

Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015

doi: 10.5123/S1679-49742016000200016

Progress with the Strategic Action Plan for Tackling Chronic Non-Communicable Diseases in Brazil, 2011-2015

Deborah Carvalho Malta¹

Taís Porto Oliveira²

Maria Aline Siqueira Santos²

Silvânia Suely Caribé de Araújo Andrade²

Marta Maria Alves da Silva²

Grupo Técnico de Monitoramento do Plano de DCNT

¹Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte-MG, Brasil

²Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever as ações realizadas no âmbito do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, de 2011 a 2015. **Métodos:** as ações foram levantadas por meio de reuniões setoriais, interministeriais, fóruns anuais, além de revisão documental de publicações e legislações em sítios eletrônicos governamentais. **Resultados:** foram realizadas pesquisas nacionais e monitoramento das metas de redução de mortalidade e fatores de risco, ações de estímulo à atividade física, alimentação adequada e promoção da saúde mediante a criação do Programa Academia da Saúde, publicação de legislação sobre ambientes livres do tabaco, distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, organização da rede de atendimento de urgências para doenças cardiovasculares e ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento do paciente oncológico. **Conclusão:** observaram-se avanços referentes à vigilância, promoção da saúde e cuidado integral; de modo geral, as metas do Plano vêm sendo alcançadas.

Palavras-chave: Vigilância Epidemiológica; Doença Crônica; Fatores de Risco; Políticas Públicas; Monitoramento.

Abstract

Objective: to describe the actions undertaken by the Strategic Action Plan for Tackling Chronic Non-communicable Diseases (NCDs) in Brazil, from 2011 to 2015. **Methods:** the actions were identified through sectorial and interministerial meetings, annual forums, as well as document reviews of publications and laws on government websites. **Results:** the actions found were: national surveys and monitoring of mortality and risk factor reduction targets; encouragement of physical activity, adequate nutrition and health promotion through the creation of the Health Gym Program; the publication of legislation on tobacco-free environments; free of charge drugs for hypertension, diabetes, and asthma; organization of the emergency service network for cardiovascular diseases; and expanding access to diagnosis and treatment of cancer patients. **Conclusion:** we found progress regarding surveillance, health promotion and comprehensive care; in general, the goals of the Plan are being met.

Key words: Epidemiological Surveillance; Chronic Disease; Risk Factors; Public Policies; Monitoring.

Endereço para correspondência:

Deborah Carvalho Malta – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Av. Prof Alfredo Balena, nº 190, Belo Horizonte-MG, Brasil. CEP: 30130-100
E-mail: dcmalta@uol.com.br

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) foram causa de 63% dos óbitos ocorridos em 2008, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). As DCNT constituem a primeira causa de mortalidade no mundo, com predominância de mortalidade prematura, principalmente em populações de baixa renda.¹ No Brasil, as DCNT corresponderam a cerca de 74% dos óbitos em 2012,² além de representarem alta carga de morbidade.¹

Nesse contexto, em setembro de 2011 e em julho de 2014 ocorreram importantes Reuniões de Alto Nível da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre o tema, com participação de representantes de governo de países de todo o mundo, ocasião quando foram reforçados os compromissos dos chefes de Estado com o enfrentamento desse grupo de doenças.^{3,4} Como resultado desses compromissos, foram aprovados o Plano Global de DCNT, os planos Regionais e Nacionais.^{1,5,6} Foram, ainda, definidas metas para a redução das DCNT e seus fatores de risco, visando o comprometimento dos Sistemas de Saúde, bem como a articulação intersetorial para enfrentar o problema.^{7,8}

O Governo Brasileiro levou para a reunião da ONU de 2011 seu Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022.

O Governo Brasileiro levou para a reunião da ONU de 2011 seu Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, que estabeleceu compromissos de gestão e priorizou ações e investimentos necessários para enfrentar e deter as DCNT e seus fatores de risco.^{1,7} O Plano abrangeu os quatro principais grupos de doenças crônicas – cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes – e seus fatores de risco em comum modificáveis – tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação inadequada –, e definiu três eixos estratégicos: I. Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento; II. Promoção da Saúde; e III. Cuidado Integral.¹ O Plano também estabeleceu

metas e compromissos assumidos pelo Brasil frente às DCNT, encarregando sua coordenação nacional e monitoramento à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.^{7,8}

O balanço das ações realizadas entre os anos de 2011 e 2013 foi apresentado em artigo anterior,⁹ no qual foram evidenciados importantes avanços, com destaque para ações de (i) vigilância e monitoramento das metas, (ii) promoção da saúde e prevenção das DCNT, como enfrentamento dos quatro fatores de risco em comum, e (iii) fortalecimento dos sistemas de atenção à saúde para a abordagem de DCNT. O presente artigo apresenta uma síntese das ações desenvolvidas desde 2011, somando a elas as realizadas em 2015.

O monitoramento periódico é fundamental, incluindo a divulgação das ações e metas alcançadas, de forma a apoiar o Governo Brasileiro e a sociedade civil no acompanhamento do Plano e fortificar os compromissos entre governos e comunidade, a fim de reduzir a morbimortalidade por DCNT e melhorar a situação de saúde da população brasileira. O presente estudo justifica-se por contribuir para a consolidação do monitoramento das ações realizadas pelo Ministério da Saúde e outros parceiros, com base nos três eixos do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil.

O objetivo deste artigo foi descrever as ações realizadas no âmbito do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, de 2011 a 2015.

Métodos

Para descrição das ações, foram utilizadas duas estratégias: (1) levantamento e revisão das atas das reuniões anuais e (2) revisão documental de publicações e legislações em sítios eletrônicos do Governo, com o propósito de complementar, quando necessário, as informações apresentadas.

Primeiramente, para monitoramento das ações do Plano de DCNT, foram realizadas reuniões intersetoriais, no âmbito da Saúde, e interministeriais, com a finalidade de colocar juntos os responsáveis pelas diversas estratégias do Plano e socializar as principais ações realizadas por cada um. Esses encontros são preparatórios e culminam na realização dos fóruns anuais para monitoramento, em que se sentam à mesma mesa representantes de ministérios, da Agência

Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), das Secretarias de Estado (SES) e municipais de saúde (SMS), de instituições de ensino e pesquisa e de organizações não governamentais (ONG).

As reuniões interministeriais foram organizadas pela Secretaria Executiva e pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, e envolveram cerca de 20 ministérios, responsáveis pelo desenvolvimento de ações no âmbito do Plano, com destaque para o Ministério dos Esportes (ME), Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), Ministério da Cultura (MC), Ministério da Educação (MEC), Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Ministério do Turismo (MTUR), Ministério da Ciência e Tecnologia (MCTI), Ministério Público (MP), Ministério da Previdência Social (MPS), Ministério da Defesa (MD) e Ministério das Relações Exteriores (MRE).

Após o levantamento, foram descritas as ações realizadas pelo Ministério da Saúde no âmbito dos três eixos prioritários do Plano, a saber:¹

Eixo I – Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento

Eixo II – Promoção da Saúde

Eixo III – Cuidado Integral

Seus objetivos estão apresentados no quadro da Figura 1. Complementarmente, foram descritas as ações intersetoriais realizadas por outros ministérios.

Resultados

Após cinco anos de implementação do Plano de DCNT, diversos avanços foram registrados. Entre as

iniciativas desenvolvidas no Eixo I, destacam-se os resultados do inquérito por telefone Vigitel – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico –, realizado anualmente desde 2006. Em 2015, foi divulgado relatório apresentando as seguintes tendências para o período de 2006 a 2014: declínio do percentual de fumantes atuais e de fumantes passivos no domicílio, e redução do consumo regular de refrigerantes; aumento do consumo de frutas e hortaliças e da prática de atividade física no tempo livre; aumento da cobertura de mamografia; aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade; e aumento do número de pessoas com diagnóstico médico de diabetes.¹⁰

O Vigitel tem sido utilizado também para monitorar o alcance das metas do Plano a partir de sua linha de base em 2010.⁷ De acordo com resultados do inquérito, em sua edição de 2014, e dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) para 2013, observou-se redução na taxa de mortalidade prematura (30-69 anos de idade) por DCNT de 392/100 mil habitantes (2010) para 359/100 mil habitantes (2013), quando analisados juntos os quatro principais grupos de DCNT (cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes): uma redução média para o período de cerca de 2,5% ao ano. No monitoramento realizado pelo Vigitel de 2010 a 2014, observou-se redução no consumo do tabaco (23,4%) e no consumo abusivo de álcool (8,8%), aumento no consumo recomendado de frutas e hortaliças (23,5%), na prática de atividade física (15,7%) e na cobertura de mamografia (5,9%). Por sua vez,

Eixos	Objetivos
I. Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento	i) Fomentar e apoiar o desenvolvimento e o fortalecimento da vigilância integrada de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco e proteção modificáveis e comuns à maioria delas, por meio do aprimoramento de instrumentos de monitoramento desses fatores, com ênfase nos inquéritos nacionais e locais. ii) Avaliar e monitorar o desenvolvimento do Plano de DCNT. ¹
II. Promoção da Saúde	i) Fomentar iniciativas intersetoriais nos âmbitos público e privado, visando o desencadeamento de intervenções e ações articuladas que promovam e estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. ii) Abordar as condições sociais e econômicas no enfrentamento dos fatores determinantes das DCNT. iii) Proporcionar alternativas relativas à construção de comportamentos saudáveis. ¹
III. Cuidado Integral	i) Fortalecer a capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de ampliar o conjunto de intervenções diversificadas capazes de proporcionar uma abordagem integral da saúde para prevenir e controlar as DCNT. ¹

Fonte: Brasil, 2011.¹

Figura 1 – Eixos estratégicos e objetivos constantes do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), Brasil, 2011-2015

observou-se estabilidade na realização de citologia oncológica; e aumento da obesidade (18,5%).^{7,10}

Em 2013, foi realizada a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em continuidade ao suplemento sobre saúde da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) produzido nos anos de 1998, 2003 e 2008, com a proposta de manter periodicidade quinquenal. A PNS é uma pesquisa de base domiciliar, com o objetivo de coletar dados em escala nacional sobre a situação da saúde, comportamentos de risco e proteção, acesso a cuidados de saúde, uso e financiamento de serviços de saúde pela população brasileira. Destacaram-se na PNS as aferições antropométrica e de pressão arterial, e a coleta de sangue e urina (em subamostra) para realização de exames laboratoriais.^{11,12}

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) foi realizada trienalmente, desde 2009, a partir de entrevistas com escolares do nono ano, matriculados em escolas públicas e privadas. Trata-se de parceria entre a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. O relatório completo da PeNSE 2012 foi lançado em 2013;¹³ em 2014, foi publicado um número temático da Revista Brasileira de Epidemiologia com diferentes análises dos dados da pesquisa.¹⁴ Ainda em 2014, foi realizado o planejamento e revisão do questionário para a PeNSE 2015 – cuja coleta foi realizada com sucesso, no mesmo 2015. Os dados da última PeNSE serão publicados em 2016.

Outra recente iniciativa foi a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), realizada em 2013. Os entrevistados responderam perguntas sobre suas doenças crônicas, os tratamentos que fazem, quais medicamentos usam e como os obtêm, além dos serviços de saúde utilizados e seus hábitos de vida, como fumar e consumir bebidas alcoólicas. Os primeiros resultados dessa pesquisa com foco em algumas DCNT foram apresentados em setembro de 2014; os demais resultados serão apresentados futuramente, em número temático da Revista de Saúde Pública.¹⁵ Mais detalhes das pesquisas apresentadas podem ser encontrados na Figura 2, além de outras ações desenvolvidas relativas ao Eixo I – Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento.

Com relação ao Eixo II – Promoção da Saúde –, um dos programas de destaque é a Academia da Saúde, cujo objetivo principal é construir espaços

físicos para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, produção do cuidado e modos de vida saudáveis, contemplando atividades de alimentação saudável, práticas corporais e prevenção das DCNT e das violências, ações encarregadas a profissionais de saúde em conjunto com a comunidade. O Ministério da Saúde vem repassando recursos para a construção de polos do Programa Academia da Saúde – assim como para o custeio das ações neles previstas – e daqueles que foram classificados como similares, de acordo com critérios pré-definidos.¹⁶ Também foram realizados estudos de avaliação da efetividade de programas de promoção das práticas corporais/atividade física dos municípios. Os resultados preliminares do estudo sobre o Academia da Saúde de Pernambuco apontaram que o programa estimula a prática de atividade física, principalmente em populações mais pobres, mulheres e idosos.¹⁷

No ano da Copa do Mundo de Futebol no Brasil, o Programa 11 pela Saúde – parceria envolvendo Federação Internacional de Futebol (FIFA), Confederação Brasileira de Futebol (CBF) e ministérios do Esporte, da Educação e da Saúde – foi implantado em escolas públicas das 12 cidades-sede da Copa, voltado às crianças de 11 a 12 anos, com o objetivo de levar a elas 11 mensagens de saúde e prática de atividade física (futebol).¹⁸ Mais informações sobre as ações de promoção da prática de atividade física encontram-se na Figura 3.

Quanto às ações de promoção da alimentação saudável, ganhou destaque a revisão do ‘Guia Alimentar para a População Brasileira’, lançado em novembro de 2014, contendo informações, análises, recomendações e orientações sobre escolha, preparo e consumo de alimentos. Eis um instrumento objetivo e claro de educação alimentar e nutricional, destinado a promover a saúde de pessoas, famílias e comunidades.¹⁹ Além do Guia, foi revisada a publicação ‘Alimentos Regionais Brasileiros’, valorizando os alimentos existentes no país, com novo lançamento em março de 2015.²⁰

Ainda no âmbito da alimentação, o acordo voluntário com o setor produtivo, envolvendo o Ministério da Saúde, a Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação (Abia), a Associação Brasileira das Indústrias de Massas Alimentícias (Abima), a Associação Brasileira da Indústria de Trigo (Abitrigo) e a Associação Brasileira da Indústria de Panificação e Confeitaria (ABIP), estabeleceu metas nacionais para a redução do teor de sódio em alimentos processados no Brasil:

Iniciativas desenvolvidas
Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico (Vigitel): realizado anualmente desde 2006, com adultos (18 anos ou mais) residentes em domicílios com linha de telefone fixo nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. Conta com cerca de 54 mil entrevistas por ano e tem como objetivo principal monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT, além de descrever a evolução anual desses indicadores. ¹⁰
Pesquisa Nacional de Saúde (PNS): realizada em 2013, com amostra de 81.254 domicílios de 1.600 municípios. Os resultados foram divididos em quatro volumes: (i) doenças crônicas, estilos de vida (consumo alimentar, uso de álcool, atividade física e tabagismo) e percepção do estado de saúde física e mental; (ii) acesso e utilização de serviços de saúde, cobertura da Estratégia Saúde da Família, cobertura de plano de saúde suplementar, saúde bucal, acidentes de trânsito e violências, percepção de discriminação nos serviços de saúde, características do domicílio, presença de cães e gatos no domicílio, vacinação de animais e dengue; (iii) saúde de crianças com menos de 2 anos de idade, de indivíduos de 60 anos ou mais e de pessoas com deficiência, e saúde da mulher, com módulo especial sobre o atendimento pré-natal e a assistência ao parto, além de resultados de antropometria e pressão arterial; e (iv) dados laboratoriais, como nível de colesterol, hemoglobina glicada, creatinina, sorologia para dengue e hemoglobinopatias, e medida do sódio na urina – o que possibilitará estimar o consumo de sal pelos brasileiros. ¹² O primeiro volume da PNS foi lançado em dezembro de 2014, o segundo e o terceiro em 2015, ¹² e o quarto volume tem previsão de lançamento para 2016.
Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE): parceria entre a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. A segunda edição da pesquisa, realizada em 2012, entrevistou cerca de 110 mil estudantes do nono ano de escolas públicas e privadas, sendo essa amostra representativa para o Brasil, suas macrorregiões e capitais. Os objetivos da PeNSE foram: (i) determinar a prevalência de fatores de risco comportamentais junto à população de adolescentes; (ii) acompanhar as tendências dessas prevalências ao longo do tempo; e (iii) gerar evidências para orientar e avaliar intervenções. O questionário utilizado abordou não somente os quatro fatores de risco em comum para as DCNT e sim também outros temas, como aspectos socioeconômicos, contexto social e familiar, saúde sexual e reprodutiva e autopercepção da imagem corporal. ^{12,13}
Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) no Brasil: ⁴² realizada em parceria com 11 instituições de Ensino Superior, está organizada sobre duas estratégias de abordagem: componente populacional e componente de serviços. No primeiro componente, foram entrevistadas 41.443 pessoas de todas as idades, residentes em zona urbana, nas cinco macrorregiões do Brasil no período de 23 de setembro de 2013 a janeiro de 2014, envolvendo um total de 244 municípios. ¹⁵
Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan): realizado em 2014, mediante cruzamento com cadastro único (CAD-ÚNICO) do Programa Bolsa Família, possibilitou monitorar o desenvolvimento nutricional de cerca de 300 mil crianças acompanhadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família em relação às condicionalidades do programa. A análise longitudinal das crianças mostrou que no período de sete anos, a desnutrição apresentou declínio – tanto peso/idade quanto altura/idade – como também redução da obesidade. ⁴⁴
Portaria do Ministério da Saúde nº 23, de 9 de agosto de 2012: ⁴⁰ repasse de recursos financeiros para vigilância e promoção da saúde aos estados, Distrito Federal e capitais com mais de um milhão de habitantes, no valor total de 12,8 milhões de reais, em parcela única, destinados à implementação dos Planos Estaduais e Municipais para Enfrentamento das DCNT. O monitoramento realizado em 2014 aponta que praticamente todos os 55 entes federados contemplados com a Portaria lançaram seus planos em 2012, encontrando-se, atualmente, em diferentes etapas de sua implementação; alguns, em processo de revisão do primeiro Plano. Destaca-se que os recursos da referida Portaria podem ser utilizados em ações de vigilância de DCNT e promoção da saúde e muitos entes federados empregaram-nos em projetos e programas com esses focos.
Participação em Fóruns internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que resultaram na aprovação das metas Globais de DCNT, Plano Global de DCNT e Plano Regional de Enfrentamento de DCNT.
Capacitação em ensino a distância sobre a vigilância de DCNT, em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Foram realizadas quatro edições entre 2010 a 2013, com cerca de 300 matrículas em cada edição.
Apoio institucional do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) do Ministério da Saúde a estudos, como o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA), Estudo Longitudinal de Saúde e Bem-Estar dos Idosos Brasileiros (ELSI) e Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA).
Apoio ao custeio mensal de 19 Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, iniciado em 2006, que contribuiu para a melhoria e atualização das bases de dados dos RCBP. Em janeiro de 2014, foi publicada a Portaria nº 183, que regulamenta incentivos financeiros de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, entre eles o RCBP. ⁴⁴ Os dados dos RCBP são importantes para apoiar a Política Nacional de Prevenção de Câncer e a gestão da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento de câncer.
Qualificação dos Sistemas de Informação e Vigilância do Câncer: implantação, em 2013, do Sistema Nacional de Informação de Câncer (Siscan), que integra registros do Sistema de Informação de Câncer de Colo de Útero (Siscolo) e do Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sismama), e possibilitará o monitoramento da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que define o prazo máximo de 60 dias entre o diagnóstico e o primeiro tratamento do câncer pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O Siscan opera em plataforma WEB e também é integrado ao CADSUS.
Portal do Plano de DCNT no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, trazendo informações relacionadas à execução e ao monitoramento do Plano. ⁴⁵
Estudo de custos em DCNT: análise de custos diretos efetuados em DCNT pela instância federal do SUS, a cargo do Departamento de Economia da Saúde, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.
Cooperação Técnica com cinco instituições, coordenada pela Secretaria Executiva/Ministério da Saúde e Universidade Federal de Goiás, com o objetivo de estimar os custos de DCNT no Brasil, com enfoque inicial em diabetes <i>mellitus</i> tipo 2.
Investigações e melhorias nos cálculos utilizados para correções nas tendências de mortalidade pelas DCNT. ⁴⁷
Criação de uma base de dados, a partir dos registros da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), permitindo estimar prevalências e tendências epidemiológicas no uso de serviços – nefrológicos, por exemplo – no manejo das DCNT. ^{48,49}
Criação de um convênio com o <i>Institute of Health Metrics and Evaluation</i> /Universidade de Washington, para estimular o uso e avaliação de dados brasileiros do <i>Global Burden of Disease</i> .

Figura 2 – Ações desenvolvidas relacionadas ao Eixo I – Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento – do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), Brasil, 2011 a 2015

essa parceria resultou na assinatura, em 7 de abril de 2011, de acordo para a redução do sal nos alimentos a serem processados para consumo pelos brasileiros nos anos subsequentes.²¹

Se o consumo diário de sal no Brasil era de 12g em 2008, a meta estabelecida é atingir 5g em 2022, contribuindo para a redução da hipertensão arterial e de outras DCNT. Até o momento da conclusão desta revisão, foi realizado o monitoramento dos dois primeiros termos de compromisso (TC) firmados com o setor produtivo, nos quais foi observado o alcance da meta proposta em 80,8% dos produtos no primeiro TC e 99,0% no segundo TC. O monitoramento, portanto, mostrou resultados positivos e fortalecedores da estratégia para redução do consumo de sódio pela população, fazendo do Brasil um país de referência para essa agenda nas Américas, junto à Argentina e ao Canadá. Mais informações sobre os alimentos monitorados e os resultados encontrados podem ser vistos na Figura 3, juntamente com outras ações relacionadas à promoção da alimentação saudável.

No âmbito da legislação, o ano de 2015 foi marcante pela publicação dos Decretos nº 8.473, de 22 de junho de 2015, e nº 8.552, de 3 de novembro de 2015.^{22,23} O primeiro Decreto estabeleceu, no âmbito da Administração Pública Federal, o percentual mínimo de 30% de aquisição de gêneros alimentícios advindos da agricultura familiar, por órgãos e entidades do nível federal.²² O segundo Decreto regulamentou a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças na primeira infância, bem como de produtos de puericultura correlatos.²³

Em relação ao controle da obesidade, em 2014, foi publicada a 'Estratégia Intersetorial para Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para Estados e Municípios', publicação reunindo diversas ações do Governo Federal dirigidas à redução da obesidade no país, para que se constitua em um instrumento motivador e de apoio a estados e municípios na implementação das ações propostas.²⁴

Ainda sobre o Eixo II do Plano, os avanços do Brasil no combate ao tabagismo são reconhecidos internacionalmente. No país, a frequência de tabagismo vem declinando de forma importante, desde sua linha de base. A Pesquisa Nacional em Saúde e Nutrição realizada em 1989 revelava prevalência do tabagismo de 34,8% em indivíduos acima de 18 anos de idade.¹ Posteriormente, a Pesquisa Mundial de Saúde de 2003

mostrou redução dessa prevalência para 22,4% e, segundo a Pesquisa Nacional do Tabagismo (PETab), ela caiu para 18,5% em indivíduos de 18 anos ou mais (2008).^{1,25} A PNS apontou 14,7% de fumantes atuais de tabaco no país e 12,5% nas capitais, demonstrando redução de cerca de 20% da prevalência de 2008 para 2013, em homens, mulheres, e em todos os níveis de escolaridade.²⁵ Tal êxito resultou de medidas educativas, preventivas, legislativas e regulatórias. Destacam-se as ações regulatórias, como proibição de propaganda, de promoção e de patrocínio de cigarros (com exceção dos pontos de venda), vinculação de imagens de advertências nos maços e pacotes de produtos do tabaco, proibição de fumar em ambientes fechados, entre outras. O Brasil tornou-se referência global para iniciativas antitabaco, pelos resultados alcançados e medidas regulatórias adotadas. As principais ações estão descritas na Figura 3.

Com relação ao álcool, o consumo nocivo é responsável por diversos problemas de saúde, como doenças hepáticas, neoplasias, transtornos mentais, acidentes e violências, gerando elevados custos para a sociedade, decorrentes de perdas de produtividade, cuidados em saúde, absenteísmo no trabalho, entre outros.^{1,5} Diante da gravidade dessa situação, o Ministério da Saúde tem fomentado ações, por meio de articulações intersetoriais e interdisciplinares. No que se refere à legislação, destaca-se a atuação de advocacy do setor Saúde para a implementação da Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008, iniciativa do Governo Federal de proibir a comercialização das bebidas alcoólicas em rodovias federais; e a chamada 'Lei Seca' – Lei nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012 –, que aumentou o valor da multa, além de autorizar o uso de provas como vídeos, testemunhos ou outros meios comprobatórios de embriaguez do motorista, em processo criminal.^{26,27}

Segundo estudo comparativo do Vigitel, a prevalência de adultos que referiram conduzir veículo motorizado após o consumo abusivo de bebidas alcoólicas declinou de 2,0% em 2007 para 1,1% em 2013, sendo a redução significativa entre 2007 e 2008 e entre 2012 e 2013, possivelmente causada pela implementação da Lei Seca, sua reedição e correspondente fiscalização.²⁷ Porém, no período de 2010 a 2014, não foi observada alteração estatisticamente significativa, o que reforça a necessidade de avanço nesse tema.¹⁰

Ainda sobre o Eixo II do Plano, ressaltam-se as ações realizadas no âmbito da promoção do enve-

Atividades desenvolvidas
Atividade física Programa Academia da Saúde: criado em 2011 pela Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011, tem como objetivo principal construir espaços físicos para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, produção do cuidado e modos de vida saudáveis, contemplando atividades de alimentação saudável, práticas corporais e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de violências, por profissionais de saúde em conjunto com a comunidade. O Ministério da Saúde repassou recursos para a construção de 3.790 polos em mais de 2.700 municípios brasileiros, e até junho de 2015, 1.244 obras foram concluídas; além dos recursos para construção, foram enviados repasses para custeio de aproximadamente 450 polos do Programa Academia da Saúde classificados como similares.¹⁶ Programa 11 pela Saúde: implantado em cidades sedes da Copa do Mundo de Futebol, com crianças de 11 a 12 anos, tendo como objetivo levar mensagens de saúde e prática de atividade física. A proposta do programa foi levar 11 mensagens de saúde e prática de atividade física (futebol) para crianças em escolas públicas. Foram aplicados testes com as crianças antes e após a intervenção, sendo observado aumento de 18% nos acertos sobre os temas de saúde abordados, mostrando melhora no aprendizado.¹⁸
Alimentação Revisão do 'Guia Alimentar para a População Brasileira' e do documento 'Alimentos Regionais Brasileiros', que, juntos, trazem informações e orientações sobre escolha, preparo e consumo de alimentos, com valorização dos alimentos regionais.^{19,20} Realização de acordo voluntário com o setor produtivo, em que foram estabelecidas metas nacionais para a redução do teor de sódio em alimentos processados no Brasil.²¹ O acordo contém quatro termos de compromisso (TC), cada um referente a alimentos específicos, e, até o momento, foi realizado o monitoramento dos dois primeiros. O I TC incluiu massas instantâneas, pães de forma e biscoitos, e em seu monitoramento, foram analisados 287 produtos, observando-se 80,8% de alcance da meta proposta. O II TC incluiu bolos e misturas para bolos, rocamboles, biscoitos doces, salgadinhos e recheados, batata frita e batata palha, salgadinhos de milho e maionese, e seu monitoramento contou com a análise de 849 produtos, que apresentaram 99% de alcance da meta proposta. Destaca-se que foi observada redução do teor médio de sódio em todas as categorias analisadas. Considerando-se os dois primeiros termos de compromisso, estima-se a retirada de 5.230 toneladas de sódio até 2012, e de 7.652 até 2014; e com todos os termos propostos, estima-se a retirada de 28.562 toneladas de sódio dos alimentos a serem produzidos até 2020. Ainda compõe as iniciativas de regulação a implementação do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) para <i>Fast Food</i> (ação civil pública), que tem como objeto a veiculação da informação nutricional nos produtos comercializados na rede, além da elaboração de um guia de 'Boas Práticas Nutricionais' para alimentação fora de casa, destinado a orientar serviços de alimentação sobre o preparo e a oferta adequada dos alimentos servidos em restaurantes populares. Em abril de 2012, a partir de um acordo firmado entre o Ministério da Saúde e a Federação Nacional das Escolas Particulares, foi lançado o manual 'Cantinas escolares saudáveis: promovendo a alimentação saudável', que define um conjunto de ações para melhorar os alimentos ofertados nas escolas. Destaca-se, ainda, o Programa Saúde na Escola (PSE), uma política intersetorial entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação instituída em 2008.⁵⁰ As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da Educação Pública brasileira unem-se para promover o desenvolvimento pleno desse público, aproveitando o espaço privilegiado da escola para práticas de promoção, prevenção da saúde e construção de uma cultura da paz. A articulação entre escola e rede básica de saúde é, portanto, fundamental para o Saúde na Escola. O PSE está presente em 4.769 municípios do Brasil, atendendo 24,3 milhões de escolares. Desde 2011, anualmente são realizadas as Semanas de Mobilização da Saúde na Escola; nos últimos anos, os temas abordados nas Semanas foram a prevenção da obesidade na infância e na adolescência (2011 e 2012), o estímulo à atividade física (2014) e a alimentação saudável (2015). A publicidade de alimentos foi regulada mediante Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – RDC nº 24/2010 –, sendo posteriormente suspensa pelo Poder Judiciário. A retomada dessa discussão, principalmente para crianças e jovens, deu-se em 2013, no âmbito do Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com a criação de um Grupo de Trabalho (GT) no âmbito do Comitê Gestor da mesma política, bem como de um GT interno ao Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea). Em 2014, uma resolução do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, ligado à Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, apontou como abusiva a publicidade que incentive a criança a consumir determinado produto ou serviço fazendo uso de linguagem, efeitos ou brindes com apelo.⁵¹
Tabagismo Os avanços percebidos na redução do tabagismo foram resultado de importantes medidas adotadas no Brasil, nos últimos anos. Em 2006, a adesão do Brasil à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (Decreto nº 5.658/2006), vinculando legalmente o país ao tratado, representa um marco nesse processo.⁵² Em 2015, foram comemorados os 10 anos da referida Convenção, com o objetivo de promover uma reflexão sobre os resultados desse período e, paralelamente, construir uma visão de futuro para os próximos 10 anos. No mesmo ano de lançamento do Plano de DCNT, foi aprovada a Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011, que regulamenta os ambientes livres de fumo, amplia as advertências nos maços, define preço mínimo de venda e aumenta a taxa dos cigarros para 85%.⁵³ A regulamentação dessa lei deu-se pelo Decreto da Presidência da República nº 8.262, de 31 de maio de 2014, que estendeu sua abrangência para ambientes parcialmente fechados por parede, divisória, teto ou mesmo toldo.⁵⁴ O Decreto também definiu como responsáveis pela fiscalização as vigilâncias sanitárias de estados e municípios, assim como as penalidades para a infração. Ainda nesse contexto, Portaria interministerial nº 2.647, de 4 de dezembro de 2014, fruto de parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho, veio regulamentar tabacarias, locais para pesquisa dos produtos do tabaco e outros, que podem ter espaços adaptados para o uso do produto desde que os ajustem, garantindo condições de isolamento, ventilação e exaustão do ar e outras medidas de proteção ao trabalhador.⁵⁴ A regulamentação do preço mínimo do cigarro foi realizada pelo Decreto nº 7.555/2011. Ainda em 2011, a Anvisa proibiu o uso de aditivos nos cigarros; porém, a medida sofreu efeito suspensivo pelo Supremo Tribunal Federal. Em agosto de 2012, a Anvisa abriu o Laboratório de Toxicologia do Tabaco para apoiar as medidas de fiscalização do setor. Em abril de 2013, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 571 sobre a ampliação do tratamento dos tabagistas nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive com acompanhamento e acesso aos medicamentos. Campanhas importantes sobre o tabaco em 2015 incluem a ação contra o narguilé, desmistificando seu presumido caráter inofensivo e alertando para seus riscos e malefícios,⁵⁵ e a campanha do Dia Mundial sem Tabaco, cujo tema foi a eliminação do comércio ilegal de produtos de tabaco⁵⁶ e teve como um de seus objetivos promover a ratificação, adesão e utilização do Protocolo de Eliminação do Comércio Ilegal de Produtos de Tabaco por todos os signatários da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.

Continua

Figura 3 – Ações desenvolvidas relacionadas ao Eixo II – Promoção da Saúde – do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), Brasil, 2011-2015

Atividades desenvolvidas
Álcool Entre as ações e articulações intersetoriais e interdisciplinares realizadas pelo Ministério da Saúde, destaca-se <i>advocacy</i> nas seguintes questões: (i) implementação da Medida Provisória nº 415/2008, uma iniciativa do Governo Federal que proíbe a comercialização das bebidas alcoólicas em rodovias federais; (ii) implantação da Lei nº 11.705/2008, chamada 'Lei Seca'; (iii) aprovação da Lei nº 12.760/2012, que aumenta o valor da multa, além de autorizar o uso de provas como vídeos, testemunhos ou outros meios a título de comprovação, no processo criminal, da embriaguez do motorista;²⁷ e (iv) aprovação, em 2015, do Projeto de Lei do Senado nº 5502/13, que propõe proibição e punição aos estabelecimentos e aos adultos que vendem bebidas alcoólicas para menores de 18 anos.
Comunicação Uma das ações contínuas de comunicação foi a celebração dos Dias Mundiais da Atividade Física e da Saúde, anualmente, sempre na primeira semana de abril. O objetivo dessas ações é sensibilizar os gestores municipais para a promoção da saúde, prática de atividade física e alimentação saudável para a melhoria da saúde. Foram utilizados vários lemas: 'Pratique Saúde' (2007); 'Entre para o time onde a saúde e o meio ambiente jogam juntos' (2008), articulando o tema da intersetorialidade; 'Praticar atividade física é tão simples que você faz brincando' (2009); 'Saúde e Qualidade de Vida' (2010); 'Envelhecendo com Saúde' (2012); 'Viver com Saúde é uma Grande Vitória' (2013) e 'Quem busca qualidade de vida não pode ficar parado' (2014), estes últimos chamando atenção para os grandes eventos esportivos e a importância da atividade física na qualidade de vida; e outros temas. Destaca-se ainda, em 2011 e 2012, a realização de campanhas de comunicação lideradas por parceiros, como 'O Futuro Promete, Eu Quero Chegar Bem Lá', promovida pela Associação dos Profissionais de Propaganda (ABAP), e o lançamento de sítio eletrônico e do Movimento 'Salve Saúde' pela Associação Médica Brasileira (AMB), destinado a profissionais de saúde, sobre doenças crônicas, além de outras iniciativas. Em 2015, foi implementada a campanha de promoção da saúde intitulada 'Da saúde se cuida todos os dias', como estratégia de incentivo à adoção de hábitos saudáveis, estruturada nos seguintes eixos: I. Incentivo à alimentação saudável; II. Enfrentamento ao uso abusivo do álcool; III. Incentivo à atividade física; IV. Controle do tabagismo; V. Incentivo à segurança no trânsito; VI. Incentivo à cultura da paz; VII. Incentivo ao ambiente saudável; e VIII. Incentivo ao parto normal.²⁸
Envelhecimento ativo Em função da maior expectativa de vida, a população de idosos no Brasil aumenta muito rapidamente, demandando novas e urgentes ações para atender essa população com serviços de saúde de qualidade. Foram desenvolvidas ações de comunicação e mobilização, e de estilos de vida saudáveis – como a mobilização para o Dia Mundial da Saúde em 7 de abril de 2012, com o tema 'Envelhecendo com Saúde' –, a criação de espaços físicos que incentivem a prática de atividade física – como as Academias da Saúde –, o Saúde Toda Hora – com a qualificação da atenção prestada nos serviços de urgência, para os casos de acidente vascular cerebral e infarto –, e a Farmácia Popular, onde são encontrados medicamentos gratuitos para hipertensão e diabetes, tratamentos especializados para mal de Alzheimer, mal de Parkinson, além de fraldas geriátricas, entre outros benefícios; e a criação do Programa da Atenção Domiciliar intitulado 'Melhor em Casa', pela Portaria nº 2.029/2011. O Melhor em Casa prioriza o atendimento de idosos acamados e pacientes crônicos, provendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e tratamento paliativo realizadas no domicílio do paciente: já se contabilizam mais de 54 municípios cadastrados no programa, cujos profissionais estão sendo capacitados por meio de curso de ensino à distância em Atenção Domiciliar.
Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) Entre 2013 e 2014, realizou-se amplo processo de revisão da PNPS, cuja primeira edição é de 2006, visando atualizar e renovar os compromissos do SUS com sua implementação. Esse processo aconteceu de forma democrática e participativa, envolvendo gestores, trabalhadores, conselheiros, representantes de movimentos sociais e profissionais de instituições de Ensino Superior, além da participação de representantes de instituições externas ao setor Saúde mas comprometidas com ações de promoção da saúde, nas cinco macrorregiões brasileiras. A PNPS se propõe a dialogar com as diversas áreas do setor sanitário, demais setores do Governo, setor privado e não governamental, além da sociedade civil organizada, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade, para propor ações efetivas nas condições de saúde da população brasileira, de melhoria em sua qualidade de vida. A edição revisada da Política Nacional de Promoção da Saúde foi lançada em 2015, com o objetivo geral de promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo as vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes de fatores determinantes de ordem social, econômica, política, cultural e ambiental.²⁹

Figura 3 – Continuação

lhhecimento ativo e as atividades de comunicação realizadas anualmente, nos dias mundiais de atividade física e da saúde, com destaque para o lançamento da campanha da promoção da saúde intitulada 'Da saúde se cuida todos os dias' em 2015.²⁸ Por fim, após oito anos de vigência da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), demandas e compromissos nacionais e internacionais assumidos pelo Governo Brasileiro levaram à necessidade de revisão e atualização da Política, o que veio a ocorrer no período de 2013 a 2014, culminando na publicação da PNPS revisada no final de 2014, com versão impressa lançada em 2015.²⁹ A Figura 3 apresenta mais informações referentes à comunicação, ao envelhecimento ativo e à revisão da PNPS.

Com relação ao Eixo III – Cuidado Integral –, eis as principais iniciativas e ações realizadas nos últimos anos:

- redefinição da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e publicação do Caderno de Atenção Básica para o cuidado da pessoa com doença crônica – obesidade;^{30,31}
- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ);³²
- Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde – UBS;
- Plano de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, para reduzir a morbimortalidade do câncer de mama e de colo do útero;

- v) Atenção ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), definida nos termos da Portaria nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011, que prevê ações para a assistência ao infarto agudo do miocárdio e define o Protocolo de Síndrome Coronariana Aguda;³³
- vi) Atenção ao Acidente Vascular Cerebral (AVC), regulamentada pela Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012;³⁴
- vii) Assistência Farmacêutica, instituída por meio da Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013, e pelo Programa Farmácia Popular do Brasil, ampliando o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns entre a população brasileira, principalmente as DCNT;³⁵ e
- viii) Programa Melhor em Casa, instituído em 2011, que tem como objetivo ampliar e qualificar o cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar.³⁶

Essas ações do Eixo III fortalecem a capacidade de resposta do SUS e ampliam o conjunto de intervenções capazes de uma abordagem integral da saúde, com vistas à prevenção e controle das DCNT. A Figura 4 apresenta mais detalhes sobre elas.

Além do Ministério da Saúde, diversos outros ministérios conduzem e lideram as ações intersetoriais que

constam do Plano de DCNT. Essa mobilização coletiva é fundamental para o enfrentamento desse grupo de doenças, e o próprio Plano ressalta a importância da transversalidade e a necessidade de se ampliar os diálogos sobre a questão entre diferentes setores do Governo Federal. O quadro da Figura 5 detalha as ações apontadas pelos participantes em reunião interministerial, segundo o órgão correspondente.

Discussão

As DCNT têm sido prioridade de agenda do Governo Brasileiro. A implementação das ações previstas no Plano de DCNT 2011-2022⁹ tem contado com o envolvimento de diversas áreas do Ministério da Saúde e de outros setores, de forma articulada com os Planos Global⁵ e Regional de enfrentamento às DCNT.⁶ Entre as ações de monitoramento, destacam-se os avanços da vigilância de DCNT e seus fatores de risco, e a importância estratégica da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS.⁵

Importante realçar as ações dos Eixos II e III, de promoção à saúde, prevenção de doenças, fortalecimento da atenção básica de saúde, articulação das redes de serviços e urgência, de modo a ampliar uma resposta de abordagem das DCNT nos diversos níveis

Atividades desenvolvidas
Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas O acompanhamento longitudinal dos usuários é uma atividade fundamental na melhoria da resposta ao tratamento e na prevenção de possíveis complicações. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, visando à atenção, de forma integral, dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) portadores de doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, realizando ações de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Foram priorizados quatro eixos: (1) reno-cardiovascular, que engloba doença renal, diabetes <i>mellitus</i> e hipertensão arterial sistêmica; (2) obesidade; (3) câncer; e (4) doenças respiratórias crônicas. Foram publicadas portarias, definindo critérios técnicos de risco cardiovascular, promoção da saúde e atenção à obesidade, atenção oncológica, entre outras; e estão sendo preparadas atualizações dos Cadernos de Atenção Básica e elaborados cursos de ensino a distância para educação permanente, visando o aperfeiçoamento técnico das equipes da Atenção Básica. Em 2014, foi publicado o 'Caderno de Atenção Básica – obesidade'. No mesmo ano de 2014, foi publicada a Portaria nº 483/2014, que redefiniu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e estabeleceu diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado.^{30,31}
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) Este programa do Departamento de Atenção Básica/SAS/Ministério da Saúde tem como diretriz envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, municipais e locais, equipes e usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da Atenção Básica. No que concerne à atenção às doenças crônicas, as dimensões avaliadas pelo PMAQ são: equipamentos, materiais e insumos, medicações, exames laboratoriais, cadastro de grupos prioritários, estratificação de risco, acompanhamento dos grupos prioritários, fluxos e referências para as doenças crônicas, modelo de cuidado às pessoas com doenças crônicas e processo de trabalho das equipes de atenção básica. Cerca de 47% das equipes de atenção básica já haviam aderido ao PMAQ em 2014.³²
Programa de Qualificação das Unidades Básicas de Saúde O fortalecimento da Atenção Básica visa contribuir para a continuidade da mudança do modelo de atenção à saúde no país, propondo que a melhoria da estrutura física da unidade básica de saúde (UBS) seja facilitadora de mudanças das práticas das equipes de saúde. O Programa, cujo objetivo é incentivar financeiramente a adequação da infraestrutura das UBS implantadas em todo território nacional, inclui o financiamento para reformas de 5.247 UBS, 5.458 ampliações e 3.966 construções.

Continua

Figura 4 – Ações desenvolvidas relacionadas ao Eixo III – Cuidado Integral – do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), Brasil, 2011-2015

Atividades desenvolvidas
Plano de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer Os cânceres de mama e do colo do útero são os dois tipos mais frequentes de câncer que aparecem na população feminina brasileira (sem considerar os tumores de pele não melanoma). Em março de 2011, foi lançado o Plano de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade por câncer de mama e de colo. Composto dessas ações, ainda em 2011, foram publicadas e amplamente divulgadas as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, documento com as recomendações padronizadas para condutas clínicas no cuidado adequado às mulheres identificadas como possíveis portadoras de lesões precursoras do câncer do colo do útero. Foi ampliada a faixa etária de rastreamento, incluindo as mulheres de 25 a 64 anos, e estabelecidas diretrizes para a ampliação do acesso ao exame citopatológico. Estas medidas resultaram no aumento de 1,2% no total de exames realizados (de 8.784.388 em 2010 para 8.882.850 em 2011) em 17 estados brasileiros. Também foi criado o Programa Nacional de Qualidade em Citopatologia, que conta com um Grupo de Trabalho do qual participam diversas entidades nacionais, para propor medidas de qualificação dos laboratórios de citopatologia de grande porte, ou com capacidade de processamento para mais de 150 mil lâminas/ano. Além disso, estão sendo estruturados 20 Serviços de Confirmação Diagnóstica e Tratamento das Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero. Com relação às ações de prevenção e controle do câncer de mama, foi criado o Programa de Qualificação dos Exames Diagnósticos Para o Câncer de Mama, que tem investido na ampliação do serviço de mamografia móvel. Também foram apresentadas 36 propostas, por 11 estados brasileiros, para estruturação de 50 serviços de diagnóstico mamário. A Portaria nº 140/2014 redefiniu os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia, definindo as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação.⁵⁷ A Portaria nº 189/2014 instituiu o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero, o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama.⁵⁸ Ocorreu aumento de 19,1% no total de exames de mamografia de rastreamento realizados, na faixa etária-alvo de 50 a 69 anos, passando de 1.549.616 em 2010 para 1.845.776 em 2011. Resultados do Vigitel revelaram ampliações na cobertura da mamografia nas capitais, de 71,1% em 2007 para 77,8% em 2014. No Plano de Expansão da Radioterapia, está prevista a criação do serviço de radioterapia em 48 hospitais e ampliação de 32 serviços já existentes, totalizando a aquisição de 80 equipamentos de radioterapia pelo Ministério da Saúde, além de reforma dos hospitais. A vacina contra a hepatite B faz parte do calendário de vacinação da criança, do adolescente e do adulto, e está disponível nas salas de vacina do SUS, que ampliou a oferta da vacina para a faixa etária de 30 a 49 anos. Todo recém-nascido deve receber a primeira dose da vacina logo após o nascimento, preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida. Se a gestante tiver hepatite B, o recém-nascido, além da vacina, deve receber a imunoglobulina contra a hepatite B nas primeiras 12 horas de vida. A vacina contra o vírus do papiloma humano (HPV) é ofertada para meninas e pré-adolescentes entre 11 e 13 anos, nas unidades básicas de saúde e em escolas públicas e privadas, de forma articulada com as unidades de saúde de cada região. Em 2015, foram vacinadas as adolescentes na faixa etária de 9 a 11 anos.
Atenção ao infarto agudo do miocárdio (IAM) As doenças que mais matam no país são as cardiovasculares, razão porque o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011, que define ações para a assistência ao infarto agudo do miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas. O objetivo da medida legal é garantir que o paciente com infarto agudo do miocárdio (IAM) receba a terapia de perfusão em tempo adequado, com acesso à terapia intensiva e ao tratamento e estratificação complementares à perfusão.³³ Foram financiados e custeados, de forma diferenciada, os leitos de unidades de terapia intensiva coronarianas (UCO) nas regiões metropolitanas com maior número de internações e óbito por IAM, de acordo com os seguintes parâmetros: (1) implantação de 1 UCO com 10 leitos para cada 600 IAM/ano, nas dez regiões metropolitanas do país com maior frequência de infarto agudo do miocárdio (acima de 600 IAM/ano); e (2) implantação de 2 leitos de UCO no mesmo espaço físico de uma unidade de terapia intensiva, nas 27 regiões metropolitanas com frequência entre 100 a 599 IAM/ano. O custeio diferenciado é de R\$ 800,00 por dia. A unidade só é habilitada quando de fato já atua de forma satisfatória no território, integrando a rede.
Atenção ao acidente vascular cerebral (AVC) A assistência ao portador de acidente vascular cerebral (AVC) foi regulamentada pela Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC.³⁴ Os Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC integram a Linha de Cuidados em AVC e são componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. O incentivo financeiro de custeio no valor equivale 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. Outras medidas: (i) 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), para implantar uma central de telemedicina em hospitais secundários, previamente selecionados, com oferta de consultoria, apoio diagnóstico e terapêutico e acompanhamento, por meio de acesso remoto, em tempo real, dos doentes gravemente enfermos. Como beneficiários do telemedicina no triênio 2012-2014, foram selecionados 14 hospitais, com prioridade para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país. (ii) Cooperação técnica com as sociedades e associações brasileiras de especialidades médicas, com o objetivo de promover a qualificação e capacitação dos profissionais de saúde que atuam na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do SUS, fortalecendo o cuidado ao paciente crítico e qualificando a assistência prestada.
Assistência Farmacêutica 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.³⁵ A transferência do recurso é realizada fundo a fundo. O Ministério da Saúde, em seu orçamento de 2013, destinou aproximadamente R\$ 11 bilhões para a aquisição de medicamentos. Os medicamentos são dispensados nas unidades do SUS (UBS) e outras, e pelo Programa Farmácia Popular do Brasil. Este último ampliou o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns na população brasileira, principalmente as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O Programa possui uma rede própria de Farmácias Populares e conta com a parceria de farmácias e drogarias da rede privada, denominada Aqui Tem Farmácia Popular. O Programa Farmácia Popular do Brasil dispõe de 528 unidades próprias, e o Aqui Tem Farmácia Popular conta com 33.854 farmácias e drogarias credenciadas, atendendo 4.431 municípios do país. No período de fevereiro de 2011 a junho de 2015, foram atendidos 32.515.155 pacientes. Em 2011, o Programa Aqui Tem Farmácia Popular passou a dispensar medicamentos gratuitos para DCNT (hipertensão, diabetes, asma).

Continua

Figura 4 – Continuação

Atividades desenvolvidas
Atenção Domiciliar O Programa Melhor em Casa foi instituído pelo Ministério da Saúde em 2011. Trata-se de uma iniciativa tripartite com os objetivos de ampliar e qualificar o cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, a fim de reduzir a demanda por atendimento hospitalar e/ou o período de permanência de usuários internados, promover a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários. A Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, normatiza a Atenção Domiciliar.³⁶ Até o mês de junho de 2015, os dados do programa apontavam 1.550 equipes habilitadas em 422 municípios no país, alcançando um total de 89.843 beneficiários. Pesquisa de satisfação feita pela ouvidoria, em janeiro de 2015, referiu indicador de satisfação do usuário igual a 90,5%. Dados do programa 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. Os principais diagnósticos que levaram ao atendimento domiciliar foram AVC, seguido de síndrome demencial, hipertensão arterial/complicações e neoplasias.

Figura 4 – Continuação

de atenção, e buscar o acompanhamento longitudinal dos portadores dessas doenças, com vinculação e sob a responsabilização dos serviços e profissionais.

As ações de implantação do Plano de DCNT desenvolvidas pelo Ministério da Saúde entre 2011 e 2015, segundo o presente levantamento e análise, têm apresentado avanços e resultados promissores. Dados do Vigitel 2014, da PNS e do SIM apontam que a maioria das metas estão em bom andamento para serem cumpridas em 2022, caso de: redução da mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT; redução no consumo do tabaco e no consumo regular de refrigerantes; aumento no consumo de frutas e hortaliças, na prática de atividade física e na cobertura de mamografia. As metas não atingidas referem-se, todavia, à citologia oncótica, que apresentou estabilidade, e à obesidade, cujo aumento foi identificado em adultos, e que em crianças e adolescentes ainda não foi medida novamente.^{9,10}

É necessário manter a atenção, mesmo sobre as metas bem encaminhadas, ampliar as ações implementadas e rever estratégias, no caso das metas que ainda não apresentaram progresso.

As ações do Plano estão alinhadas com a Política Nacional de Promoção da Saúde,²⁹ a Política de Atenção Básica³⁷ e demais políticas do Ministério da Saúde, com o Plano Nacional de Saúde³⁸ e o Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde,³⁹ por meio do Objetivo Estratégico 6 (OE 6), que prioriza a atenção integral às DCNT e aos idosos.³⁹ O conjunto das Secretarias do Ministério, demais áreas e agências reguladoras da Saúde tem trabalhado de forma transversal, com atribuições específicas e monitoramento integrado, sendo acompanhadas pelo sistema de monitoramento da Secretaria Executiva (e-Car). As Secretarias de Estado de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde lançaram Planos Estaduais e de capitais, específicos para o enfrentamento das DCNT. Em 2012, a Secretaria

de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde realizou repasses financeiros para a implantação de Planos Estaduais e das capitais.⁴⁰

É importante avançar nas ações de integração e articulação dos setores, de forma a mobilizar e tornar o tema de enfrentamento das DCNT transversal aos processos de organização dos serviços, e da Saúde de modo geral. Os desafios e limites relacionados às atividades intersetoriais que buscam o avanço no cumprimento das metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, serão minimizados com o envolvimento conjunto da sociedade civil, entidades da saúde, universidades, Conselhos de Saúde, ONG e usuários do SUS. A participação da sociedade civil é vital para que essa agenda se torne prioritária. O monitoramento das metas deve ser amplo e transparente, espera-se que acompanhado de abrangente discussão envolvendo os dados divulgados pela PNS^{11,12} sobre situação da saúde e comportamentos de risco e proteção, de forma a implementar políticas de redução dessas doenças e consequente melhoria da qualidade de vida da população.^{8,9}

O tema das DCNT ganhou prioridade e assumiu liderança nas agendas globais. Contudo, permanecem muitos desafios ao desenvolvimento de políticas efetivas. Destaca-se a necessidade de avanços adicionais em medidas regulatórias e legais, especialmente relacionadas ao álcool e aos alimentos, tendo em vista o exemplo bem-sucedido dessas medidas para a redução do tabagismo.

Parcerias entre diferentes setores também se mostram fundamentais no apoio às ações de prevenção de DCNT, seja na captação de recursos financeiros e no fortalecimento de capacidades, seja na pesquisa e defesa de ações de prevenção e controle de doenças não transmissíveis. Na abordagem das DCNT, além da necessária organização da Saúde Pública para garantir a vigilância, promoção da saúde, prevenção e assistência aos paciente, é essencial

Ministérios	Ações realizadas
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)	Estratégia intersetorial de prevenção da obesidade, lançada em 2013, inclui ações de 20 ministérios e é coordenada pela Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisam). ²⁴ Curso de ensino a distância sobre segurança alimentar e nutricional no âmbito do Programa Bolsa Família. Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), que promove o acesso a alimentos para populações em situação de insegurança alimentar e propicia a aquisição de alimentos de agricultores familiares, com isenção de licitação, a preços compatíveis aos praticados dos mercados regionais. ⁵⁹ Compra institucional, em que instituições públicas podem comprar da Agricultura Familiar por meio de chamada pública. É uma das modalidades do PAA. ⁵⁹
Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA)	Plano Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (Planapo), criado para ampliar e efetivar ações orientadoras do desenvolvimento rural sustentável, possibilita à população a melhoria de qualidade de vida por meio da oferta e consumo de alimentos saudáveis e do uso sustentável dos recursos naturais. ⁶⁰ Programa de diversificação da cultura do tabaco, que prevê assistência técnica aos agricultores familiares que querem diversificar sua produção recorrendo a culturas alternativas, de outros produtos economicamente viáveis.
Ministério da Educação (MEC)	Programas Saúde na Escola (PSE), Mais Educação e Programa de Alimentação Escolar (PNAE) contribuem para a promoção da saúde, prevenção de doenças e atenção à saúde, bem como para o crescimento, o desenvolvimento, a aprendizagem, o rendimento escolar dos estudantes e a formação de hábitos alimentares saudáveis, mediante a oferta da alimentação escolar e de ações de educação alimentar e nutricional. O PNAE serve refeições diariamente, para 43 milhões de estudantes da Educação Básica (educação infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio), visando o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens da rede pública de ensino.
Ministério da Pesca e Aquicultura (MPA)	Incentivo ao consumo de pescados, mediante a ampliação da comercialização e do consumo de pescado no mercado institucional, com foco no incentivo ao consumo do pescado na alimentação escolar.
Ministério da Defesa	Programas de prevenção de DCNT entre os profissionais das Forças Armadas, mediante ações de (i) prevenção de hipertensão arterial, (ii) controle de diabetes, (iii) prevenção do uso abusivo de álcool, (iv) programa de promoção da saúde e (v) prevenção da obesidade.
Ministério da Justiça (MJ) e Polícia Rodoviária Federal (PRF)	Ações no combate ao uso abusivo de álcool: (i) campanhas de sensibilização dirigida aos menores de 18 anos de idade sobre as consequências negativas do álcool, e aos comerciantes, para impedir a venda do produto a menores; (ii) curso de prevenção do uso de drogas para educadores da rede pública; e (iii) publicação de editais para fomentar ações de promoção da saúde e dos fatores de proteção contra o abuso de drogas e violência contra adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade social. Serviço Ligue 132, do Programa 'Crack, é possível vencer', propõe prevenção do uso de drogas e orientação por telefone, inclusive aos usuários que querem deixar o vício, informando sobre locais de tratamento, de forma gratuita e sigilosa. ⁶¹ Participação e articulação nos Fóruns Internacionais para definição das metas de DCNT, como a Reunião de Alto Nível da Organização das Nações Unidas (ONU) em Nova Iorque no ano de 2011, as Assembleias Mundiais de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2012, 2013, 2014, realizadas em Genebra, a Reunião de Alto Nível da ONU, também em Nova Iorque e no mês de julho de 2014, e outros Fóruns Globais de DCNT.
Ministério das Relações Exteriores (MRE)	Participação e articulação nos Fóruns Internacionais para definição das metas de DCNT, como a Reunião de Alto Nível da Organização das Nações Unidas (ONU) em Nova Iorque no ano de 2011, as Assembleias Mundiais de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2012, 2013, 2014, realizadas em Genebra, a Reunião de Alto Nível da ONU, também em Nova Iorque e no mês de julho de 2014, e outros Fóruns Globais de DCNT.
Ministério do Meio Ambiente (MMA)	Programa Nacional de Controle de Qualidade do Ar, que visa à compatibilização entre crescimento econômico e preservação da qualidade ambiental, envolvendo a definição de limites permissíveis de concentração de poluentes na atmosfera e restrição de emissões. O Programa Nacional de Redução do Uso de Agrotóxicos teve seu mérito aprovado pela Comissão Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica em agosto de 2014, e seguiu para avaliação pelos ministérios envolvidos na temática. O programa tem três diretrizes norteadoras: (i) incentivo à redução de agrotóxicos e a conversão para sistemas de produção sem essas substâncias; (ii) construção de mecanismos de restrição a seu uso, produção e comercialização, com especial atenção àquelas substâncias com alto grau de toxicidade; e (iii) processo de educação sobre o tema. ⁶²
Ministério da Previdência Social (MPS)	Políticas previdenciárias, como (i) nexos técnico epidemiológico-previdenciário e (ii) fator acidentário de prevenção (FAP). O primeiro se refere a critérios de incidência e prevalência de doenças previstos na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), presumindo quais agravos à saúde do trabalhador decorrem do trabalho. Já o FAP propõe redução de alíquota de seguro, para investir em ambientes de trabalho saudáveis.
Ministério do Turismo	Programa de turismo acessível a deficientes e pessoas com mobilidade reduzida, como idosos e obesos. Programa de incentivo a viagens na melhor idade, possibilitando a promoção do envelhecimento ativo. Promoção da alimentação saudável nos destinos turísticos.
Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI)	Apoio a editais de pesquisas no âmbito das DCNT, referentes à relação entre o início da vida e as DCNT, às novas terapias para DCNT e à inovação para prevenção e tratamento de câncer. Parceria com o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), para estudos de toxicidade e agroecologia.

Continua

Figura 5 – Ações intersetoriais do Ministério da Saúde com outros ministérios, desenvolvidas de forma articulada com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), Brasil, 2011-2015

Ministérios	Ações realizadas
Ministério das Cidades	Recursos para a mobilidade urbana, favorecendo o uso de transportes coletivos e reduzindo a emissão de poluentes, e a implantação de bicicletários. Formulação e implementação de política de mobilidade urbana sustentável. O Programa Bicicleta Brasil trata da inclusão da bicicleta nos deslocamentos urbanos, como elemento para a introdução do conceito de Mobilidade Urbana Sustentável. O Programa Brasil Acessível, por sua vez, tem o objetivo de estimular e apoiar os governos municipais e estaduais a cumprirem suas prerrogativas e desenvolverem ações que garantam acesso – para pessoas com restrição de mobilidade – aos sistemas de transportes e equipamentos urbanos, e à circulação em áreas públicas, também um elemento componente do conceito de Mobilidade Urbana Sustentável.
Secretaria de Direitos Humanos	Portaria de regulamentação da propaganda infantil – O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), composto por entidades da sociedade civil e ministérios do Governo Federal, aprovou a Resolução nº 163, de 13 de março de 2014, que proíbe a veiculação de propagandas voltadas para crianças, tornando proibidos anúncios impressos, comerciais televisivos, <i>spots</i> de rádio, cartazes e sítios eletrônicos, embalagens, promoções, <i>merchandising</i> , ações em shows e apresentações e nos pontos de venda, dirigidas diretamente à criança. Além disso, o texto versa sobre a veiculação de propaganda no interior de creches, escolas de educação infantil e do Ensino Fundamental, incluindo materiais didáticos e uniformes escolares. ⁵¹

Figura 5 – Continuação

articular ações intersetoriais e, especialmente, empenhar-se na redução das iniquidades ou disparidades em saúde. Por fim, destaca-se a importância do alinhamento e articulação das políticas públicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, assentadas em ações integradas e cooperantes.^{41,42}

Contribuição dos autores

Malta DC, Oliveira TP, Santos MAS, Andrade SSCA, Silva MMA, participaram igualmente de todas as etapas do trabalho. O Grupo Técnico de Monitoramento do Plano de DCNT revisou e aprovou a versão final.

Grupo Técnico de Monitoramento do Plano de DCNT

Max Moura de Oliveira¹
 Sheila Rizzato Stopa¹
 Paula Carvalho de Freitas¹
 Gisele Balbino Araújo Rodrigues¹
 Naiane de Brito Francischetto¹
 Fausto Pereira dos Santos²
 Leda Lúcia Couto de Vasconcelos²
 Eduardo Alves Melo²
 Celeste de Souza Rodrigues²
 Patrícia Constante Jaime²
 Patrícia Chueri Sampaio²
 Danielle Keylla Alencar Cruz²
 Lenildo de Moura³
 Zorha Abaakouk³
 Dirceu Ditmar Klitzke²
 Aristides Vitorino de Oliveira²
 José Eduardo Fogolin Passos²
 José Miguel Nascimento⁴
 Marco Aurélio Pereira⁴
 Karen Sarmento Costa⁴
 Mariana Borges Dias²
 Rosângela Durso Perillo²
 Noêmia Tavares⁴
 Michele Lessa de Oliveira²

¹Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil

²Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília-DF, Brasil

³Organização Pan Americana de Saúde, Brasília-DF, Brasil

⁴Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, Brasília-DF, Brasil

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série B. Textos básicos de saúde).
2. World Health Organization. Mortality and burden of disease. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014: Brazil [Internet]. [Geneva]: World Health Organization; 2014 [cited 2014 out 29]. Available from: http://www.who.int/nmh/countries/bra_en.pdf?ua=1
3. United Nations. Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases [Internet]. [New York]: United Nations; 2011 [cited 2014 Oct 20]. Available from: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1
4. United Nations. General Assembly High-Level Meeting on Non-Communicable Diseases Urges. National Targets, Global Commitments to Prevent Needless Loss of Life [Internet]. New York: United Nations; 2014 [cited 2014 Oct 20]. Available from: <http://www.un.org/News/Press/docs/2014/ga11530.doc.htm>
5. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2014 Oct 20]. Available from: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
6. Organização Pan Americana de Saúde. Plano Estratégico da Organização Pan Americana de Saúde, 2014-2019. Washington: Organização Pan Americana de Saúde; 2014.
7. Malta DC, Moraes Neto OL, Silva Júnior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saude*. 2013 out-dez;20(4):425-38.
8. Malta DC, Silva JB. 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. *Epidemiol Serv Saude*. 2013 jan-mar;22(1):151-64.
9. Malta DC, Silva JB. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2014 jul-set;23(3):389-95.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014 [citado 2014 dez 22]. Disponível em: <http://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2015 dez 1]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/673-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/12-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14127-pesquisa-nacional-de-saude-pns>
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012 [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2013 [citado 2014 jan 29]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2012.pdf
14. Malta DC, Andreazzi MAR, Oliveira-Campos M, Andrade SSCAA, Sá NNB, Moura L, *et al*. Trend of the risk and protective factors of chronic diseases in adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2009 e 2012). *Rev bras epidemiol*. 2014;17 Suppl 1:77-91.
15. Costa KS. Acesso e uso de medicamentos: inquéritos de saúde como estratégia de avaliação [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva; 2014.
16. Ministério da Saúde (BR). Programa Academia da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2014 out 21] Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13812&Itemid=766

17. Hallal PC, Tenório MCM, Tassitano RM, Reis RS, Carvalho YM, Cruz DKA, *et al.* Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. *Cad Saude Publica*. 2010 jan;26(1):70-8.
18. Fuller CW, Thiele ES, Flores M, Junge A, Netto D, Dvorak J. A successful nationwide implementation of the 'FIFA 11 for Health' programme in Brazilian elementary schools. *Br J Sports Med*. 2015;49:623-9.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentos regionais brasileiros. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
21. Ministério da Saúde. Termo de Compromisso que firmam entre si a União, por intermédio do Ministério da Saúde, e a Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação (ABIMA), a Associação Brasileira da Indústria de Trigo (ABIBTRIGO) e a Associação Brasileira da Indústria de Panificação e Confeitaria (ABIP), com a finalidade de estabelecer metas nacionais para a redução do teor de sódio em alimentos processados no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2015 dez 8]. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/termo_abia.pdf
22. Brasil. Decreto nº 8473, de 22 de junho de 2015. Estabelece, no âmbito da Administração Pública federal, o percentual mínimo destinado à aquisição de gêneros alimentícios de agricultores familiares e suas organizações, empreendedores familiares rurais e demais beneficiários da Lei nº 11.326, de 24 de julho de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 2015 jun 22; Seção 1:9.
23. Brasil. Decreto nº 8552, de 03 de novembro de 2015. Regulamenta a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 2015 nov 22; Seção 1:5.
24. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2015 dez 8]. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/estrategia_prevencao_obesidade_recomendacoes.pdf
25. Malta DC, Vieira ML, Szwarcwald CL, Caixeta R, Brito SMF, Reis AAC. Tendência de fumantes na população Brasileira segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008 e a Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Bras Epidemiol*. No prelo 2015.
26. Brasil. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que 'institui o Código de Trânsito Brasileiro', e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 2008 jun 19; Seção 1:1.
27. Malta DC, Berna RTI, Silva MMA, Claro RM, Silva Júnior JB, Reis AAC. Consumo de bebidas alcoólicas e direção de veículos, balanço da lei seca, Brasil 2007 a 2013. *Rev Saude Publica*. 2014 ago;48(4):692-966.
28. Ministério da Saúde (BR). Promoção da Saúde - SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2015 dez 09]. Disponível em: <http://promocaodasaude.saude.gov.br/>
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 2014 nov 13; Seção 1:68.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para organização das suas linhas de cuidado. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 2014 abr 1; Seção 1:71.
31. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos de Atenção Básica, 38). [citado 2015 out 14]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf

32. Ministério da Saúde (BR). Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [2011]. [citado 2015 dez 09]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos. Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2011 dez 16; Seção 1:118.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2012 abr 13; Seção 1:35.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2013 jun 31; Seção 1:71.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2013 mai 28; Seção 1:30.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 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). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2011 out 24; Seção 1:48.
38. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
39. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Planejamento estratégico do Ministério da Saúde 2011- 2015: resultados e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 23, de 9 de agosto de 2012. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2012 ago 10; Seção 1:43.
41. Malta DC, Gosch CS, Buss GP, Rocha DG, Rezende R, Freitas PC, *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e o suporte das ações intersectoriais no seu enfrentamento. Cienc Saude Coletiva. 2014 nov;19(11):4341-50.
42. Shankardass K, Solar O, Murphy K, Greaves L, O'Campo P. A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. Int J Public Health. 2012 Feb;57(1):25-33.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2077, de 17 de setembro de 2012. Institui a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2012 set 19; Seção 1:36.
44. Ministério da Saúde (BR). Vigilância Alimentar e Nutricional [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2015 dez 09]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php
45. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 183, de 30 de janeiro de 2014. Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2014 jan 31; Seção 1:59.
46. Ministério da Saúde (BR). Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2015 dez 5]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=10948&Itemid=649
47. França E, Teixeira R, Ishitani L, Duncan BB, Cortez-Escalante JJ, Moraes Neto OL, *et al.* Causas mal definidas de óbito no Brasil: método de redistribuição baseado na investigação do óbito. Rev Saude Publica. 2014 ago;48(4):671-81.
48. Moura L, Prestes IV, Duncan BB, Schmidt MI. Construção de base de dados nacional de pacientes em tratamento dialítico no Sistema Único de

- Saúde, 2000-2012. *Epidemiol Serv Saude*. 2014 jun;23(2):227-8.
49. Moura L, Prestes IV, Duncan BB, Thome FS, Schmidt MI. Dialysis for end stage renal disease financed through the Brazilian National Health System, 2000 to 2012. *BMC Nephrol*. 2014 Jul;15:111-6.
 50. Ministério da Saúde (BR). Programa Saúde na Escola (PSE) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [data desconhecida] [citado 2015 dez 09]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>
 51. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos. Resolução nº 163, de 13 de março de 2014. Dispõe sobre a abusividade do direcionamento de publicidade e de comunicação mercadológica à criança e ao adolescente. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2014 abr 4; Seção 1:4.
 52. Brasil. Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011. Institui o Regime Especial de Reintegração de Valores Tributários para as Empresas Exportadoras (Reintegra); dispõe sobre a redução do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) à indústria automotiva; altera a incidência das contribuições previdenciárias devidas pelas empresas que menciona; altera as Leis nº 11.774, de 17 de setembro de 2008, nº 11.033, de 21 de dezembro de 2004, nº 11.196, de 21 de novembro de 2005, nº 10.865, de 30 de abril de 2004, nº 11.508, de 20 de julho de 2007, nº 7.291, de 19 de dezembro de 1984, nº 11.491, de 20 de junho de 2007, nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, e nº 9.294, de 15 de julho de 1996, e a Medida Provisória nº 2.199-14, de 24 de agosto de 2001; revoga o art. 1º da Lei nº 11.529, de 22 de outubro de 2007, e o art. 6º do Decreto-Lei nº 1.593, de 21 de dezembro de 1977, nos termos que especifica; e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2011 dez 15; Seção 1:3.
 53. Brasil. Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014. Altera o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2014 jun 02; Seção 1:1.
 54. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.647, de 4 de dezembro de 2014. Regulamenta as condições de isolamento, ventilação e exaustão do ar e medidas de proteção ao trabalhador, em relação à exposição ao fumo nos ambientes estabelecidos no art. 3º do Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, alterado pelo Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2014 dez 05; Seção 1:41.
 55. Ministério da Saúde (BR). Mais de 212 mil brasileiros admitem usar narguilé [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2015 dez 09]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/19588-mais-de-212-mil-brasileiros-admitem-usar-narguile>
 56. Ministério da Saúde (BR). Dia Mundial sem Tabaco 2015: eliminar o comércio ilegal de produtos de tabaco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2015 dez 09]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/ultimas-noticias/1294-dia-mundial-sem-tabaco-2015-eliminar-o-comercio-ilegal-de-produtos-de-tabaco>
 57. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2014 fev 28; Seção 1:71.
 58. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014. Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2014 fev 3; Seção 1:31.
 59. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Programa de Aquisição de Alimentos - PAA [Internet]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; [data desconhecida] [citado 2015 dez 09]. Disponível em: <http://mds.gov.br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes/seguranca-alimentar-e-nutricional/aquisicao-de-alimentos-da-agricultura-familiar>
 60. Ministério do Desenvolvimento Agrário (BR). Câmara Interministerial de Agroecologia e Produção Orgânica. Plano Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica: PLANAPO 2013-2015 [Internet]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário; 2013 [citado 2015 dez 09]. Disponível em: http://www.mda.gov.br/portalmda/sites/default/files/ceazinepdf/cartilha-lt_PLANO_NACIONAL_DE_AGR-379811.pdf

61. Portal Brasil. Crack, é possível vencer [Internet]. Brasília: Portal Brasil; [data desconhecida] [citado 2015 nov 26] Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/crack-e-possivel-vencer>
62. Articulação Nacional de Agroecologia. Anais do III ENA: cuidar da terra, alimentar a saúde e cultivar o futuro [Internet]. Encontro Nacional de Agroecologia; 2014 maio 16-19; Juazeiro (BA). Rio de Janeiro:

Articulação Nacional de Agroecologia; 2015 [citado 2016 abr 3]. Disponível em: <http://www.agroecologia.org.br/files/importedmedia/anais-do-iii-encontro-nacional-de-agroecologia-ena.pdf>

Recebido em 29/09/2015
Aprovado em 10/03/2016