQ apontaram que apenas 8,8% das UBS têm o kit de monofilamento para o teste de sensibilidade (estensiômetro); 68,2% têm glicosímetro; aproximadamente 65% das UBS referiram possuir mesa ginecológica com foco de luz; 59,4% referiram posse de balança antropométrica com capacidade para até 150 kg. Aparelhos para aferição de pressão arterial e aparelho para nebulização foram encontrados em 85,4% e 56,1%, respectivamente.

Quanto aos insumos necessários para a coleta do exame do Papanicolau, como espéculo descartável, escovinha endocervical, espátula de *ayres*, lâmina de vidro com lado fosco e porta-lâmina, a disponibilidade variou entre 68,3% e 82,1%. Entretanto, o esperado era que 100% das UBS afirmassem ter esses materiais. Em relação às fitas e tiras reagentes e seringas descartáveis com agulha acoplada para aplicação de insulina, 76% a 78% das unidades tinham esses insumos disponíveis para os usuários. Aproximadamente 70% das equipes têm ou recebem medicamentos da farmácia básica, suficientes para atender a sua população, 96% das equipes têm ofertas organizadas para hipertensão e diabetes; 36% têm ofertas organizadas para as doenças respiratórias e 43,8% disseram ter ofertas organizadas específicas para obesidade.

A programação do número de consultas e dos exames das pessoas com hipertensão arterial, considerada a estratificação de risco cardiovascular, é realizada em 76,5% das UBS. A espera para uma primeira consulta de quem já tem o diagnóstico de hipertensão é de até um mês em 93,2% das equipes.

A média nacional de consultas por ano em diabéticos com 15 ou mais anos de idade foi igual a 4,9%; já para hipertensão foi de 3,7%. Apesar de ser um número elevado de consultas/ano, é necessário

avaliar a qualidade do atendimento, pois aproximadamente 70% dos pacientes com diabetes referiram que seus pés não foram avaliados nos últimos seis meses. Aproximadamente 97% das UBS realizam exame citopatológico e 38,6% têm registros possibilitando a identificação das mulheres que estão em atraso com a realização dos exames.

Os resultados obtidos com o PMAQ, juntamente com as prioridades estabelecidas pelo governo, favorecem a identificação dos próximos passos, que serão: revisão da portaria de habilitação dos serviços especializados da oncologia, pactuação da linha de cuidado renocardiovascular, encontro com o grupo de trabalho para a discussão da linha de cuidado das doenças respiratórias, constituição de um grupo de trabalho para discussão dos cuidados paliativos na atenção domiciliar, criação dos serviços de atenção especializada ambulatorial relacionados ao câncer de mama e de colo, revisão dos valores de procedimentos dos exames de diagnóstico diferencial em oncologia, desenvolvimento da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade em alguns Estados e republicação do Programa Nacional de Melhoria da Mamografia.

## LINHAS DE CUIDADOS PRIORITÁRIOS DO SOBREPESO E DA OBESIDADE

**Patrícia Jaime** – Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde

A epidemia global de excesso de peso está em rápido processo de incremento, tornando-se o principal problema de saúde pública em diversas partes do mundo. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que a obesidade atinge 20,5% da população adulta na Argentina, 25,1% no Chile e 27,6% nos Estados Unidos. No Brasil, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares, POE, realizada em 2008 e 2009, demonstraram que aproximadamente 50% dos adultos estão com excesso de peso e 14,8% estão obesos. É bastante significativo para o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que mais de 43 milhões de usuários demandam algum nível de intervenção do ponto de vista de cuidado na Rede de Atenção à Saúde. O que se torna ainda mais preocupante ao observar que, segundo as informações fornecidas pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) por inquérito telefônico (Vigitel), apontam que o excesso de peso tem um aumento populacional médio de 1,05% ao ano e a obesidade de 0,76%. Se este ritmo de incremento permanecer, em 20 anos o Brasil terá prevalências próximas às encontradas nos EUA e no México, que são as nações com as maiores prevalências do mundo. Obviamente, isto teria um impacto importante para o SUS.

Dados recentes apontam que o valor gasto no SUS, em 2011, em ações de média e alta complexidade, que são os custos com atenção especializada, consultas e cirurgias voltadas para o tratamento da obesidade e cuidado de 26 doenças relacionadas foi igual a R\$487,98 milhões. Diante do atual quadro epidemiológico e nutricional do país, o Governo Federal, por meio de diferentes Políticas Públicas, têm direcionado estratégias, no âmbito da Saúde e de outros setores, para assegurar ambientes propícios ao estímulo de qualidade de vida e de hábitos saudáveis para todos.

A Política Nacional de Atenção Básica discute a necessidade do apoio de uma equipe matricial e multidisciplinar, analisando todas as necessidades de saúde do sujeito. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição, criada em 1999 e republicada em 2011, discute o desafio de trabalhar com a dupla carga de doenças relacionadas à alimentação e nutrição, desde intensificar a queda da desnutrição infantil e das carências nutricionais, como também a emergência do excesso de peso e da obesidade.



A Política Nacional de Promoção da Saúde tem como prioridade a promoção da atividade física, da alimentação saudável, que são comportamentos relacionados à prevenção do ganho de peso.

E, por fim, o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT demonstra a necessidade de intervenções vinculadas ao estilo de vida e ao ganho de peso, com metas definidas para reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes, aproveitando a janela de oportunidades do crescimento da criança e, pelo menos, manter os mesmos níveis observados de obesidade na população adulta, o que teria um grande impacto para o sistema de saúde, considerando a tendência do aumento da prevalência da obesidade na população adulta ano a ano.

É necessário observar a obesidade como um fator de risco para outras DCNT, mas também como uma doença em si, que tem um conjunto próprio de fatores determinantes e condicionantes e que demanda um olhar diversificado em seu sentido. É preciso articular, do ponto de vista de uma abordagem integral, as ações que estão voltadas ao cuidado do indivíduo que apresenta excesso de peso.

Como importantes desafios no enfrentamento e controle da obesidade, pode-se considerar a necessidade da qualificação do cuidado e da boa prática clínica para seu tratamento e prevenção; a ampliação do acesso a medicamentos, exames e procedimentos indispensáveis ao acompanhamento desse indivíduo; a integração e compartilhamento do cuidado em rede; a promoção e o apoio ao autocuidado do indivíduo em relação a suas práticas alimentares e a seu modo de vida, e, por fim, a ampliação da articulação intersetorial para o enfrentamento dos determinantes e condicionantes da obesidade.

A partir desse cenário, o Ministério da Saúde lançou dois importantes atos normativos no âmbito da obesidade, que são a Portaria nº424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, e a Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

A linha de cuidado traz, por seu próprio conceito, um conjunto de ações que consideram em seu fluxograma a atenção básica, a atenção especializada ambulatorial e a atenção hospitalar, estabelecendo a partir de critérios de vulnerabilidade de risco, definidos por pontos de corte do índice de massa corporal (IMC), um conjunto de diretrizes para a organização desse cuidado, articulando também as questões vinculadas ao apoio ao diagnóstico terapêutico e à regulação do caminhar desse sujeito a partir dos diferentes pontos de organização da rede de atenção das doenças crônicas, por meio das diretrizes da linha de cuidado.

A linha do cuidado prevê desde ações que passam pela promoção de estilo de vida saudável para aquele indivíduo que tem o IMC normal, como ações voltadas à reversão do sobrepeso, até as ações voltadas para os indivíduos que apresentam obesidade e tem o IMC  $\geq 40$ , podendo culminar, no final da linha, na atenção hospitalar para a realização do procedimento da cirurgia bariátrica e da cirurgia plástica reparadora. Então, pela integralidade, tem-se que considerar o indivíduo com diferentes riscos e garantir ações que passam pela promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Nesse sentido, a rede para as doenças crônicas e a linha de cuidado da obesidade buscam, na perspectiva da intersetorialidade, diferentes equipamentos no território e programas voltados para o tratamento e a prevenção da obesidade. A Unidade Básica de Saúde é o centro coordenador do cuidado e ordenador da rede. A linha do cuidado em obesidade traz para a atenção básica recomendações vinculadas ao tratamento das pessoas com obesidade, ações vinculadas à vigilância alimentar e nutricional, à promoção da alimentação saudável, além dos programas Academia da Saúde e o programa Saúde na Escola e a articulação intersetorial. Para garantir este conjunto de ações na atenção básica, é necessário ampliar e qualificar o cuidado matricial que é fornecido às equipes da atenção básica por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Atualmente, 82% dos NASFs têm nutricionistas, 85% têm psicólogos e 62% têm educador físico, mas há necessidade de ampliação do acesso para a população brasileira.

O Programa Saúde na Escola (PSE) faz a articulação entre a saúde e a educação, e 86% dos Municípios brasileiros aderiram ao programa em 2013, o que garantirá que aproximadamente 30 mil equipes da atenção básica trabalhem de forma articulada com as escolas públicas no território. A prevenção da obesidade tem sido uma prioridade do PSE. A semana de saúde na escola, tanto em 2012 como em 2013, teve como tema central e mobilizador a prevenção da obesidade infanto-juvenil. O Programa Academia da Saúde é reconhecido como um ponto de cuidado dentro da rede de atenção e na organização dessa linha de cuidado.

Considerando as diretrizes da linha de cuidado da obesidade, no âmbito das ações na atenção especializada, ambulatorial e hospitalar, pode-se afirmar que houve um grande investimento na ampliação do acesso à cirurgia bariátrica nos últimos cinco anos no SUS (em 2008, foram realizadas 3.195 cirurgias e, em 2012, 6.029 cirurgias). Entretanto, ao observar a distribuição dos serviços credenciados pelo SUS para a realização da cirurgia bariátrica, verifica-se que estes se concentram na região Sul e Sudeste do país, deixando uma lacuna na rede de assistência das regiões Centro-Oeste e Norte.

Dessa forma, em 2013, a Portaria de habilitação de centros de atenção especializada para realização de cirurgia bariátrica foi republicada, tendo como principal mudança que a habilitação dos hospitais que farão a cirurgia está condicionada agora ao Município ou à região de saúde garantir o funcionamento de toda a rede de atenção, dando atenção especializada multidisciplinar antes e após a cirurgia, a vinculação com o atendimento na atenção básica e a integralidade do cuidado desse indivíduo que apresenta obesidade grau três. Houve um incremento do financiamento para alguns procedimentos de diagnóstico prévio e de exames preparatórios e do número de técnicas cirúrgicas, além de alterações nas idades mínima e máxima para a realização do procedimento que deve ser discutida por uma equipe multiprofissional.

Como desafios para o Ministério da Saúde estão a habilitação de centros, vinculados à cirurgia bariátrica e à atenção especializada, em outras regiões do Brasil, priorizando as regiões Norte e Centro-Oeste, em virtude das lacunas assistenciais; o aumento do número de cirurgias bariátricas, baseado na organização do cuidado, desde a promoção de modos de vida saudáveis até o tratamento e reabilitação dos casos mais graves de obesidade; a incorporação da atividade à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) dos polivitamínicos necessários para o tratamento do indivíduo que passa por cirurgia bariátrica, pois, apesar de constarem da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), são disponibilizados individualmente, dificultando a adesão do paciente à suplementação.

A linha de cuidado da obesidade também prevê ações de intersectorialidade e de enfrentamento dos fatores de risco, determinantes sociais e ambientes da obesidade. Nesse sentido, têm sido desenvolvidas algumas ações vinculadas ao setor produtivo de alimentos, considerando todo o sistema alimentar, tanto da cadeia pública quanto da cadeia privada do setor produtivo de alimentos.

Foram firmados acordos com as entidades representativas da indústria de alimentos para a redução da gordura trans. Está em processo de conclusão a pactuação voluntária para a redução do teor de sódio em alguns alimentos e sendo iniciado o mesmo processo para a redução do teor de açúcar nos alimentos processados. Apesar de serem acordos voluntários, será realizado o monitoramento e a avaliação das metas pactuadas nas instâncias de participação e controle social, em especial o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA).

Outros exemplos são a realização de campanhas de educação alimentar e nutricional nos pontos de comercialização de alimentos, em que o Ministério da Saúde estabeleceu parceria com as Centrais de Abastecimento do Brasil para estimular o consumo de alimentos básicos, em especial de frutas e hortaliças,

pois são os alimentos protetores, e com o Ministério da Pesca, o estímulo ao consumo de peixe em razão do baixo consumo desse alimento pela população brasileira. Junto ao setor produtivo, pode-se citar a pactuação com a Federação Nacional das Escolas Particulares para a promoção de cantinas escolares saudáveis.

Em conclusão, com a linha de cuidado da obesidade objetiva-se ampliar o acesso e a qualidade da atenção para a prevenção e o tratamento do sobrepeso e obesidade, e depois organizar o cuidado desde a promoção de modos de vida saudáveis até o tratamento e a reabilitação dos casos mais graves, consolidando, assim, um cuidado humanizado e a integralidade do cuidado no SUS.

## LINHA DO CUIDADO INTEGRAL AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Cristina Hoffmann** – Coordenação da Saúde da Pessoa Idosa  
da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

O Brasil tem passado por rápidas mudanças na estrutura etária da população, reduzindo a proporção de crianças e jovens e aumentando a proporção de pessoas com 60 ou mais anos de idade. Além disso, tem-se observado a diminuição das taxas de natalidade e fecundidade e aumento da expectativa de vida da população. Esse fenômeno, denominado transição demográfica, traz muitos desafios para as políticas, em especial na saúde, assistência social e previdência.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimam que, no período de 1950 a 2025, a quantidade de idosos aumentará quinze vezes e a população total, apenas cinco vezes. O Brasil tem previsão de ocupar o sexto lugar entre os países do mundo, quanto ao número de pessoas com 60 ou mais anos de idade, alcançando 32 milhões em 2025. As informações da população idosa brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD 2011), demonstram que existem 23 milhões de pessoas idosas no Brasil e que a expectativa de vida é igual a 74 anos, sendo 77 para as mulheres e 70 para os homens. Uma peculiaridade importante: entre o grupo populacional de idosos, o que mais vem crescendo é o grupo dos mais idosos, contabilizando aproximadamente 24 mil centenários no Brasil.

Dados detalhados da PNAD 2008 apontaram que, entre os idosos, 56% são mulheres; 75% são independentes para o autocuidado; 25% possuem alguma incapacidade; aproximadamente 1% vive em instituições; 660 mil idosos estão na condição de acamados; 76% fazem uso exclusivo do SUS; 53% buscam os postos ou os centros de saúde como o primeiro local de atendimento e 51% de domicílios estão cadastrados no Programa Saúde da Família.

A longevidade deve ser entendida como uma conquista; entretanto, também implica uma reorganização da sociedade e das políticas públicas para atender às novas demandas que se apresentam, como, por exemplo, o aumento da busca por serviços da saúde e da complexidade do cuidado. Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu como diretriz para as políticas públicas o envelhecimento ativo, voltado às pessoas idosas, que tem como objetivo aumentar a expectativa de vida saudável, qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados, além de fomentar sua autonomia e independência.

Nesse sentido, a atenção primária em saúde deve ser coordenadora e ordenadora da rede de atenção à saúde da pessoa idosa, acompanhando todo seu percurso no SUS. Como fator essencial para o desenvolvimento da rede, destaca-se o trabalho intersetorial, que também promove a responsabilidade partilhada intra e intersetorialmente.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituída por meio da Portaria 2.528, de 19 de outubro de 2006, tem como diretrizes: promoção do envelhecimento ativo; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; implantação de serviços de atenção domiciliar; acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco e provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.

No âmbito das DCNT, o Ministério da Saúde está elaborando um documento norteador que conterà as diretrizes para o cuidado à pessoa idosa no SUS, a partir da construção de um modelo de atenção integral à saúde. Tem como objetivo principal contribuir para a organização da atenção em rede, sendo a atenção básica a ordenadora e coordenadora da articulação com os demais componentes, ampliando o acesso ao sistema de saúde e qualificando a atenção à população idosa, além de potencializar ações e serviços já desenvolvidos.

A linha de cuidado da saúde da pessoa idosa considera no desenvolvimento de suas ações o idoso em fragilidade com maior vulnerabilidade e o idoso independente. As ações para os idosos em fragilidade com maior vulnerabilidade incluem reabilitação, prevenção secundária, cuidados com longa duração e atenção domiciliar, enquanto para o idoso independente as ações são direcionadas para a promoção da saúde e prevenção, reabilitação preventiva, atenção básica e suporte social, considerando para ambos a intersetorialidade como peça fundamental.

Para a estruturação da linha do cuidado, muitas iniciativas e estratégias têm sido adotadas pelo Ministério da Saúde, como a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que é um importante instrumento de gestão; a inclusão de indicadores estratégicos no e-SUS e na Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), que é fundamental para o monitoramento da política; o Observatório da Pessoa Idosa; a atualização do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISPAP-Idoso); a ampliação do processo de educação permanente de profissionais e gestores, em especial na atenção básica, incluindo a temática do acolhimento, prevenção e atenção às condições crônicas; fortalecimento das ações de promoção de envelhecimento ativo na atenção básica e discussão sobre o uso racional de medicamentos.

Além dessas ações, a temática da saúde da pessoa idosa passa por outras redes, como, por exemplo, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas, bem como as Redes de Usuários da Assistência Social (SUAS). Pesquisas como Saúde e Bem-Estar dos Idosos Brasileiros (SABE) e Estudo Longitudinal das Condições de Saúde e Bem-Estar da População Idosa (ELSI Brasil) têm sido desenvolvidas por meio de parceria estabelecida com o Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, com o objetivo de fomentar a produção de conhecimento.

Portanto, o principal desafio é ampliar e qualificar o cuidado integral ofertado nas redes de atenção, de forma que as necessidades da pessoa idosa sejam supridas.

## PROGRAMA MELHOR EM CASA

**Aristides de Oliveira** – Programa Melhor em Casa, do  
Ministério da Saúde

O Programa Melhor em Casa foi instituído em 2011 pelo Ministério da Saúde. É uma iniciativa tripartite e tem como objetivo ampliar e qualificar o cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, a fim de reduzir a demanda por atendimento hospitalar e ou a redução do período de permanência de usuários internados, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

A atenção domiciliar justifica-se em virtude da transição demográfica e epidemiológica que vem acontecendo no Brasil, resultante do aumento da população com 60 ou mais anos de idade e da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. Isto requer cuidado por todo o período de vida. Para esse novo cenário, exige-se a implementação de novos modelos de atenção, formas de cuidado adequadas ao novo contexto. Soma-se a isto a crítica ao modelo hospitalocêntrico que, em alguns casos, pode ser incompleto, ineficiente e oneroso. Vários países vêm desenvolvendo políticas de atenção domiciliar em seus sistemas nacionais. No Brasil, desde a década de 1960 há relatos desse tipo de experiência.

Os principais princípios da atenção domiciliar são intersectorialidade, articulação em redes de atenção à saúde, humanização, otimização de recursos, parceria com a atenção básica etc. Cabe destacar que esse programa é transversal à rede de atenção básica, na média e alta complexidade. Tem características, ferramentas, conceitos e dispositivos da atenção da atenção básica, como territorialização e equipe multiprofissional; está dentro da casa do usuário, próximo de seu contexto social e cultural, mas ao mesmo tempo cuida com procedimentos tipicamente do âmbito hospitalar. Dessa forma, esse modelo de atenção não se enquadra no modelo tradicional das políticas de saúde; é uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestada em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

A Portaria nº. 963, de 27 de maio de 2013, normatiza a atenção domiciliar e estabelece que os Municípios brasileiros ou um agrupamento de Municípios, conforme pactuação prévia na Comissão de Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão de Intergestores Regional (CIR) com população igual ou superior a 20 mil habitantes poderão aderir ao Programa Melhor em Casa e receber financiamento do Governo Federal, desde que atendam aos demais critérios estabelecidos.



As Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) são divididas em tipos e diversificadas entre si pela carga horária de cada um dos profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem). O custeio mensal por equipe do EMAD varia conforme o tamanho da população e o tipo de equipe, se um ou dois, e podem variar de R\$ 34 mil a R\$ 50 mil. As equipes de apoio, como as do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, recebem financiamento de R\$ 6 mil por mês. Atualmente, 23 milhões de brasileiros estão cobertos por uma equipe de atenção domiciliar de referência.

O programa oferece para os profissionais da saúde educação permanente, como: programa multicêntrico de qualificação em atenção domiciliar a distância, dividido em 19 módulos; dois volumes do caderno de atenção domiciliar; e comunidade de práticas, que é uma plataforma *on-line* para troca de experiências e construção de rede.

Para o monitoramento do programa, foi criado e implantado o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS – AD) por meio de ação colaborativa com o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS) e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SGEP/MS). O formulário é preenchido por intermédio de um dispositivo móvel (computador de mão), sendo doado um dispositivo para cada trabalhador que compõe as equipes de atenção domiciliar do Melhor em Casa. Este sistema migrará para o e-SUS.

Em 2012, foi feita uma pesquisa por meio de inquérito telefônico realizado pela ouvidoria do SUS, com 2.120 usuários que foram identificados por meio do RAAS, para verificar sua satisfação. Os pacientes e cuidadores que responderam à pesquisa residem em 44 Municípios de 16 diferentes Estados brasileiros. Aproximadamente 93,9% dos usuários que responderam à pesquisa classificam o atendimento prestado pela equipe do Melhor em Casa com nota entre 7 e 10; 70% dos usuários classificam o atendimento prestado pela equipe do Melhor em Casa com nota 10 e 95,9% dos entrevistados recomendariam o Serviço de Atendimento Domiciliar para um amigo ou familiar.

Dados do RAAS apontaram que 55% dos usuários do serviço de atendimento domiciliar são provenientes da atenção básica; 24%, da internação hospitalar; 16%, de outros serviços; 5%, de serviços de urgência e 1%, do centro oncológico. Do total de usuários que responderam à pesquisa, 86% ainda permanecem no programa, 56% dos usuários são mulheres e 68,9% têm 60 ou mais anos de idade. Os principais diagnósticos que levam ao atendimento domiciliar foram Acidente Vascular Encefálico (24,5%), seguido do Alzheimer (7,2%) e de neoplasias (6,6%).

## POLÍTICAS PARA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Hábitos alimentares não saudáveis e inatividade física estão entre os principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), além de contribuírem para o aumento da carga global dessas doenças, da taxa de mortalidade e das incapacidades (WHO, 2004).

As mudanças quantitativas e qualitativas nos hábitos alimentares da população são o resultado da complexa interação de inúmeros fatores, como renda, preços, acesso, crenças culturais, tradições, bem como fatores geográficos, ambientais e socioeconômicos. A interação desses fatores determina o padrão de consumo alimentar de um indivíduo ou comunidade (WHO, 2002).

Atualmente, a alimentação da maior parte dos indivíduos é composta por elevada quantidade de alimentos com alta densidade calórica, gordura saturada, açúcares simples e redução da ingestão de carboidratos complexos, fibras alimentares, frutas e hortaliças. Essas mudanças na dieta se tornam ainda mais graves em virtude das alterações no estilo de vida, que refletem redução da atividade física no trabalho e no lazer (WHO; FAO, 2005).

O consumo diário de frutas e hortaliças em quantidades suficientes pode prevenir doenças cardiovasculares e certos tipos de câncer. Estimativas da Organização Mundial de Saúde apontaram que 31% das doenças isquêmicas do coração e 11% dos acidentes vasculares cerebrais no mundo são decorrentes da baixa ingestão de frutas, verduras e legumes e que aproximadamente 2,7 milhões de vidas poderiam ser salvas anualmente se houvesse aumento no consumo de frutas e hortaliças (WHO; FAO, 2005).

Os temas alimentação e nutrição foram inseridos na legislação do Estado Brasileiro a partir da Lei 8080, de 19/09/1990, que entende a alimentação como fator determinante e condicionante da saúde (BRASIL, 1990). Em 2010, a alimentação foi incorporada ao artigo 6º da Constituição Federal como um direito social (BRASIL, 2010b).

O Estado Brasileiro tem atuado no sentido de promover alimentação adequada e saudável, no combate à fome e à pobreza (BRASIL, 2012c) e, nesse sentido, vem estabelecendo importantes marcos políticos e legais, como a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2006), a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2010c), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2012c), a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011b) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006), entre outras que, em suas diretrizes, fortalecem a alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde, bem como suas estratégias e ações articulam com os determinantes sociais da saúde, como a promoção da saúde e a prevenção de agravos.

## MESA-REDONDA: Políticas para a Alimentação Saudável

**Moderadora:** Elaine Machado

### POLÍTICAS MINISTERIAIS PARA A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

**Patrícia Jaime** – Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde

A promoção da alimentação saudável tem sido discutida de forma transversal, nos diferentes Ministérios do governo brasileiro, como também propõe as ações do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT).

As intervenções populacionais consideradas as melhores estratégias pela Organização Mundial da Saúde (OMS) são a redução da ingestão de sódio e do conteúdo de sódio nos alimentos e a substituição das gorduras trans em alimentos por gorduras poli-insaturadas. Outras intervenções de base populacional, custo-efetivas e de baixo custo, que podem reduzir o risco para DCNT, incluem a promoção da amamentação adequada e alimentação complementar; restrições sobre o *marketing* de alimentos e bebidas com muito sal, gorduras e açúcar, especialmente para crianças e impostos sobre alimentos e subsídios para alimentação saudável. Entretanto, existem as ações que também apresentam importante evidência, embora as pesquisas ainda não tenham resultados mensuráveis sobre o custo-efetividade para as seguintes intervenções: ambientes de nutrição saudável nas escolas, informação nutricional e aconselhamento em atenção à saúde.

Essas estratégias foram consideradas para o estabelecimento das metas relacionadas com a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, no Plano nacional. As metas estabelecidas em 2001 foram: reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes; deter o crescimento da obesidade em adultos; aumentar o consumo de frutas e hortaliças e redução do consumo médio de sal. Atualmente, pretende-se, ao revisar o Plano, inserir outras metas com temas que são desafiadores, no âmbito da agenda da alimentação saudável: alimentos ultraprocessados e consumo de bebidas açucaradas.

Desde 2011, quando o Plano foi lançado, o Ministério da Saúde, juntamente com seus parceiros, tem desenvolvido e priorizado algumas estratégias, como: Programa Saúde na Escola (PSE); Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE); acordo de cooperação entre Ministério da Saúde e a Federação

Nacional de Escolas Particulares para a promoção de alimentação saudável nas cantinas; campanhas educativas que objetivam a promoção de hábitos alimentares saudáveis; acordo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e a Associação Brasileira de Indústria e Abastecimento; criação do sistema de monitoramento da redução do consumo de sal no Brasil; Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; Programa Peso Saudável e Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade.

O PSE é desenvolvido por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Atualmente, está presente em aproximadamente 85% dos Municípios brasileiros, articulando um conjunto de escolas e de equipes de atenção básica, garantindo participação de quase 30 mil educandos brasileiros. O Programa Saúde na Escola tem dois componentes organizativos de seu processo de trabalho, que são: 1 - Avaliação das Condições de Saúde; 2- Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos. A prevenção da obesidade tem sido uma prioridade desse programa porque não há nenhum desfecho de saúde mais prevalente nessa faixa etária do que o excesso de peso.

O PNAE passou por um processo importante de reformulação em 2009 e estabeleceu o marco normativo que 30% dos alimentos adquiridos pelos Municípios devem ser provenientes da agricultura familiar, de uma relação direta com a comercialização local de alimentos e consumindo alimentos básicos. Além disso, o programa traz um conjunto de outras diretrizes vinculadas à característica do cardápio, que tem que ser planejado pelo nutricionista no Município e deve limitar a quantidade de determinados nutrientes que são reconhecidamente fatores de risco, aumentar o acesso a alguns alimentos protetores, como frutas, legumes e verduras, e proibir a aquisição para a Merenda Escolar de bebidas açucaradas e refrigerantes. O Brasil é um dos poucos países do mundo que tem uma política pública que garante a gratuidade da alimentação dos estudantes das escolas públicas, entendendo a alimentação como um direito humano que está em nossa Constituição desde 2010.

Já para os educandos da rede privada de ensino, o Ministério da Saúde estabeleceu parceria com a Federação Nacional das Escolas Particulares com o objetivo de promover hábitos alimentares saudáveis nas cantinas escolares. A expectativa é que na comemoração do Dia Mundial da Saúde, em 2014, se tenha uma amostra das experiências das escolas promotoras da alimentação saudável que contibua com um grande esforço de visibilidade, de experiências e de inovações no contexto de saúde.

No que se refere ao aumento da oferta de alimentos saudáveis, o Ministério da Saúde tem estabelecido parcerias junto com o setor produtivo, com as Centrais de Abastecimento do Brasil, CEASAS; promovido a realização de fóruns de produção de alimentos orgânicos; dado apoio à Semana do Peixe, em parceria com o Ministério da Pesca e participado de discussões para a melhoria da alimentação nos ambientes coletivos. Dessa forma, pretende promover, apoiar e proteger a alimentação saudável também a partir de marcos legais e regulatórios.

As parcerias estabelecidas com a Associação Brasileira de Indústria e Abastecimento (ABIA) para a redução do teor de gordura trans e de sódio em alguns grupos de alimentos industrializados, apesar de serem acordos voluntários, são passíveis de monitoramento. A Associação Brasileira de Supermercados (ABRAS), em parceria com o Ministério da Saúde, realizou campanha educativa para a redução do consumo de sódio. A próxima negociação com a ABIA será para a redução do teor de açúcar das bebidas açucaradas.

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil visa promover a qualificação do processo de trabalho dos profissionais da atenção básica para o fortalecimento das ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos. É uma estratégia de qualificação e educação permanente para o aconselhamento em relação ao aleitamento materno e alimentação complementar. Mais de quatro mil tutores foram formados nessa rede, quase 30 mil profissionais de saúde capacitados para essa agenda e, ao longo de 2013, serão realizadas cinquenta oficinas de formação de tutores.

O Programa Peso Saudável é uma proposta de ação, desenvolvida pelo Ministério da Saúde, para a promoção da saúde nos locais de trabalho com foco na prevenção do ganho de peso corporal e tem como objetivo prevenir o problema entre colaboradores adultos.

A Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, para promover modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira, foi elaborada no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) e apresenta seis eixos principais que dialogam com o Plano de ações estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, que são: disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis; ações de educação, comunicação, informação e promoção de modos de vida saudáveis; vigilância alimentar e nutricional; atenção integral à saúde; regulação e controle da qualidade e inocuidade de alimentos.

O Guia Alimentar para a População Brasileira é uma publicação nacional. Teve sua primeira edição em 2006 e apresenta as diretrizes oficiais para alimentação e nutrição, considerando as peculiaridades do país. É um importante instrumento para a promoção da alimentação saudável. Esse guia está sendo atualizado desde outubro de 2011, considerando o cenário do Brasil e tem previsão de lançamento para março de 2014.

Como importantes desafios na área de promoção da alimentação saudável, tem-se a redução dos preços dos alimentos saudáveis que vão desde a redução de impostos até a necessidade de realizar estudos que avaliem os impactos e subsidiem a tomada de decisões e a garantia de que a redução do preço atingirá o consumidor final; a inserção de alimentos saudáveis na cesta básica de alimentos e a regulação da publicidade de alimentos para o público infantil.

## A ANVISA E O MONITORAMENTO QUANTO AO CUMPRIMENTO DE ACORDOS DE REDUÇÃO DO CONSUMO DE SAL

**Elisabete Gonçalves Dutra** – Gerência Geral de Alimentos  
da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA)

Em 2009, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) iniciou o monitoramento de nutrientes que estão diretamente associados às Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), como: gorduras trans, gorduras saturadas, açúcar e sódio.

Em 2011, o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) assinaram um termo de compromisso com a Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação (ABIA), a Associação Brasileira das Indústrias de Massas Alimentícias (ABIMA), a Associação Brasileira da Indústria de trigo (ABITRIGO) e a Associação Brasileira da Indústria de Panificação e Confeitaria (ABIP) com a finalidade de estabelecer o monitoramento da redução do teor de sódio em alimentos processados no Brasil. Apesar de o acordo para a redução do teor de sódio dos grupos de alimentos pactuados ser voluntário, é passível de monitoramento.

O primeiro acordo para redução do teor de sódio foi assinado para três produtos (macarrão, pão bisnaguinha e pão de forma), e as indústrias tinham até dezembro de 2012 para cumprir as metas. Dessa forma, o primeiro ano de monitoramento, 2012, não avaliou os alimentos quanto ao cumprimento das metas acordadas, mas subsidiou as tomadas de decisões nas negociações com outras categorias de alimentos, bem como permitiu observar a variação dos teores de sódio de um mesmo tipo de produto com fabricantes diferentes.

A ANVISA coordena o processo de monitoramento; entretanto, como não possui órgãos nos Estados brasileiros, as vigilâncias sanitárias dos Estados, que estão diretamente vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde, coletam as amostras dos produtos e encaminham para a análise em seu respectivo Laboratório Central (LACEN) ou para o Instituto Nacional de Controle de Qualidade de Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Utilizou-se o método espectrometria de emissão óptica por plasma de argônio indutivamente acoplado e espectrometria de absorção atômica.

Os primeiros resultados do teor de sódio em alimentos processados foram publicados no Informe Técnico nº 43, de 2010, e apontaram que havia grande variação no teor de sódio de produtos similares, mas de marcas diferentes. O teor médio de sódio em 25g de batata frita foi de 106,5mg com resultados variando de 49mg até 179mg; em batatas-palha, o teor médio de sódio encontrado foi de 72,7mg na porção com 25g, variando de 10mg até 139mg; em 25g de salgadinhos de milho encontrou-se em média 176,9mg de sódio; o menor teor encontrado foi de 29mg/25g, enquanto o de maior teor de sódio continha aproximadamente 368mg. Para uma porção de 80g de macarrão instantâneo, encontrou-se em média 1.1198mg de sódio, variando de 288mg até 2.160mg e refrigerantes tipo cola apresentaram diferença igual a 4mg de sódio entre a marca com maior concentração e a com menor.

Nessa primeira análise, constatou-se que havia possibilidade de reduzir o teor de sódio dos alimentos investigados, uma vez que para todos os alimentos pesquisados houve variação entre o teor máximo e o mínimo. É importante destacar que a redução dos nutrientes nos alimentos processados deve ser conjugada a uma sensibilização do consumidor tanto de conhecimento da rotulagem nutricional, quanto de consumo de alimentos com menor teor de sódio.

Em 2012, foi realizado o segundo ciclo de análises, publicado no Informe Técnico nº50/2012 e incluiu os seguintes produtos: batata frita ondulada, batata-palha, bebida láctea, biscoito de água e sal, biscoito *cream cracker*, biscoito de amido de milho, biscoito de polvilho, biscoito recheado, farinha láctea, hambúrguer, macarrão instantâneo, maionese, mortadela, mortadela de frango, pão de queijo, pão de queijo congelado, queijo minas frescal, queijo muçarela, queijo parmesão, queijo parmesão ralado, queijo *petit suisse*, queijo prato, ricota, refrigerante de baixa caloria e salgadinhos. Observou-se no segundo monitoramento, que persiste a grande variação do teor de sódio entre as marcas. Para esse grupo de alimentos, a diferença entre o maior e o menor valor de sódio variou de 1,4mg para mortadela a 14,4mg para o queijo minas frescal.

O Informe Técnico nº 54/2013 apresenta os resultados para o terceiro monitoramento, com coleta de amostras em dez Estados brasileiros. Os alimentos analisados foram: batata-palha, biscoito de polvilho, biscoito de polvilho doce, bolacha maisena, biscoito salgado, fórmulas infantis, leite integral, macarrão instantâneo, mistura para bolo, massa alimentícia, mistura para sopa, néctar, pães, pão de forma, pão de queijo, pão de queijo congelado, preparado sólido para refresco, queijo minas frescal, queijo muçarela, queijo parmesão, queijo prato, refrigerante, refrigerante *light* e salgadinhos.

Considerando esse grupo de alimentos, verificou-se que a maior variação entre a maior e a menor quantidade do teor de sódio foi encontrada na batata-palha (14,3mg), enquanto a menor diferença foi observada entre as massas alimentícias (1,1mg). Em relação ao conteúdo absoluto de sódio, os teores médios mais elevados foram verificados nas misturas para o preparo de sopas, macarrão instantâneo, massa alimentícia, biscoito de polvilho e biscoito salgado. Os valores absolutos de sódio nas misturas para o preparo de sopas são os mais altos teores encontrados. Essas misturas apresentaram o maior valor absoluto (4.240mg/100g) e também a maior média (3.861mg/100g), apesar de terem apresentado uma pequena variação entre o maior e o menor valor.

O macarrão instantâneo apresentou o valor máximo de 2.385mg/100g e a média de 1881mg/100g de sódio. Uma porção desse produto de 80g, conforme prevê a Resolução RDC nº 359, de 2003, contém 1.908mg e 1505mg de sódio, o que representa 79% e 63%, respectivamente, dos valores diários de referências de nutrientes estabelecidos para o sódio na Resolução RDC nº 360, de 2003, que é de 2.400mg ao dia.

O biscoito de polvilho apresentou o maior valor de sódio de 1.988mg/100g e a média de 1.517mg/100g. A porção de biscoito de 30g, conforme prevê a Resolução RDC nº 359, de 2003, contém 596mg e 455mg de sódio, o que representa 25% e 19%, respectivamente, dos valores diários de referências de nutrientes estabelecidos para o sódio na Resolução RDC nº 360, de 2003, que é de 2.400mg ao dia.

As fórmulas infantis analisadas apresentam conteúdo de sódio no mínimo de 20mg/100kcal e no máximo de 60mg/100kcal, conforme preveem as legislações específicas.

Esses resultados destacam a importância das ações que estão sendo desenvolvidas pelo Governo em conjunto com as associações das indústrias para a redução do teor de sódio nos alimentos, bem como a necessidade de observação da rotulagem nutricional pelo consumidor.



## PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA REDE SOCIOAMBIENTAL E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

**Michele Lessa** – Departamento de Estruturação e Integração de Sistemas Públicos Agroalimentares da Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

O conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), adotado pelo Brasil, foi elaborado ao longo de três conferências de SAN, sendo definido como: *“realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde quer sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis”* (Brasil, 2010).

Para a sociedade brasileira, somente em 2010, o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) foi considerado como um direito social e inserido no artigo 6º da Constituição Federal. Atualmente, a agenda da SAN está pautada mais na qualidade da alimentação do que na quantidade e acesso.

Outro avanço foi a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), criada em 2006; como consequência dessa Lei, foi criado o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), que é intersetorial e tem como objetivos formular e implementar políticas e planos de segurança alimentar e nutricional, estimular a integração dos esforços entre governo e sociedade civil, bem como promover o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da segurança alimentar e nutricional do país.

Ainda no contexto da Política Nacional da SAN, instituída em 2010, em 2011 foi criado o Plano Nacional da SAN que conta com ação integrada de 19 ministérios articulados por meio da Câmara de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), voltada para a produção, fortalecimento da agricultura familiar, abastecimento alimentar e promoção da alimentação saudável e adequada.

Considerando que a determinação da obesidade não é somente por questões individuais (escolha alimentar), mas também determinada ambiental e socialmente, entende-se a necessidade de uma estratégia intersetorial para responder à situação. São vários ministérios envolvidos, com a liderança do Ministério da Saúde, e os eixos vão desde a disponibilidade de acesso a alimentos adequados saudáveis, educação,

comunicação e informação, promoção de modos de vida saudáveis, vigilância alimentar e nutricional, atenção à saúde do indivíduo e regulação e controle da qualidade. Por esse motivo, a CAISAN, nos últimos dois anos, tem discutido uma estratégia intersetorial de prevenção e controle da obesidade. A epidemia de obesidade apresenta tendência crescente em todos os grupos etários e classes sociais e maior velocidade de crescimento nas famílias mais pobres.

A Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira, é uma ação prevista no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil. Todas as ações realizadas por meio dessa estratégia contribuem para as metas estabelecidas do Plano.

No âmbito das ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) na rede socioassistencial, destaca-se o Marco de Referência da EAN para Políticas Públicas, lançado em 2012, que firmou o consenso sobre a definição da EAN no Brasil. O Marco tem como objetivo “promover um campo comum de reflexão e orientação da prática, no conjunto de iniciativas da EAN que tenham origem, principalmente, na ação pública, e que contemplem os diversos setores vinculados ao processo de produção, distribuição, abastecimento e consumo de alimento” (Brasil, 2012d). A EAN é um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis.

A agenda da EAN é desafiadora no contexto da população brasileira, mas é papel do Estado garantir essas ações. Há vários campos de atuação, como fortalecimento dos hábitos alimentares, valorização das diferentes expressões da cultura alimentar, redução do desperdício de alimentos, promoção do consumo sustentável da alimentação saudável e prevenção e controle de problemas alimentares.

Os campos de ação em EAN envolvem prevenção e controle dos problemas alimentares; fortalecimento dos hábitos alimentares; valorização das diferentes expressões da cultura alimentar; redução do desperdício de alimentos e promoção do consumo sustentável e da alimentação saudável. Os campos de prática envolvem diversos setores, como: saúde, assistência social, educação, agricultura, desenvolvimento agrário, abastecimento, meio ambiente, esporte e lazer, trabalho, cultura e SAN.

Como estratégia de educação, comunicação e informação criou-se uma rede virtual de apoio às ações de educação alimentar e nutricional, denominada Ideias na Mesa parceria entre o Ministério do Desenvolvimento Social e a Universidade de Brasília que tem como objetivo divulgar experiências de educação alimentar e nutricional no Brasil nos diversos setores. Além disso, tem a realização de cursos a

distância voltados para a formação permanente de profissionais que atuam com os temas de SAN, DHAA e EAN; fomento a projetos de desenvolvimento e inovação científica em EAN, que articulem pesquisa, extensão e serviços nas universidades e serviço público; realização de campanhas educativas intersetoriais e elaboração de dois cadernos de EAN para os serviços socioassistenciais.

A promoção de modos de vida saudáveis envolve mudanças estruturais, essencialmente nos espaços urbanos e institucionais, que requerem esforços, ações e estratégias de diferentes setores, sendo essencial o trabalho intersetorial a fim de promover mobilidade urbana e acesso a espaços públicos de lazer e promoção da alimentação saudável e adequada.

## **AÇÕES PARA O CONTROLE DO PACIENTE COM RISCO CARDIOVASCULAR/ HIPERTENSÃO ARTERIAL**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um problema de saúde pública, uma vez que contribui para o aumento da carga global de doenças cardiovasculares e para a insuficiência renal, o que eleva as taxas de mortalidade prematura e a prevalência de incapacidades (WHO, 2013).

Globalmente, as doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de óbito, sendo responsáveis por aproximadamente 17 milhões de mortes ao ano, o que corresponde a um terço do total de mortes no mundo (WHO, 2008). Projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que o número anual de mortes por DCV vai passar de 17 milhões em 2008 para 25 milhões em 2030 (WHO, 2012).

Aproximadamente 9,4 milhões ou 16,5% do total de óbitos podem ser atribuídos a complicações de HAS, o que inclui 51 % das mortes decorrentes de acidente vascular cerebral e 45% dos óbitos por doenças coronarianas (WHO, 2009a). Dados da OMS demonstraram que aproximadamente 40% dos adultos com idade maior ou igual a 25 anos tinham sido diagnosticados com HAS, em 2008. O número de pessoas com essa condição subiu de 600 milhões em 1980 para 1 bilhão em 2008 (WHO, 2011).

A prevalência de HAS é maior entre os países de renda baixa e média, onde não existem sistemas de saúde tão fortalecidos e, conseqüentemente, é realizado menor número de diagnósticos e os indivíduos que são diagnosticados têm dificuldade no acesso ao tratamento e não conseguem manter seus níveis de pressão controlados a longo prazo (WHO, 2012; WHO, 2013).

O tratamento das complicações de HAS é dispendioso, uma vez que inclui intervenções como: cirurgia cardíaca, cirurgia da artéria carótida, diálise, entre outros. Entretanto, há ganhos significativos tanto de saúde quanto econômicos à medida que ocorre detecção precoce, tratamento e controle adequado da HAS. Os principais fatores de risco comportamentais para a HAS são a alimentação inadequada, uso nocivo de álcool, inatividade física e tabagismo. Se não houver nenhuma intervenção a fim de reduzir a exposição a esses fatores, a incidência de doenças cardiovasculares (DCV), incluindo a HAS, aumentará (WHO, 2013).

Programas que incluam o cuidado integral às DCNT, implementados por meio da atenção primária à saúde, são uma forma acessível e sustentável para os países combaterem a HAS. A prevenção e o controle dos riscos para as DCV, como a HAS, são complexos e exigem a integração e corresponsabilização de

diversos setores, como governos, sociedade civil, instituições de ensino e pesquisa, indústria de alimentos e bebidas (WHO, 2013).

No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte, apesar de ter ocorrido uma redução significativa nos últimos anos. Entre os anos 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. Entretanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, aumentando para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT et al., 2011).

Os profissionais que atuam na rede de atenção básica à saúde no Brasil têm papel primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitoramento e controle da hipertensão arterial. O Ministério da Saúde recomenda que os profissionais da Atenção Básica mantenham o princípio da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolvam usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão (BRASIL, 2013).

## MESA-REDONDA – Ações para o Controle do Paciente com Risco Cardiovascular/Hipertensão Arterial

**Moderadora:** Patrícia Chueiri

### ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA AO PACIENTE COM HAS

**Marco Aurélio Pereira** – Departamento de Assistência Farmacêutica e Farmácia Popular do Brasil do Ministério da Saúde

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que é parte integrante da Política Nacional de Saúde, foi criada por meio da Resolução nº 338/2004, do Conselho Nacional de Saúde. As ações da PNAF envolvem promoção, proteção e recuperação da saúde, além de garantir os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

A Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais se destacam as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos.

O Programa Farmácia Popular do Brasil ampliou o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns, principalmente as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) entre a população brasileira. O Programa possui uma rede própria de Farmácias Populares e a parceria com farmácias e drogarias da rede privada, denominadas Aqui tem Farmácia Popular.

O Ministério da Saúde, em seu orçamento de 2013, destinou aproximadamente 11 bilhões de reais para a aquisição de medicamentos. Em 2012, a maior parte do recurso disponibilizado foi gasto em medicamentos especializados (42%), seguidos dos imunobiológicos (17%), manutenção da farmácia popular (14%), medicamentos básicos (12%), medicamentos para tratamento de AIDS (8%), coagulopatias (6%) e medicamentos estratégicos (1%). Entretanto, ao longo dos anos observam-se variações nesses percentuais que são justificados por mudanças na política de aquisição dos medicamentos. Logo, uma redução nesses percentuais não significa menor financiamento, mas mudanças na estratégia de aquisição, como compras centralizadas em maior quantidade, entre outros.

Em 2003, o Ministério da Saúde investiu 1,9 bilhões de reais na aquisição de medicamentos; em 2013 foram 11,4 bilhões destinados para esse fim. A Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013, estabeleceu que o financiamento do componente básico da assistência farmacêutica é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e estabelece os valores mínimos a serem destinados no orçamento de cada um dos entes para a compra de medicamentos. A transferência do recurso é realizada via fundo a fundo.

Visando qualificar a Assistência Farmacêutica, criou-se o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica, QUALIFAR SUS, que está baseado em quatro eixos: estrutura, informação, educação e cuidado. O eixo **estrutura** contribui para a estruturação dos serviços de assistência farmacêutica e o eixo **educação** refere-se à qualificação da assistência farmacêutica, por meio da promoção da educação permanente e capacitação dos profissionais de saúde. Atualmente, mais de 500 farmacêuticos concluíram o curso de especialização a distância em Gestão da Assistência Farmacêutica, ofertado pelo Ministério da Saúde, e mais de 2.000 vagas para esse curso estão sendo oferecidas. No âmbito do **cuidado**, o objetivo é inserir a assistência farmacêutica na prática clínica, visando à resolução das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia.

O eixo **informação** tem como objetivo possibilitar o monitoramento e a avaliação das ações e serviços da assistência farmacêutica. A base nacional de dados das ações e serviços da assistência farmacêutica é composta por um conjunto de sistemas de informação, como: Hórus, que é o sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica; Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos; módulo rotativo sobre o Programa Farmácia Popular no Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para DCNT por inquérito telefônico e pelo QUALIFAR SUS.

A Portaria nº 271/2013 do Ministério da Saúde regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Base Nacional de Dados é composta pelos Componentes da Assistência Farmacêutica (Básico, Estratégico, Especializado e Programa da Farmácia Popular do Brasil). Esses dados se referem ao registro das entradas, saídas e licença de medicamentos relacionados aos componentes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), em vigência, e do Programa Farmácia Popular do Brasil. Por meio dessa base, será possível acompanhar o paciente em todos os componentes da assistência farmacêutica, mediante o número de seu cadastro de pessoa física (CPF), seja ele atendido na esfera municipal, estadual ou mesmo no Programa Farmácia Popular.

No que se refere ao Programa Farmácia Popular do Brasil, atualmente são 551 unidades próprias, localizadas em 436 Municípios, enquanto o Aqui tem Farmácia Popular conta com 25.364 farmácias e drogarias credenciadas, atendendo 3.818 Municípios do país.

A PNAF atualmente tem trabalhado em conjunto com outras políticas ou planos do governo. Destacam-se: Plano Brasil Sem Miséria e Plano Nacional de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil.

O Plano Brasil sem Miséria é uma série de ações interministeriais que têm como público-alvo a população em situação de extrema pobreza, ou seja, com renda inferior a R\$ 70,00 *per capita*. O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome realizou mapeamento e identificou a existência de população em situação de extrema pobreza em 2.365 Municípios brasileiros. Destes, 1.322 têm o Programa Farmácia Popular do Brasil.

No que se refere ao Plano de DCNT, destaca-se que, no período de fevereiro de 2011 a junho de 2013, os pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial foram os que mais utilizaram o Programa, seguidos pelos pacientes com dislipidemias e diabéticos. Até 2011, o medicamento do Programa Farmácia Popular saía a preço de custo para o usuário; entretanto, a partir de 2013, em virtude da criação do Programa Saúde não tem Preço, os medicamentos para hipertensão arterial e diabetes passaram a ser dispensados sem nenhuma contrapartida do usuário. Em 2012, incluíram-se medicamentos para o tratamento da asma. Para ter acesso gratuito aos medicamentos, basta que o usuário apresente o CPF, um documento com foto e a receita médica válida em qualquer um dos estabelecimentos credenciados no Programa Aqui Tem Farmácia Popular.

A PNAF tem-se aprimorado ao longo dos anos e estimulado a adesão do tratamento por parte dos pacientes, além de fortalecer a política de medicamentos genéricos, bem como a redução do número de óbitos e internações por DCNT.



## REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO E ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

**Ana Paula Silva Cavalcante** – Coordenação Geral de Atenção  
Hospitalar do Ministério da Saúde

Em 2009, foram registrados no Brasil 75.868 óbitos decorrentes de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), o que correspondeu a 6,9% do total de mortes no ano. Em 2010, 55.513 internações no Sistema Único de Saúde foram relacionadas ao IAM, com mortalidade intra-hospitalar média igual a 15,31%. A taxa de mortalidade elevada pode ser atribuída à falta de acesso à reperfusão precoce, ao uso de medicações com benefício estabelecido e à terapia intensiva.

A fim de organizar a rede de redução da taxa de mortalidade por IAM, bem como o número de internações e prevenção de incapacidades, o Ministério da Saúde, observando as lacunas da rede de saúde para esse agravo, estabeleceu por meio da Portaria nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011, a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas (SCA). Essa linha do cuidado tem como objetivo garantir que o paciente com IAM com supra de ST receba a terapia de reperfusão em tempo adequado, com acesso à terapia intensiva e ao tratamento e estratificação complementares à reperfusão. O tempo total de isquemia, entre o início dos sintomas e o início da terapia de reperfusão, deve ser idealmente de até 120 minutos.

Serão financiados e custeados de forma diversificada os leitos de Unidades de Terapia Intensiva Coronariana (UCO) nas regiões metropolitanas com maior número de internações e óbito por IAM, cujos parâmetros são: 1) implantação de 01 UCO com 10 leitos para cada 600 IAM/ano nas dez Regiões Metropolitanas com maior frequência de Infarto Agudo do Miocárdio (acima de 600 IAM/ano); 2) implantação de 02 leitos de UCO no mesmo espaço físico de uma Unidade de Terapia Intensiva nas 27 Regiões Metropolitanas com frequência entre 100 e 599 IAM/ano. O custeio é de R\$ 800,00 por dia. A unidade só é habilitada quando, de fato, já está atuando de forma satisfatória no território, integrando a rede.

A organização dessa linha do cuidado envolve unidades de atenção básica à saúde, unidades de atenção especializada, serviço móvel pré-hospitalar (SAMU), unidades de pronto atendimento (UPA) e prontos-socorros de hospitais gerais, hospitais com credenciamento especializado para atenção cardiovascular de alta complexidade, com leitos de unidade coronariana dedicados à rede de IAM com ou sem serviços de hemodinâmica, atenção domiciliar, serviços de reabilitação e centrais de regulação municipais e estaduais.

Essa linha de cuidado, que foi validada em consulta pública, tem como eixos principais a incorporação de novas tecnologias, incentivo ao uso da telemedicina, integração entre SAMU, Portas de Entrada (UPA e hospitais gerais), Hospitais Especializados e atenção primária, além de promover capacitação e treinamento de equipes e monitoramento de resultados. Um ponto importante ao estabelecer os protocolos a serem utilizados, bem como a linha de cuidado é observar que estão sendo realizadas discussões nos territórios para a implantação da rede, estabelecimento de parcerias e pactuações.

No que se refere ao Acidente Vascular Cerebral (AVC), a Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012, dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como centros de atendimento de urgência aos pacientes com AVC, no âmbito do SUS, institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Como critério para a habilitação, o serviço de saúde pode optar por Unidade de AVC agudo ou integral, dependendo dos critérios que devem ser obedecidos.

Os Centros de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC integram a linha de cuidado em AVC e são componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). O incentivo financeiro de custeio no valor é igual a R\$ 350,00 por dia e por leito das unidades de cuidado agudo ao paciente com AVC e unidades de cuidado integral ao paciente com AVC. O tempo de permanência máxima é de três dias para a Unidade de AVC agudo e quinze dias para Unidade de AVC integral. Como parâmetro, foram adotados 20 leitos ou fração para cada 800 internações por AVC por ano.

Como incentivo à prática da Telemedicina, estabeleceu-se parceria entre o Ministério da Saúde e a Sociedade Hospital Israelita Albert Einstein, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROAD). O projeto estabelecido foi *Aplicação da Telemedicina no apoio Diagnóstico e Terapêutico ao Doente Grave nas Emergências* e tem como objetivo implantar uma central de Telemedicina em hospitais secundários previamente selecionados com oferta de consultoria, apoio diagnóstico, terapêutico e acompanhamento, por meio de acesso remoto, em tempo real aos doentes gravemente enfermos. Como beneficiários do Telemedicina no triênio 2012 a 2014 foram selecionados 14 hospitais, com prioridade para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Essa estratégia favorece a troca de informações e conhecimento entre as equipes de saúde. As câmeras ficam instaladas próximas ao paciente grave, sendo possível o envio de exames *on-line*, por exemplo. Como vantagens, o Telemedicina apresenta a redução de custos, de locomoção do paciente; permite acesso rápido a especialistas e uso mais eficiente de recursos por meio da centralização de especialistas e da descentralização da assistência, alcançando um número maior de pessoas; propicia apoio a médicos e residentes localizados em zonas fora dos centros especializados.

Outra estratégia adotada é o estabelecimento de cooperação técnica com as sociedades e associações brasileiras de especialidades médicas, com o objetivo de promover qualificação e capacitação de profissionais de saúde que atuam na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Sistema Único de Saúde – SUS, fortalecendo sua atuação no cuidado ao paciente crítico e qualificando a assistência prestada.

## **CUIDADOS AO PORTADOR DE HAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA – EXPERIÊNCIA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**

**Elisabeth Kalil Nader** – Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, Rio Grande do Sul

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é constituído por 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que desenvolvem o Serviço de Saúde Comunitária (SSC), quatro hospitais e uma Unidade de Pronto Atendimento.

O SSC é um serviço público orientado pelos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como finalidades a atenção integral à saúde da população sob sua responsabilidade, a formação multiprofissional/interdisciplinar e a produção de conhecimentos e tecnologia.

Estão sob a responsabilidade do SSC aproximadamente 10% da população residente em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, distribuída em 12 territórios. As 12 UBS que integram o SSC contam com equipes multiprofissionais e de apoio técnico e administrativo. Estas últimas são responsáveis pelo monitoramento, avaliação, planejamento e gestão, apoio matricial para as áreas de farmácia, nutrição, medicina interna e psiquiatria e coordenam as ações de educação em saúde, participação popular e educação permanente para Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

No eixo de formação integral multidisciplinar, o SSC conta com a residência em Medicina da Família e Comunidade, desde 1982, que já formou aproximadamente 950 médicos com residência integrada em saúde, ênfase na saúde da família. Desde 2004, oferece para os profissionais odontólogos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos e assistentes sociais, além de um programa de mestrado profissionalizante, estágio para alunos de graduação. No âmbito da produção de conhecimento e de novas tecnologias, tem-se a criação de diretrizes e protocolos clínicos voltados para a realidade local, para gestantes, puericultura, hipertensão, diabetes etc.

Dados de 2012 apontaram que aproximadamente 72 mil indivíduos, do total de 105 mil atendidos pelo SSC, têm 18 anos ou mais. Estima-se que a prevalência de hipertensão arterial entre esses adultos seja igual a 26% (18.915 indivíduos) e a de diabetes a 8% (5.819 pessoas). Entre os indivíduos com hipertensão arterial, há a classificação segundo o risco: 1) baixo risco (40% dos hipertensos); 2) médio risco (35% dos hipertensos); alto risco (20 a 24% dos hipertensos) e altíssimo risco (1 a 5% dos hipertensos).

Em 2012, observou-se que a cobertura em hipertensão arterial atingiu 58% e o controle da pressão arterial (PA), ou seja, manter a PA em níveis inferiores a 140/90 mmHg foi igual a 23,9%, enquanto

para o diabetes houve cobertura igual a 52%. Ao analisar o período compreendido entre 2010 e 2012, constata-se um aumento na cobertura e no controle de ambas as patologias, o que se atribui ao trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional e ampliação do acesso aos medicamentos.

Com a finalidade de conhecer mais a população de hipertensos e diabéticos atendidos pelo SSC, bem como melhorar o acesso à saúde e ao planejamento do serviço, em 2011 realizou-se uma pesquisa com essa população. Entre outras informações, os dados apontaram que 23% dos hipertensos e diabéticos eram acompanhados por enfermeiras, 43% dos domicílios do território têm mais de uma pessoa com hipertensão e ou diabetes, 10% dos hipertensos tiveram 15 ou mais consultas no último ano, 68% são mulheres, 50% têm menos de 65 anos de idade. Essas informações são muito relevantes para o aumento da efetividade do serviço e, conseqüentemente, de sua qualidade e melhoria do estado de saúde do indivíduo.

As mudanças ocorridas a partir das informações obtidas com a pesquisa realizada em 2011 referiram-se principalmente a transformações na gestão, nos processos de trabalho e educativos, além da introdução do processo de avaliação das estratégias adotadas. Entre as novas ações pode-se citar o uso de diretrizes e protocolos baseados em evidências para hipertensão arterial e diabetes, considerando a realidade local e capacitando os profissionais de saúde no que diz respeito à utilização desses instrumentos; estratificação segundo riscos de morbimortalidade e programação da assistência conforme as necessidades identificadas; cuidado compartilhado; melhor trabalho em equipe; atendimentos coletivos e consultas sequenciais; apoio do autocuidado; gestão dos casos complexos; integralidade do cuidado por meio da inserção da abordagem da saúde mental nas pessoas com condições crônicas; ampliação da utilização do método clínico centrado na pessoa e na família nas condições crônicas, bem como o melhor acolhimento das pessoas que procuram pelo serviço de saúde, permitindo maior acesso e finalizando a espera em filas.

O SSC conta com um sistema próprio de informação, vinculado ao GHC, que permite a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis sob a ótica da integralidade do cuidado, fornecendo informações sobre a estratificação de risco, segundo a capacidade do autocuidado, fatores de risco associados, rastreamento do sofrimento psíquico entre pessoas com diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes, parâmetros clínicos de morbidade, entre outros.

No âmbito da avaliação, está sendo realizado o monitoramento de um conjunto de indicadores a partir dos dados obtidos do sistema de informação do SSC e a execução de um estudo longitudinal, tendo 2011 como linha de base junto à população pelos profissionais de saúde do território, por meio de um questionário estruturado que contém perguntas sobre saúde e condições de vida. Espera-se com a nova estruturação e com a adoção dessas estratégias melhorar a qualidade do atendimento da APS e, como consequência, diminuir o número de internações e óbitos decorrentes dessas causas que, por muitas vezes, poderiam ter sido evitados ainda na APS.

## ACESSO, INTEGRALIDADE, LONGITUDINALIDADE E COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS

**Michael Duncan** – Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

No âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), no Brasil, é comum verificar a divisão dos dias e horários de atendimento, segundo o programa, ou seja, um turno para atendimento aos pacientes diabéticos, outro para hipertensos, pré-natal, puericultura etc. Isso dificulta o acesso à atenção primária em saúde para os indivíduos que não estão incluídos nos turnos no momento em que necessitam de atendimento em saúde. Acrescenta-se a isso o tempo reduzido para o atendimento realizado pelo profissional de saúde.

A fim de evitar essas situações, existem ferramentas clínicas direcionadas para a APS, que podem qualificar o cuidado de pessoas em condições crônicas como, por exemplo, o método clínico centrado na pessoa que, segundo o grupo conduzido por Moira Stewart, pode ser dividido em seis componentes: 1) explorar tanto a doença quanto a experiência de estar doente; 2) compreender a pessoa como um todo, entendendo o indivíduo em seu ambiente familiar, no trabalho etc., e como isso interfere em sua doença; 3) chegar a um entendimento comum sobre os problemas, objetivos e regras entre paciente e profissional da saúde; 4) incorporar a prevenção e promoção à saúde; 5) fortalecer a relação médico-paciente; 6) ser realista. Considerando o aspecto da organização do serviço e a melhoria da qualidade da APS, podemos citar quatro atributos: acesso, coordenação do cuidado, integralidade e longitudinalidade, no sentido de continuidade.

Nessa ótica, estudo publicado em abril de 2013 avaliou os sistemas de saúde de vários países europeus, relacionando a qualidade dos atributos da APS ao impacto sobre desfechos clínicos e concluiu que os países com melhores atributos tiveram menor número de internações por asma, diabetes e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), menor taxa de mortalidade por doença arterial do coração, doença cerebrovascular, asma e DPOC. Os países com maior continuidade do cuidado tiveram menor desigualdade no estado de saúde autorreferido. Um achado interessante do estudo é que quanto maior a estrutura de APS do país, maiores são os gastos em saúde. Entretanto, quanto maior a abrangência da APS, menor é a velocidade de crescimento dos custos.

Em 2010, o Ministério da Saúde publicou o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde que apresenta métodos de avaliação dos quatro atributos da APS. No que se refere ao

**acesso**, também denominado Porta de Entrada, pretende-se conhecer se os indivíduos estão tendo acesso para o cuidado continuado de suas condições crônicas e suas condições agudas, bem como sobre as formas de realização do agendamento, os horários de funcionamento, entre outros aspectos. A organização da agenda da APS deve refletir as características da população do território, a fim de melhorar o acolhimento aos indivíduos, bem como condizer com a realidade local. Se, por exemplo, houver muita demanda de atendimento e poucos recursos humanos, faz-se necessária a adoção de estratégias que permitam a redução das filas e a agilidade no processo, como o atendimento coletivo e a formação de grupos educativos. Entretanto, do total de pacientes convidados a participarem desses grupos, apenas 30% a 50% participam. Embora se saiba que a participação nos grupos melhora o acesso, a satisfação dos pacientes, a adesão aos tratamentos e alguns estudos têm demonstrado a melhora dos desfechos clínicos.

Como segundo atributo se tem a **longitudinalidade ou a continuidade do cuidado**, que é acompanhar o indivíduo em sua integralidade, ao longo do tempo. Pelo atributo da longitudinalidade, um sistema bom é aquele que vincula a pessoa à equipe de saúde e não quando o paciente chega, cada vez é um profissional diferente ou uma equipe diferente a atendê-lo. Vincula pessoas à equipe de saúde. Quanto mais tempo a equipe se mantém estável, maior a continuidade do cuidado. Uma ferramenta importante nesse atributo é o registro das informações do paciente, preferencialmente em um prontuário eletrônico.

A **abrangência do cuidado**, terceiro atributo, avalia pontos relevantes, como infraestrutura, capacitação da equipe, fluxos de encaminhamentos definidos (serviços de referência e contrarreferência) que sejam capazes de proporcionar o alívio dos sintomas, o autocuidado, a autonomia do paciente (e a autoeficácia), além de promover e monitorar a qualidade do cuidado por meio de indicadores. O cuidado, no âmbito da APS, deve ainda prevenir a morbidade e a mortalidade, auxiliar em mudanças do estilo de vida e informar sobre a doença e sobre o cuidado.

Outro aspecto relevante se refere à **coordenação do cuidado** dentro da equipe que se divide em gestão da condição de saúde e gestão de caso. Na gestão da condição de saúde, tem-se protocolos definidos, estratificação de risco, educação permanente da equipe, divisão de tarefas, monitoramento dos pacientes e individualização dos planos de cuidado, enquanto a gestão de caso permite a identificação dos casos mais complexos (múltiplas morbidades ou alta vulnerabilidade social) que requerem monitoramento ativo contínuo pela equipe ou por algum profissional específico (gestor de caso). Tal gestão é realizada por meio de relatórios gerados a partir dos prontuários eletrônicos. Outro ponto relevante é a coordenação do cuidado após a alta hospitalar, que facilita a transição entre hospital e domicílio.

## **MESA DE ENCERRAMENTO – Desafios para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: o papel do setor público, do setor privado e das Organizações não Governamentais**

**Moderadora:** Deborah Carvalho Malta

**Deborah Malta** – Departamento de Análise de Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde

No decorrer dos dois dias de realização do III Fórum de Monitoramento do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, foi possível compartilhar experiências do Ministério da Saúde e também de outras instituições e países em relação aos avanços do Plano, nos últimos dois anos.

O III Fórum foi uma construção coletiva entre a Secretaria de Vigilância em Saúde e a Secretaria de Atenção em Saúde, do Ministério da Saúde, com o apoio do CDC e da OPAS, e teve também como objetivo promover a integração e a articulação dos diferentes setores, órgãos e instituições a fim de avançar na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral no âmbito das Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Nesse sentido, o trabalho intersetorial ainda se apresenta como um importante desafio na implementação do Plano, pois são 20 Ministérios do governo brasileiro envolvidos. Entretanto, apesar de ter ainda muito que conquistar, no decorrer do Fórum foi possível observar que alguns objetivos intersetoriais já foram atingidos, como, por exemplo, a inserção e a construção de pautas sobre DCNT por diferentes setores. Tanto o Plano Nacional quanto os planos que estão sendo elaborados e implementados por Estados e Municípios privilegiam a articulação intersetorial.

Foram discutidos no Fórum temas, como: a integração da linha do cuidado, que passa pela promoção, prevenção e assistência à saúde; a importância da agenda regulatória no enfrentamento das DCNT no país, principalmente no que se refere ao tabaco; os desafios de regular os temas de promoção da alimentação saudável e o consumo de bebidas alcoólicas; os avanços no campo da atividade física.

O Programa Academia da Saúde, que promove estruturas adequadas para a prática da atividade física, assim como propicia a redução da iniquidade em saúde; a necessidade da responsabilização, do vínculo e da autonomia dos usuários, entre outros. Esses assuntos foram apresentados e discutidos no Fórum e, certamente, permanecerão na agenda do Ministério da Saúde.



**Leoni Margarida** – Associação Brasileira de Portadores de Câncer (AMUCC)

A Associação Brasileira de Portadores de Câncer (AMUCC) é constituída por pacientes oncológicos e tem como missão contribuir com o controle do câncer, reduzir o impacto dessa doença e empoderar o portador de câncer como indivíduo e ativista da causa. A AMUCC adotou as estratégias da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o controle do câncer, que são: planejamento, detecção precoce, diagnóstico e tratamento, cuidados paliativos e *advocacy*. Para a execução de tais objetivos, a AMUCC tem ocupado os espaços destinados ao controle social, no âmbito das políticas públicas e projetos relacionados ao tema.

Para que a Reunião de Alto Nível na Organização das Nações Unidas sobre Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) fosse realizada em 2011, houve um esforço conjunto de diversos setores, inclusive da sociedade civil. Entre os 77 embaixadores globais do câncer no mundo, selecionados pela Sociedade Americana de Câncer, a AMUCC foi uma das eleitas. Os embaixadores tiveram como missão garantir que, no documento final aprovado pelos países na reunião de alto nível da ONU, estivessem contempladas estratégias preconizadas pelas sociedades civis do mundo, como: a elaboração de um plano nacional de enfrentamento das DCNT; a implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT); o mundo livre de tabaco até 2040; a implementação de estilos de vida saudáveis e fortalecimento dos sistemas de saúde. Após o treinamento em Nova Iorque, os embaixadores retornaram com a missão de pautar o Ministro da Saúde, o Ministro das Relações Exteriores e o Gabinete da Presidência da República, a fim de inserir as discussões sobre DCNT na agenda e garantir a presença dos chefes de Estado na reunião de alto nível. Como conclusão desse processo, teve-se a declaração política, resultante da reunião, que contemplou os aspectos desejados, bem como a apresentação do Plano Nacional de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil.

Como desafios, tem-se agora o enfrentamento dos fatores de risco para as DCNT no âmbito multissetorial, com a inclusão do tema promoção da saúde e o enfrentamento dos fatores de risco modificáveis nas agendas de outros Ministérios. Ainda nesse aspecto, deve-se avançar na área de regulamentação, sair da proposição de metas e acordos voluntários, principalmente no âmbito da regulação de alimentos hipercalóricos, propagandas infantis e de bebidas alcoólicas; incentivo à agricultura familiar para plantio de alimentos; criação de ambientes condicionantes, hábitos de vida saudáveis; agilidade na implementação da CQCT, principalmente no que se refere à regulamentação da Lei 12.546/2011 que

dispõe sobre os ambientes livres de tabaco em todo o país e a exposição dos produtos nos postos de venda; substituição do plantio de tabaco por alimentos mediante programas de agricultura familiar, que ainda necessitam de maior disponibilidade de financiamento; utilização de informações como instrumento de gestão. Para o setor privado, é necessário investir em novas oportunidades de negócio, como: produção de alimentos saudáveis, produtos orgânicos e promoção de estilos de vida saudáveis.

No que se refere aos desafios da agenda de enfrentamento do câncer, é necessário fortalecer o monitoramento dos registros de câncer de base populacional, uma vez que os registros atuais estão desatualizados e sua realização depende da vontade política de cada Estado do país. Outro aspecto se refere à redução do tempo para a obtenção do diagnóstico, embora se tenha garantido, por meio de inserção na legislação nacional, que o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento de câncer não deve ser superior a 60 dias, o que já é um importante avanço. Destaca-se que atualmente o maior problema se refere ao acesso ao diagnóstico.

No âmbito do monitoramento do Plano, é importante a inserção de mais representantes de pacientes nesse processo, fortalecendo e empoderando essas organizações, bem como a divulgação dos resultados obtidos de maneira clara e objetiva para que seja de entendimento de todos.

No contexto dos próximos passos, insere-se incluir as metas e indicadores globais de DCNT no Plano Nacional, o que já vem sendo realizado; continuar com a *advocacy* lutando para que essas doenças sejam reconhecidas como prioridades na agenda do milênio; garantir que uma reunião de alto nível sobre as DCNT aconteça em 2014 na ONU; e, por fim, garantir que a ONU, ao estabelecer objetivos de desenvolvimento do milênio, em 2014, inclua essa temática.

**Maria Laura Carvalho Bica** – Conselho Nacional de Saúde (CNS)

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) quer contribuir para a melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do apoio aos Secretários de Saúde e aos trabalhadores da saúde, e, conseqüentemente, garantir melhores resultados para os usuários.

Cabe destacar a importância de incluir o usuário do SUS na prática médica, pois ainda se trata o cidadão como paciente e não como usuário. A condição do usuário permite ao cidadão uma postura ativa, que cobra e exige respeito e cumprimento das normas e direitos. É importante também garantir o acesso aos serviços de saúde, entendendo as necessidades dos usuários, mas também reconhecendo as limitações das equipes de saúde.

No que se refere ao Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT no Brasil, é importante que os usuários do SUS, bem como os profissionais tenham conhecimento sobre o que está sendo realizado para que o país alcance as metas propostas. A implementação do Plano é um trabalho contínuo e exigirá que daqui a um tempo outros deem continuidade às ações atuais, o que justifica a importância da disseminação. O CNS está à disposição para contribuir de forma efetiva para a efetivação do Plano.

**Ruy Paulo D’Elia Nunes** - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)

São inúmeros os desafios na implementação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no âmbito dos Municípios. Entre estes, destacam-se:

1) Formação dos profissionais da saúde. Embora esteja passando por inúmeras transformações, ainda há predominância do modelo curativo, hospitalocêntrico. É necessário preparar os profissionais para o enfrentamento das DCNT, considerando o eixo da vigilância, da assistência e, principalmente, da promoção da saúde.

2) Ampliação do trabalho intersetorial e superação das barreiras jurídico-administrativas que tornam complexo o processo de execução das ações intersetoriais, como, por exemplo, a dificuldade de integração do planejamento entre os diferentes órgãos e setores em virtude da cultura política.

3) Fortalecimento por intermédio da gestão municipal, da gestão participativa, pois somente dessa forma será possível enfrentar amplamente a questão dos determinantes sociais da saúde, bem como reduzir as iniquidades.

4) Maior investimento financeiro no âmbito da Promoção da Saúde nos Municípios.

5) Esforço para capacitar e comunicar aos gestores municipais de saúde sobre as ações que devem ser realizadas no âmbito da promoção da saúde.

Por fim, é fundamental levar as discussões, bem como suas deliberações, ocorridas durante o III Fórum de Monitoramento do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, para os Municípios.

### **Volnei Morastoni** – Itajaí, Estado de Santa Catarina

Ao olhar para trás, percebe-se que o Brasil já avançou bastante no enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis. Entretanto, reconhece-se também que ainda há um longo caminho a ser percorrido. Nesse sentido, o balanço do III Fórum de Monitoramento do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil é fundamental para que se saiba exatamente em que ainda é necessário avançar e qual a melhor forma para alcançar com êxito as metas definidas.

Muitas questões discutidas durante o III Fórum envolvem o poder Legislativo do Brasil. Por isso é essencial que os representantes desse poder participem das discussões e conheçam o tema das DCNT em todas as esferas do governo (União, Estados e Municípios). É necessário avançar na regulamentação para o enfrentamento das DCNT e seus fatores de risco, sair da esfera de pactuações e acordos.

Outro aspecto relevante, no âmbito das DCNT, é sair da ótica da doença e avançar nas estratégias de promoção da saúde. O Brasil precisa de mais financiamento para o setor saúde, assim como precisa também de mais médicos; por isso, a importância do Programa Mais Médicos do Governo Federal. Entretanto, se as ações de saúde focarem somente na doença, nunca haverá recurso financeiro e humano suficiente para atender às demandas de saúde da população. Para equilibrar esse sistema, é necessário atuar mais na promoção, prevenção e educação em saúde, potencializando as estratégias já existentes.

Um ponto relevante e que deve ser discutido se refere ao volume de atribuições delegadas aos Municípios brasileiros, estes que são a base de execução de tudo o que foi apresentado durante o Fórum. É necessário dar aos Municípios mais condições de execução das políticas e estratégias, inclusive no que se refere à descentralização financeira. Há uma sobrecarga de trabalho no nível municipal, o que traz à tona a necessidade de rever o papel de cada um dos entes federados: União, Estados e Municípios, no âmbito das políticas de saúde.

**Bruce Ducan** – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Para que o Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil seja realizado de maneira eficiente, é fundamental a apresentação dos dados epidemiológicos que permitam conhecer o diagnóstico da população, seja por meio de uma linha de base e ou da tendência atual. Muitas apresentações do III Fórum de Monitoramento do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil centraram-se na discussão dos objetivos das ações e em seus desdobramentos, o que certamente é relevante. Entretanto, na maioria dos casos, não se discutiu, por exemplo, cobertura de programas, efetividade etc.

A realização do Fórum é importante e permite a troca de experiências no âmbito intersetorial. Todavia, em virtude do número ampliado de participantes e do formato adotado, não houve a possibilidade de debates. Para minimizar esse efeito, podem ser adotadas, para os anos posteriores, outras estratégias, como, por exemplo, dividir em grupos menores para discussão, resultando desses grupos propostas, críticas e sugestões.

As Universidades colaboram com o Ministério da Saúde no planejamento, execução, monitoramento e avaliação do Plano de enfrentamento das DCNT, fortalecendo seu corpo técnico. Essa parceria resulta em uma junção de forças, especificamente no fornecimento, para o Ministério da Saúde, de recursos qualificados para a avaliação, bem como para o planejamento baseado em evidências. Em contrapartida, o Ministério da Saúde, por meio do financiamento a Centros Colaboradores nas Universidades, permite o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão.

**José Miguel do Nascimento** – Departamento de Assistência Farmacêutica e Farmácia Popular do Brasil da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

O III Fórum de Monitoramento do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil permitiu mais uma vez a realização de um trabalho conjunto por diferentes áreas do Ministério da Saúde.

As estratégias adotadas pelo Programa de Assistência Farmacêutica e o Farmácia Popular do Brasil, no âmbito das DCNT, resultaram de uma importante articulação intersetorial, observando sempre a existência das linhas de cuidados das redes assistenciais.

**Patrícia Chueiri** - Coordenação Geral de Áreas Técnicas do  
Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à  
Saúde do Ministério da Saúde

A Secretaria de Atenção à Saúde tem desenvolvido ações no sentido de estabelecer parcerias, tanto no âmbito do próprio Ministério da Saúde, espaço em que já se observa maior integração entre as diferentes secretarias e coordenações, o que fortalece as linhas do cuidado e o cuidado integral, bem como junto às Universidades, com o objetivo de aprimorar suas ações, tomadas de decisões, planejamento, entre outros.

No que se refere à Rede de Atenção a Pessoas com DCNT, é importante repensar e renovar o papel do Estado, pois com a municipalização em saúde ampliou-se muito o acesso, exigindo uma reorganização das regiões de saúde e novo papel do Estado como gestor.

Por fim, o estreitamento da parceria entre a Secretaria de Atenção à Saúde e a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde certamente será muito positivo para a execução do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil.



## REFERÊNCIAS

ALWAN, A et al. Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in highburden countries. **The Lancet**, London, v. 376, p. 1861-1868, 2010.

BRASIL. **Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010**. Regulamenta a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano a alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e da outras providências. 2010c. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7272.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7272.htm)>. Acesso em: 12 ago 2014.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência a saúde e a articulação interfederativa, e da outras providências. 2011a. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 12 ago 2014.

\_\_\_\_\_. **Emenda constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010**. Altera o art. 6 da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. 2010b. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc64.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc64.htm)>. Acesso em: 12 ago 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. 1990. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 12 ago 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano a alimentação adequada e da outras providências. 2006. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm)>. Acesso em: 12 ago 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 12 ago 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à**

**Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília, 2012c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de **Análise de situação de saúde:** guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmen. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3. ed. Brasília, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático:** promoção da saúde. Brasília, 2012a.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2012.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESINA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** Brasília, v. 15, n. 1, p. 47-65, 2006.

MALTA, D. C.; SILVA JUNIOR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.

ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde nas Américas:** edição de 2012: panorama regional e perfis de países. Washington, DC, 2012.

\_\_\_\_\_; ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Datos basicos en salud. Mortalidad** [Internet]. 2011. Disponível em: < <http://www.who.int/topics/mortality/es/> >. Acesso em: 25 jul 2013.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet,** London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. **World Population Prospects: The 2010 Revision** [Internet]. 2011. Disponível em: < [http://esa.un.org/wpp/documentation/pdf/WPP2010\\_Volume-I\\_Comprehensive-Tables.pdf](http://esa.un.org/wpp/documentation/pdf/WPP2010_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf)>. Acesso em: 27 jul 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Causes of Death 2008**. Geneva, 2008.

\_\_\_\_\_. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva, 2002.

\_\_\_\_\_. **A global brief on Hypertension**: silent killer, global public health crisis:

World Health Day 2013. Geneva, 2013.

\_\_\_\_\_. **Global health risks**: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, 2009a.

\_\_\_\_\_. **Global Recommendations on Physical Activity for Health**. Geneva, 2010.

\_\_\_\_\_. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva, 2011.

\_\_\_\_\_. **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health**. Geneva, 2004.

\_\_\_\_\_. **Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences**. Geneva, 2009b.

\_\_\_\_\_. **Preventing chronic diseases**: a vital investment. Switzerland, 2005.

\_\_\_\_\_. **World Health Report**. Geneva, 2000.

\_\_\_\_\_. **World health statistics 2012**. Geneva, 2012.

\_\_\_\_\_; FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. **Fruit and vegetables for health**: Report of a Joint FAO/WHO Workshop, 1-3 September, 2004, Kobe, Japan. Geneva, 2005.



DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE