

**SÉRIE**  
**PACTOS**  
**PELA SAÚDE**  
**2006**  
VOLUME 8

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Secretaria de Atenção à Saúde

# **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis**

## **Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência**

Série B. Textos Básicos de Saúde  
Série Pactos pela Saúde 2006, v. 8

Brasília – DF  
2008

© 2008 Ministério da Saúde.

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

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

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

Série B. Textos Básicos de Saúde  
Série Pactos pela Saúde 2006, v. 8

Tiragem: 1.<sup>a</sup> edição – 2008 – 1.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise de Situação de Saúde  
Esplanada dos Ministérios, bloco G  
Edifício Sede, sobreloja, sala 148  
CEP: 70.058-900 – Brasília – DF  
E-mail: [svs@saude.gov.br](mailto:svs@saude.gov.br)  
Home page: <http://www.saude.gov.br/svs>

Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Atenção Básica  
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício  
Sede, 6.<sup>o</sup> andar, sala 655  
CEP: 70.058-900 – Brasília – DF  
Home page: <http://www.saude.gov.br/dab>

*Coordenador:*  
Otaliba Libânio de Moraes Neto  
Deborah de Carvalho Malta

*Elaboração:*  
Adriana Miranda de Castro  
Carmem Lucia de Simoni  
Christinne Cavalheiro Maymone Gonçalves  
Cristiane Scolari Gosch  
Deborah de Carvalho Malta  
Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha

*Projeto gráfico, capa e ilustrações:*  
Gilberto Tomé

*Equipe Editorial:*  
Editoração: Alysson Macatrão Pires Silva  
Normalização: Valéria Gameleira da Mota  
Revisão: Paulo Henrique de Castro e Eric Alves

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

#### Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.  
Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis:  
promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência / Ministério da Saúde, Secretaria de  
Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.  
72 p. – (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8)

ISBN 978-85-334-1479-2

1. Promoção da Saúde 2. Assistência à Saúde. 3. Planejamento em Saúde. 4. Doença Crônica.  
I. Título. II. Série.

CDU 614.39

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2008/0488

#### *Títulos para indexação:*

Em inglês: Directives and Recommendations to the Integral Health Care of non-transmissible Chronic Diseases: Health Promotion, Surveillance, Prevention and Care

Em espanhol: Directrices y Recomendaciones para el Cuidado Integral de Enfermedades Crónicas Non Contagiosas: Promoción de la Salud, Vigilancia, Prevención y Atención

## Lista de Figuras e Tabelas

<b>Figura 1.</b> Taxa padronizada de mortalidade em alguns países selecionados, 2005.....	15
<b>Figura 2.</b> A transição epidemiológica no Brasil. ....	17
<b>Tabela 1.</b> Mortalidade proporcional por categoria de causas de óbitos, com redistribuição das causas externas – Brasil, 2002 a 2004. ....	18
<b>Figura 3.</b> Transição demográfica no Brasil e taxa de fecundidade por regiões, 1970 a 2000. ....	19
<b>Figura 4.</b> Pirâmides etárias no Brasil, 1980 e 2000. ....	20
<b>Figura 5.</b> Evolução da participação relativa (%) de grupos de alimentos no total de calorias determinado pela aquisição alimentar domiciliar. ....	21
<b>Figura 6.</b> A transição nutricional no Brasil e a tendência do excesso de peso. ....	22
<b>Figura 7.</b> A transição nutricional no Brasil e a tendência da obesidade. ....	22
<b>Figura 8.</b> Distribuição espacial de excesso de peso entre homens e mulheres no Brasil. ....	23
<b>Figura 9.</b> Distribuição espacial de obesidade entre homens e mulheres no Brasil.....	24



## Lista de Siglas

- ANEPS** – Associação Nacional de Educação Popular em Saúde
- ANS** – Agência Nacional de Saúde Suplementar
- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APAC** – Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
- CIB** – Comissão Intergestores Bipartite
- CNPq** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CONAB** – Companhia Nacional de Abastecimento
- CONASEMS** – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- CONIQ** – Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
- CONSEA** – Conselho Nacional de Segurança Alimentar
- COSEMS** – Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde
- DANT** – Doenças e agravos não-transmissíveis
- DCNT** – Doenças crônicas não-transmissíveis
- HIPERDIA** – Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDEC** – Instituto de Defesa do Consumidor
- INCA** – Instituto Nacional de Câncer
- IPEA** – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- MAPA** – Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
- MDA** – Ministério do Desenvolvimento Agrário
- MDS** – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
- MEC** – Ministério da Educação
- MPOG** – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- ONG** – Organização não-governamental

**OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde  
**PAP-VS** – Programação das Ações Prioritárias na Vigilância em Saúde  
**PENSE** – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar  
**PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica  
**PNAD** – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
**PNAN** – Política Nacional de Alimentação e Nutrição  
**PNPS** – Política Nacional de Promoção da Saúde  
**PNSI** – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa  
**POF** – Pesquisa de Orçamentos Familiares  
**PPI-VS** – Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde  
**RCBP** – Registro de Câncer de Base Populacional  
**RCH** – Registro de Câncer de Base Hospitalar  
**RIPSA** – Rede Interagencial de Informações para a Saúde  
**SES** – Secretaria de Estado de Saúde  
**SIA** – Sistema de Informações Ambulatoriais  
**SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica  
**SIH** – Sistema de Informações Hospitalares  
**SIM** – Sistema de Informações sobre Mortalidade  
**SISAN** – Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional  
**SISCOLO** – Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero  
**SISVAN** – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional  
**SMS** – Secretaria Municipal de Saúde  
**SUS** – Sistema Único de Saúde  
**VIGITEL** – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

# Sumário

<b>Apresentação</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>1 Análise da Situação de Saúde</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>2 Objetivos</b> . . . . .	<b>27</b>
2.1 Geral . . . . .	27
2.2 Específicos . . . . .	27
<b>3 Cuidado Integral de DCNT: a integração de políticas públicas</b> . . . . .	<b>29</b>
<b>4 Diretrizes</b> . . . . .	<b>35</b>
4.1 Fortalecimento dos Sistemas de Vigilância em Saúde para o Cuidado Integral de DCNT . . . . .	35
4.2 Fortalecimento das Ações de Promoção da Saúde no Cuidado Integral de DCNT . . . . .	38
4.3 Fortalecimento e Reorientação dos Sistemas de Saúde para o Cuidado Integral de DCNT . . . . .	40
4.3.1 O controle integrado . . . . .	41
4.3.2 A ação integrada com outros setores . . . . .	42
4.3.3 Tomada de decisão baseada em evidências científicas . . . . .	43
4.4 Monitoramento e Avaliação . . . . .	44
<b>5 Doenças Crônicas Não-Transmissíveis e as Políticas Sanitárias</b> . . . . .	<b>47</b>
<b>6 O Governo Brasileiro e a Agenda Internacional</b> . . . . .	<b>53</b>
6.1 Metas da OMS frente às DCNT . . . . .	55
<b>Referências</b> . . . . .	<b>57</b>
<b>Anexos</b> . . . . .	<b>63</b>

Anexo A – Indicadores de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica . . . . .	63
Anexo B – Indicadores de Monitoramento da PAP-VS . . . . .	67
Anexo C – Indicadores da Promoção da Saúde relativos às DCNT no Pacto pela Saúde para 2008. . . . .	69
Anexo D – Grupo de Colaboradores na Discussão sobre o Documento de Diretrizes. . . . .	71

## Apresentação

O dia 22 de fevereiro de 2006 marca um momento importante na organização do planejamento, do financiamento e da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) devido à publicação da Portaria MS/GM nº 399, que institui as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. Na definição das três dimensões do Pacto pela Saúde – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão –, o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) desenvolveram um processo de construção de consensos e de atribuição de responsabilidades, ratificando a autonomia dos entes federados como expresso no texto constitucional.

Nas diretrizes do Pacto pela Vida, bem como na regulamentação da Portaria MS/GM nº 699, em 30 de março de 2006, as três esferas de gestão do sistema sanitário explicitam suas responsabilidades e estabelecem um compromisso de articulação solidária e cooperativa para trabalhar em torno de seis prioridades da situação de saúde da população brasileira. De acordo com os gestores do SUS, são focos nacionais e prioritários de atuação: a saúde do idoso; o controle do câncer de colo uterino e de mama; a redução da mortalidade infantil e materna; o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e às endemias, com ênfase para dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica.

As prioridades nacionais pactuadas revelam exatamente alguns dos desafios demográficos, epidemiológicos e de gestão sanitária que um país em desenvolvimento, como o Brasil, tem no mundo contemporâneo. Assim, nelas encontram-se: a preocupação com o envelhecimento populacional ativo e saudável; a existência de uma dupla carga de enfermidades – transmissíveis e não-transmissíveis; a consciência de que a saúde é determinada socialmente e pede a melhoria das condições e da qualidade de vida das coletividades para existir; e a necessidade de um modelo de organização do sistema de

saúde que esteja mais próximo dos cenários em que vivem sujeitos e coletividades e, portanto, possa compreendê-los melhor e intervir de forma mais resolutiva e integrada.

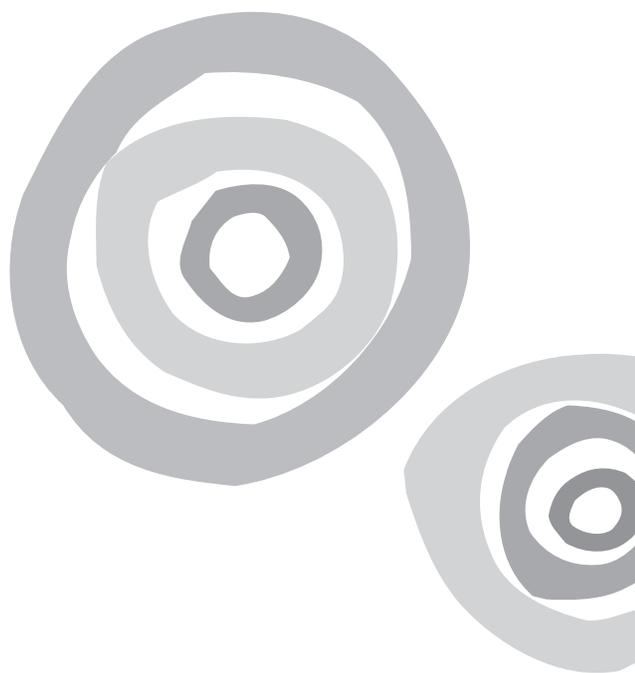
Tendo em vista o estabelecimento de diversas políticas setoriais no âmbito do SUS, é objetivo deste documento iniciar uma reflexão sobre o modelo de assistência orientado para responder às necessidades das pessoas com *doenças crônicas não-transmissíveis* (DCNT), bem como para propor diretrizes fundamentadas na integração das diversas políticas já existentes a fim de convocar as diversas áreas do governo, organizações não-governamentais e a sociedade para a composição de uma rede de compromisso e solidariedade direcionada à mudança do modelo de atenção voltado às DCNT. O propósito é desencadear e fortalecer ações de cuidado integral aos pacientes com DCNT que sejam sinérgicas, sustentáveis e respeitem as especificidades de cada região de saúde.<sup>1</sup>

No contexto das políticas, destaca-se a pactuação, ocorrida em março de 2006, pela Comissão Intergestores Tripartite da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), definindo as suas prioridades iniciais de atuação: alimentação saudável, atividade física/práticas corporais, prevenção de acidentes e violências e cultura da paz, prevenção de álcool e drogas e ambientes sustentáveis. Entre as prioridades do Pacto pela Vida e da PNPS insere-se o reconhecimento do Ministério da Saúde de atuar na promoção da saúde, nos seus determinantes e nos fatores de risco que atuam para a ocorrência das DCNT. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, compreendendo o amplo escopo dos desafios elencados há pouco e a necessidade de aprofundar a qualificação das ferramentas de planejamento, de forma que facilitem a construção de estratégias integrais para a abordagem das necessidades de saúde da população, apresenta estas *Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência*.

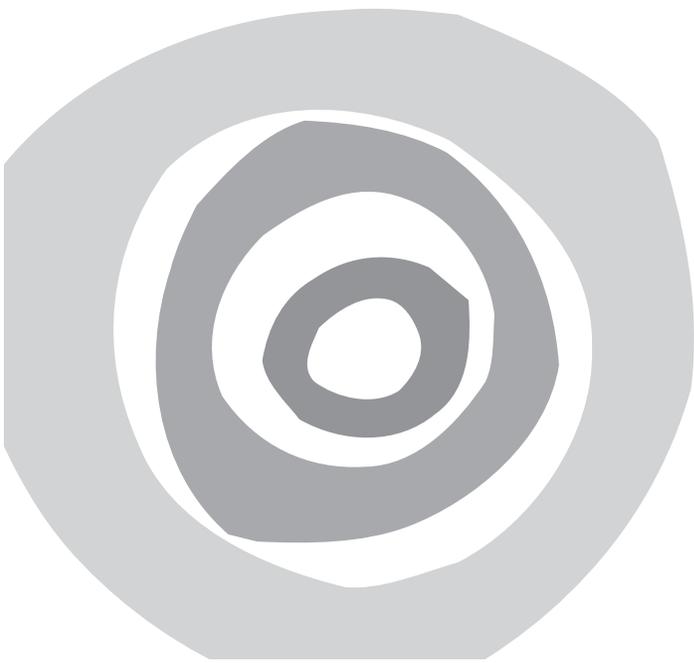
<sup>1</sup> As regiões de saúde são recortes territoriais de espaços geográficos contínuos que podem assumir diferentes formatos conforme as diversidades das necessidades de saúde e de estrutura e os recursos sanitários disponíveis. Cabe aos gestores municipais e estaduais do SUS identificar as regiões de saúde, tendo como balizas a existência da identidade cultural, econômica e social e, ao mesmo tempo, as possibilidades de funcionamento das redes de comunicação, transporte, saúde e infra-estrutura (Série Pactos pela Saúde, v. 3, Regionalização Solidária e Cooperativa – p. 23).

Desse modo, as diretrizes e as recomendações expostas no presente documento refletem um trabalho coletivo que agregou saberes e práticas de diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde,<sup>2</sup> de secretarias estaduais e municipais de saúde e de instituições de ensino e pesquisa. A reunião de todos esses atores sociais em seminários e oficinas, onde suas experiências eram debatidas e analisadas, produziu um material cujo objetivo é mobilizar gestores e trabalhadores da saúde para o desenvolvimento de iniciativas setoriais e intersetoriais que possibilitem a reversão do quadro das DCNT existente no Brasil.

### **Ministério da Saúde**



<sup>2</sup> Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Departamento de Análise de Situação de Saúde (Dasis); Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dape); Departamento de Atenção Básica (DAB); Departamento de Atenção Especializada (DAE); Secretaria-Executiva (SE)/Departamento de Apoio à Descentralização (DAD); Instituto Nacional de Câncer (Inca); Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



# 1 Análise da Situação de Saúde

As transformações econômicas, políticas, sociais e culturais produzidas pelas sociedades humanas ao longo do tempo modificam as maneiras como sujeitos e coletividades organizam suas vidas e elegem determinados modos de viver. Tais mudanças facilitam e dificultam o acesso das populações às condições de vida mais favoráveis à saúde e, portanto, repercutem diretamente na alteração dos padrões de adoecimento. Consideradas como epidemia na atualidade, as *doenças crônicas não-transmissíveis* (DCNT) constituem sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda. Não obstante, é certo que estes últimos sofrem de forma tanto mais acentuada quanto menor suas possibilidades de garantir políticas públicas que alterem positivamente os determinantes sociais de saúde.

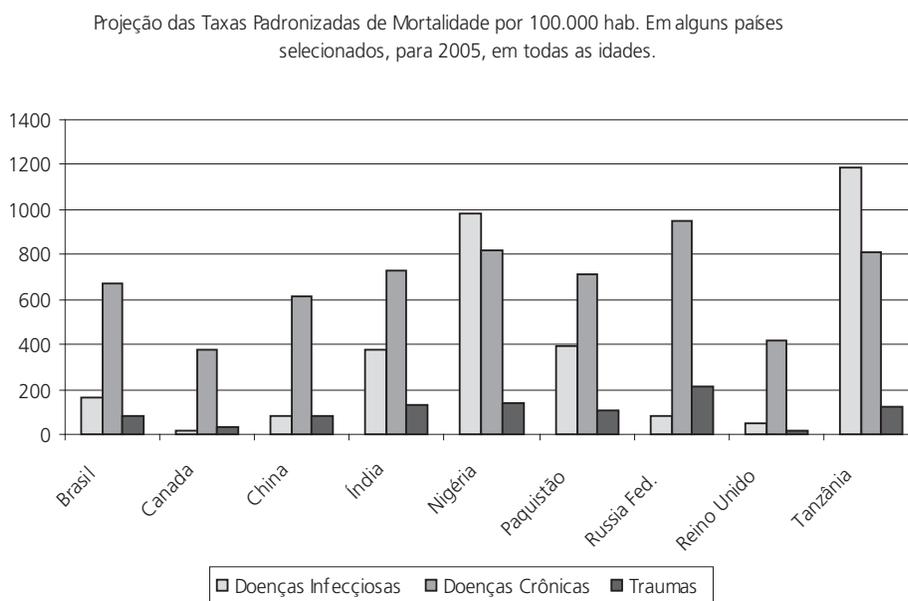
A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como doenças crônicas as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes *mellitus*. A OMS também inclui nesse rol aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas. Considera-se que todas elas requerem contínua atenção e esforços de um grande conjunto de equipamentos de políticas públicas e das pessoas em geral. Neste documento, restringe-se o escopo das DCNT abordadas, fixando-se no cuidado integral para doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, as neoplasias e o diabetes *mellitus*, conforme adotado pela OMS, pois se referem a conjuntos de doenças que têm fatores de risco em comum e, portanto, podem contar com uma abordagem comum para sua prevenção (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

#### Doenças Crônicas Não-Transmissíveis:

- Levam décadas para estar completamente instaladas na vida de uma pessoa e têm origem em idades jovens;
- Sua emergência é em muito influenciada pelas condições de vida, não sendo resultado unicamente de escolhas individuais;
- Têm muitas oportunidades de prevenção devido sua longa duração;
- Requerem um tempo longo e uma abordagem sistemática para o tratamento;
- Os serviços de saúde precisam integrar suas respostas na abordagem.

No ano de 2005, cerca de 35 milhões de pessoas morreram de doenças crônicas no mundo, o que corresponde ao dobro das mortes relacionadas às doenças infecciosas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). Essas mortes encontram-se distribuídas em todos os países, desenvolvidos ou em desenvolvimento. A figura 1 mostra a distribuição das mortes em países selecionados.

**Figura 1. Taxa padronizada de mortalidade em alguns países selecionados, 2005.**



Fonte: OMS

Na América Latina e no Caribe, as DCNT são a causa principal de mortalidade e incapacidade prematura em muitos países. Em 2002, essas doenças foram responsáveis por 44% dos óbitos entre homens e mulheres abaixo dos setenta anos nas referidas regiões (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2006). No entanto, a Organização Pan-Americana da Saúde salienta que as informações das regiões podem ser diferentes das publicadas, pois persiste uma grande subnotificação dos dados de mortalidade.

- 80% das doenças crônicas ocorrem em países de baixa e média renda.
- Cerca de 1 bilhão de pessoas, em todo o mundo, estão acima do peso.
- 388 milhões de pessoas, em todo o mundo, morrerão de uma doença crônica nos próximos 10 anos.

Fonte: OPAS, 2005.

As DCNT se caracterizam por ter uma etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem

não infecciosa e, também, por sua associação a deficiências e incapacidades funcionais.

A etiologia múltipla das DCNT não permite que elas possuam causas claramente definidas. No entanto, as investigações biomédicas tornaram possível identificar diversos fatores de risco.

Os fatores de risco podem ser classificados em “não modificáveis” (sexo, idade e herança genética) e “comportamentais” (tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas). Os fatores de risco comportamentais são potencializados pelos fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais.

Considerando-se o cenário contemporâneo, no qual a competitividade e o individualismo são privilegiados como modos de existir e de se relacionar, são potencializadas as ações dos fatores de risco associados ao sedentarismo, à alimentação com excesso de gorduras, açúcares e sal, ao consumo de tabaco, ao uso abusivo de álcool e outras drogas e às atitudes violentas na mediação de conflitos. Ao mesmo tempo, reduz-se a ação dos fatores protetores, tais como: o acesso ampliado a alimentos *in natura* e de melhor qualidade nutricional, a existência de redes de suporte social e de espaços públicos seguros e facilitadores de interação social por meio de práticas esportivas e culturais, bem como o desenvolvimento de ferramentas não violentas para a mediação de conflitos, entre outros.

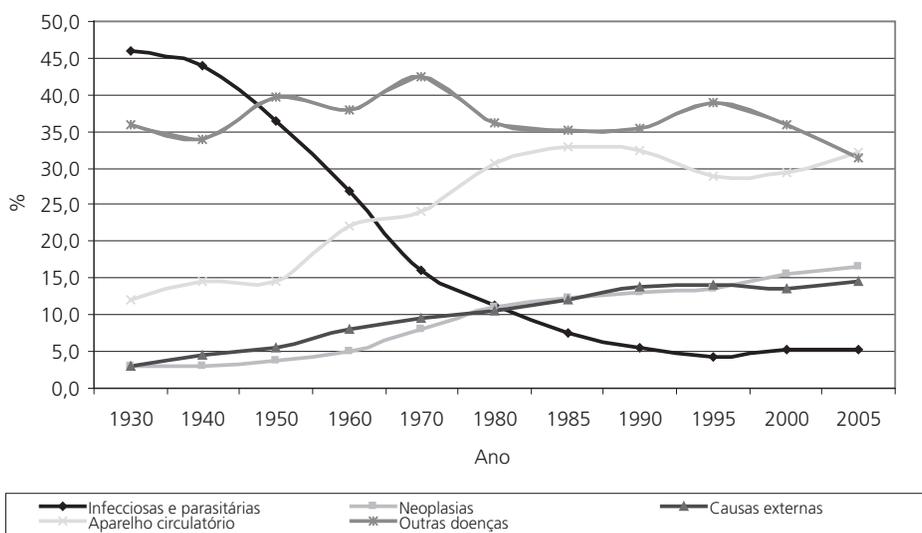
O Brasil não é exceção à tendência observada na maioria dos países. Desde a década de 60, observam-se os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional no País, que resultam em alterações nos padrões de ocorrência das patologias.

A transição epidemiológica caracteriza-se pela mudança do perfil de morbidade e de mortalidade de uma população, com diminuição progressiva das mortes por doenças infecto-contagiosas e elevação das mortes por doenças crônicas. Além disso, apresenta diversidades regionais quanto às características socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde. A figura 2, a seguir, apresenta as rápidas mudanças ocorridas no Brasil nas últimas décadas, no qual a mortalidade por

doenças infecciosas e parasitárias caiu de 46% (em 1930) para 5,3% (em 2005), enquanto as mortes por doenças e agravos não-transmissíveis chegaram em 2005 a representar dois terços da totalidade das causas conhecidas. Entre elas, as doenças do aparelho circulatório passaram de 10% (na década de 30) para cerca de 32% (em 2005); as neoplasias passaram de 2% para 16,7%, no mesmo período; e as causas externas representaram cerca de 14,5% em 2005. Nos países desenvolvidos, a transição epidemiológica transcorreu em um período longo, enquanto nos países em desenvolvimento ocorre de maneira rápida, acarretando profundas necessidades de adaptação dos serviços de saúde às novas realidades.

### Figura 2. A transição epidemiológica no Brasil.

Evolução da mortalidade proporcional segundo os principais tipos de causas.  
Brasil, 1930 a 2005



Fonte: Adaptado de Barbosa et al. (2003).

Nas últimas décadas no Brasil, as DCNT passaram a determinar a maioria das causas de óbito e incapacidade prematura – ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias – e a

representar uma grande parcela das despesas com assistência hospitalar no SUS e no Setor Suplementar.

O estudo “Carga Global de Doenças” quantifica o risco de adoecimento e de morte por grupos de causas para países e regiões geográficas (BRASIL, 2006). A tabela 1, a seguir, mostra a proporção de óbitos ocorridos no Brasil entre 2002 e 2004, divididos em três grupos de causas (grupo 1: infecciosas, maternas, perinatais e nutricionais; grupo 2: não-transmissíveis; grupo 3: causas externas). O estudo mostra a predominância das DCNT (cerca de 74%), tendência seguida por 13% das causas infecciosas, maternas, perinatais e nutricionais, além de 12% das causas externas. Não se observa diferença importante entre os anos, embora se constate discreto aumento na proporção das DCNT entre 2002 e 2004, demonstrando a necessidade de políticas públicas integradas para a abordagem do problema.

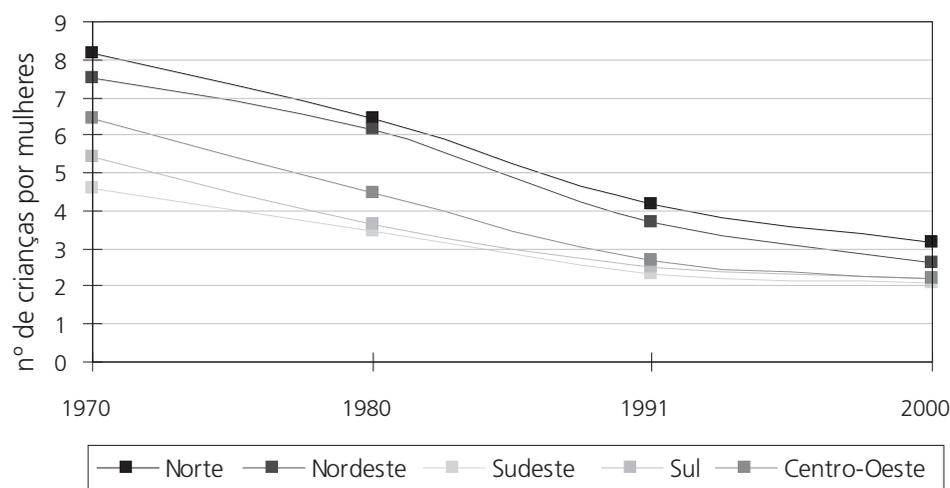
**Tabela 1. Mortalidade proporcional por categoria de causas de óbitos, com redistribuição das causas externas – Brasil, 2002 a 2004.**

Causas	2002	2003	2004	Total
Infecciosas, maternas, perinatais e nutricionais	129.795 (13,2%)	131.774 (13,2%)	132.000 (12,9%)	393.569 (13,1%)
Não-transmissíveis	725.628 (73,9%)	743.902 (74,2%)	764.603 (74,7%)	2.234.133 (74,3%)
Causas externas	126.241 (12,9%)	126.657 (12,6%)	127.470 (12,4%)	380.368 (12,6%)
Total	981.664 (100%)	1.002.333 (100%)	1.024.073 (100%)	3.008.070 (100%)

Fonte: Brasil, 2006a.

A estrutura populacional no mundo tem sido alterada pela transição demográfica, que é resultante das mudanças no ritmo de crescimento da fecundidade, da natalidade e da mortalidade. No Brasil, dados dos últimos censos demográficos demonstram um declínio acentuado da fecundidade nas famílias entre os anos de 1980 e 2000, que passou de 4,4 crianças para 2,3 crianças por mulher.

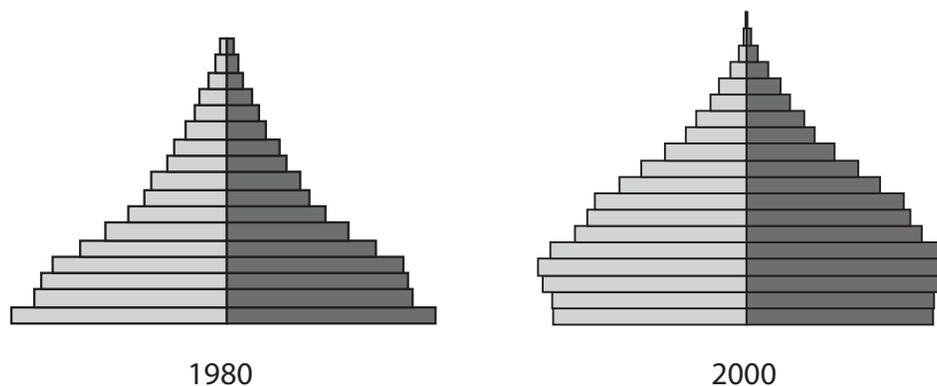
**Figura 3. Transição demográfica no Brasil e taxa de fecundidade por regiões, 1970 a 2000.**



Fonte: IBGE, 2007 (BRASIL, 2006a).

A transição demográfica no Brasil resultou em substancial mudança no desenho da pirâmide etária, que refletiu no aumento da expectativa de vida e no aumento de 45,9% da população idosa acima de 65 anos entre os anos de 1980 e 2000.

**Figura 4. Pirâmides etárias no Brasil, 1980 e 2000.**



Fonte: IBGE/censos demográficos/2007 (BRASIL, 2006a).

Já a transição nutricional, fato considerado marcante na esfera mundial, deve-se à urbanização e à globalização, que resultaram em mudanças substanciais na alimentação, com a crescente oferta de alimentos industrializados (muito ricos em gorduras, açúcares e sódio), facilidade de acesso a alimentos caloricamente densos e baratos (o que afeta, em especial, as famílias de baixa renda) e redução generalizada da atividade física. A figura 5 mostra a evolução da participação relativa (%) de grupos de alimentos no total de calorias determinado pela aquisição alimentar domiciliar, no período compreendido entre 1975 e 2003. Houve aumento de disponibilidade de alimentos industrializados (ricos em gordura, açúcar e sódio) e óleos vegetais e redução de alimentos mais saudáveis, como cereais, leguminosas, frutas e verduras.

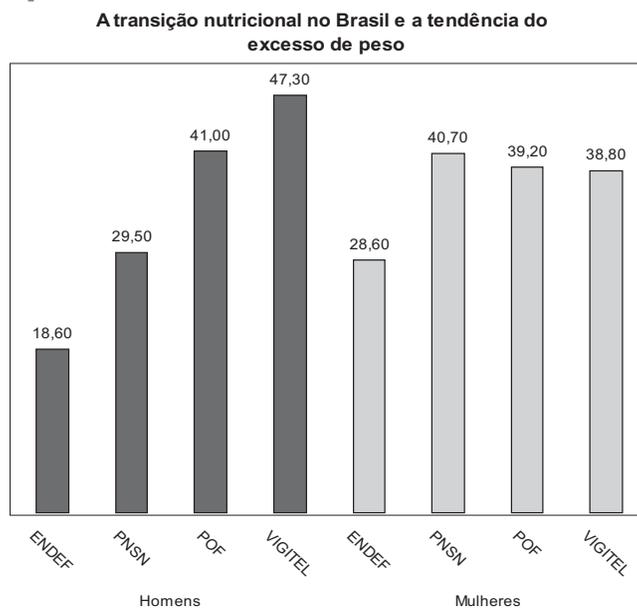
**Figura 5. Evolução da participação relativa (%) de grupos de alimentos no total de calorias determinado pela aquisição alimentar domiciliar.**

<b>Grupos de Alimentos</b>	<b>ENDEF: 1974–1975</b>	<b>PNSN: 1987–1988</b>	<b>PNDS: 1995–1996</b>	<b>POF: 2002–2003</b>
Cereais e derivados	37,26	34,72	35,4	35,34
Feijões e outras leguminosas	8,13	5,87	5,61	5,68
Verduras e legumes	1,14	1,15	1,00	0,92
Raízes/tubérculos	4,85	4,10	3,58	3,34
Carnes/embutidos	8,96	10,49	12,98	13,14
Leite/derivados	5,93	7,95	8,20	8,09
Açúcar/refrigerantes	13,78	13,38	13,86	12,41
Óleos/gorduras vegetais	11,62	14,61	12,55	13,45
Banha/toucinho/manteiga	3,04	0,95	0,77	1,08
Frutas/sucos naturais	2,16	2,66	2,58	2,35
Ovos	1,15	1,31	0,90	0,18
Refeições prontas e industrializadas	1,26	1,59	1,50	2,29

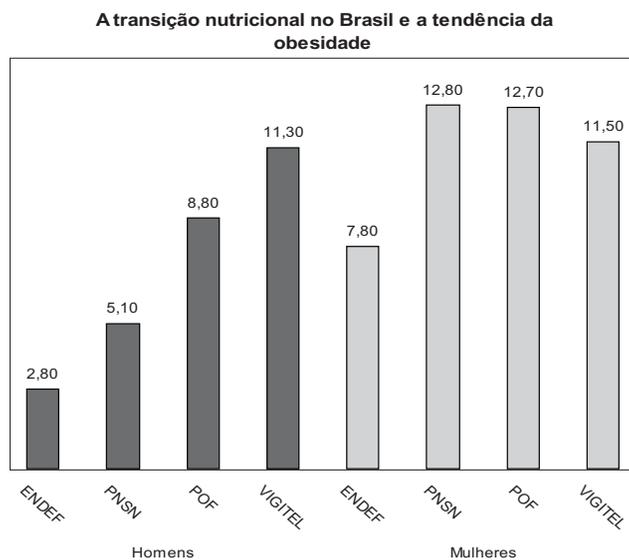
Fonte: POF (2002–2003).

Em termos nutricionais, ocorreu a redução das prevalências de desnutrição e aconteceu o aumento do sobrepeso e da obesidade. O excesso de peso ( $IMC \geq 25\text{kg/m}^2$ ) em adultos aumentou de 18,6% (ESTUDO NACIONAL DA DESPESA FAMILIAR, 1975) para 47,3% (VIGITEL, 2006), entre homens, e de 28,6% para 38,8%, entre mulheres, no mesmo período (figura 6). A obesidade ( $IMC \geq 30\text{kg/m}^2$ ) passou de 2,2% (ESTUDO NACIONAL DA DESPESA FAMILIAR, 1975) para 11,3% (VIGITEL, 2006), entre homens, e de 7,8% para 11,5%, entre mulheres, no mesmo período (figura 7).

**Figura 6. A transição nutricional no Brasil e a tendência do excesso de peso.**

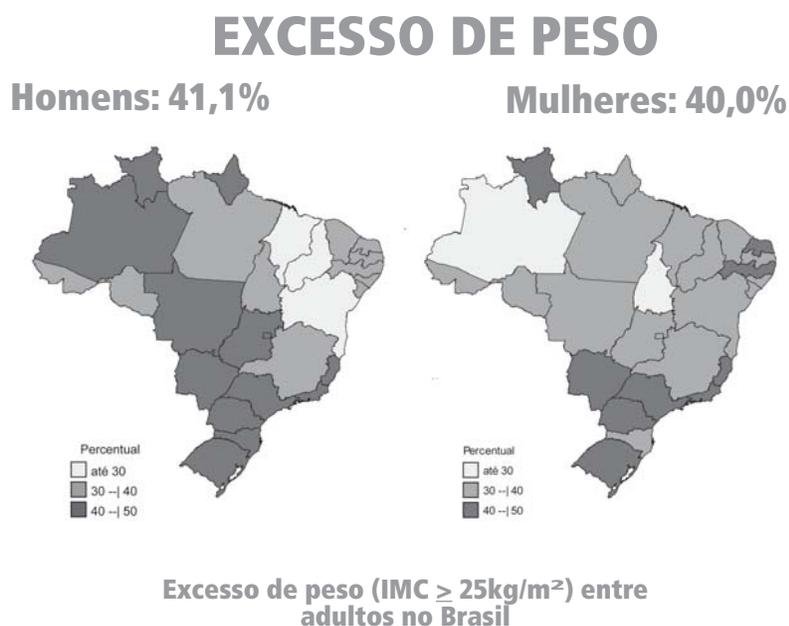


**Figura 7. A transição nutricional no Brasil e a tendência da obesidade.**



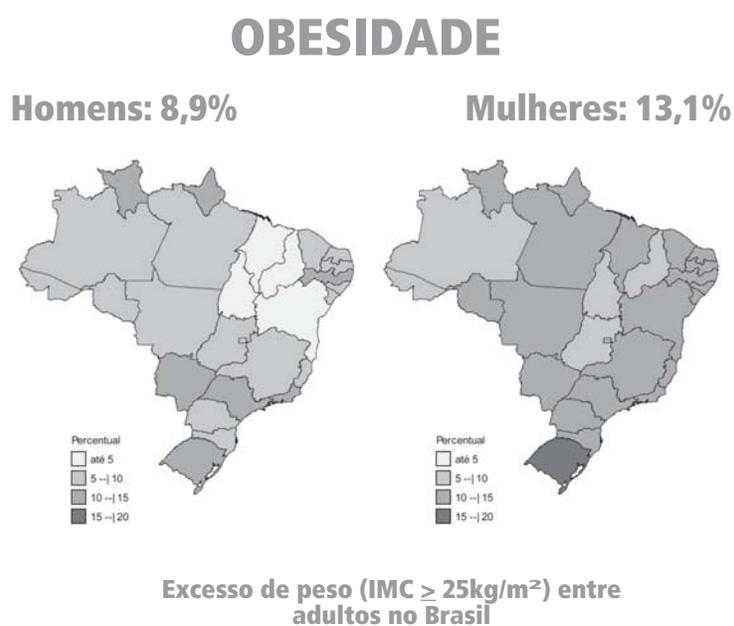
As figuras a seguir (8 e 9) representam a distribuição espacial de excesso de peso e obesidade entre homens e mulheres. Cerca de 40% dos indivíduos adultos do País apresentam excesso de peso (IMC igual ou maior do que 25kg/m<sup>2</sup>), não havendo diferença substancial entre homens e mulheres, encontrando-se bem distribuído no Brasil, cujas menores prevalências, ao contrário do baixo peso, são encontradas na região Nordeste. A obesidade (IMC igual ou superior a 30kg/m<sup>2</sup>) afeta 8,9% dos homens adultos e 13,1% das mulheres adultas do País. As regiões Sul e Sudeste apresentam as maiores prevalências de obesidade no Brasil (figura 9).

**Figura 8. Distribuição espacial de excesso de peso entre homens e mulheres no Brasil.**



Fonte: POF (2002–2003).

**Figura 9. Distribuição espacial de obesidade entre homens e mulheres no Brasil.**



Fonte: POF (2002–2003).

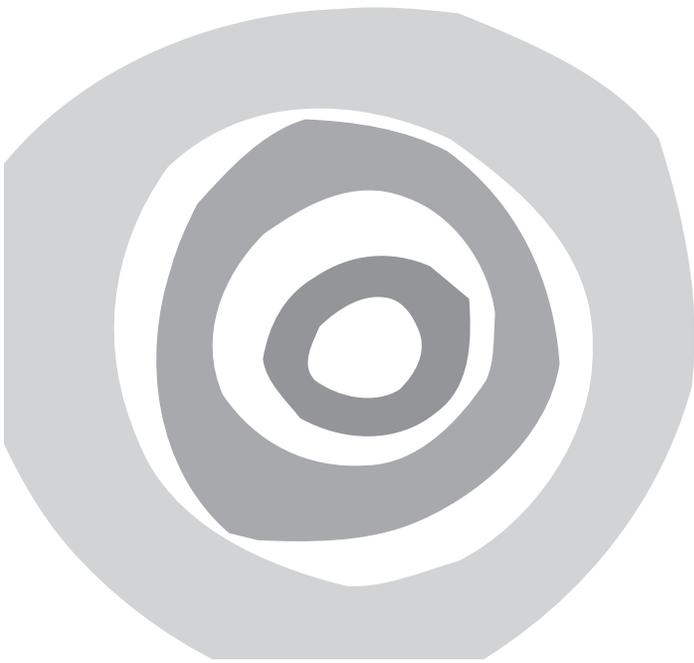
Seguindo a tendência dos países do primeiro mundo, o impacto das DCNT em muitos países em desenvolvimento cresce continuamente e aumenta as dificuldades socioeconômicas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005), as DCNT e a pobreza criam um círculo vicioso nos países de renda média e baixa, uma vez que impactam negativamente em seu desenvolvimento macroeconômico. As DCNT são responsáveis pelo maior custo econômico para as famílias, o sistema de saúde e a sociedade. Tais custos ocorrem tanto de forma direta (custos relacionados a internações, medicamentos, tratamentos ambulatoriais) como indireta (perda de produção associada a essas doenças, aposentadorias precoces, entre outras questões). Esses custos serão aumentados na próxima década se não forem implementadas intervenções efetivas. Intervenções para a redução do crescimento das DCNT trarão benefi-

cios econômicos. As estimativas da OMS apontam para uma redução entre 0,5% e 1% do produto interno bruto de países como Brasil, Índia, Canadá, China, Inglaterra, Paquistão e Nigéria, entre 2005 e 2015, se não forem adotadas medidas de cuidado integral dessas doenças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

A análise da situação de saúde mundial e nacional revela que são enormes os desafios colocados aos governos e aos gestores de saúde para garantir direitos de cidadania e de melhor qualidade de vida às suas populações. Contudo, as investigações e as pesquisas realizadas também apontam direções para a redução dos impactos negativos das condições de vida da sociedade atual na saúde das populações.

Parece consenso na produção técnico-científica atual a recomendação de que melhorar a saúde de sujeitos e coletividades não conforma um gasto nem é tão dispendioso quanto alguns setores da sociedade fazem crer. Ao contrário, garantir a qualidade de vida da população é investir no desenvolvimento do país e fazê-lo por intermédio de políticas públicas integradas é custo-efetivo. Assim, por exemplo, uma atenção básica fortalecida e resolutiva, a qual opere como parte de uma política e de um sistema de saúde públicos, integrados e integrais, segundo a OMS, pode responder efetivamente pela dupla carga de adoecimento dos países em desenvolvimento.

Nessa mesma direção, a experiência de outros países mostra que o sucesso das intervenções de saúde pública, no que se refere à redução dos fatores de risco e da prevalência das DCNT, é maior à medida que sejam realizadas de maneira integrada e abrangente as ações de promoção da saúde e de prevenção de DCNT e seus fatores de risco. Trabalha-se, portanto, com a produção de informações e análises da situação de saúde, com o planejamento de ações vinculadas a determinado cenário e específica população, com a implementação de estratégias setoriais e intersetoriais e com a sua avaliação, operando um cuidado integral das DCNT e seus fatores de risco. Cuidado integral, que é objeto do presente documento e que se expressa na articulação de promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência.



## 2 Objetivos

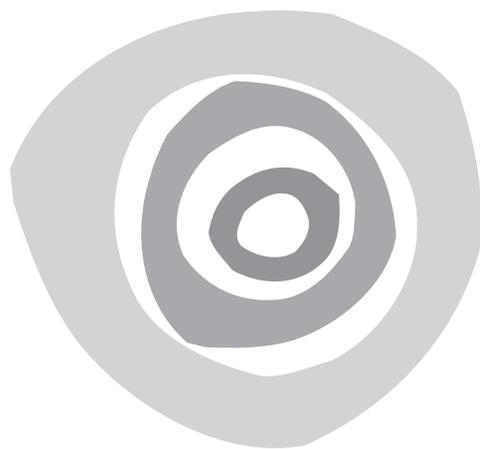
### 2.1 Geral

Sensibilizar e subsidiar gestores e trabalhadores do sistema de saúde frente ao compromisso com o desenvolvimento de estratégias setoriais e intersetoriais para o cuidado integral das doenças crônicas não-transmissíveis, de forma que integrem os processos de gestão definidos no Pacto pela Saúde e possibilitem a reversão do quadro de morbimortalidade a elas referido.

### 2.2 Específicos

- Fortalecer ações sinérgicas entre as três esferas de gestão do SUS no que se refere ao cuidado integral de DCNT e seus fatores de risco.
- Fortalecer ações sinérgicas entre as três esferas de gestão do SUS no que se refere à promoção da saúde, em particular as prioridades referidas na Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) referentes aos fatores de risco de DCNT (alimentação, inatividade física, tabagismo).
- Debater a importância da inclusão do cuidado integral de DCNT e a abordagem de seus fatores de risco nas ferramentas de organização, planejamento, gestão e financiamento do SUS, especificamente: os planos de saúde, os planos diretores de regionalização e os planos diretores de investimento, bem como os termos de compromisso de gestão.
- Cooperar tecnicamente para a elaboração dos termos de compromisso de gestão no SUS quanto ao cuidado integral de DCNT e seus fatores de risco, de forma a facilitar a implementação de estratégias sustentáveis, com possibilidade de acompanhamento e avaliação.
- Subsidiar gestores e trabalhadores do SUS para o planejamento de iniciativas de cuidado integral de DCNT e seus fatores de risco.

- Provocar o debate entre gestores e trabalhadores do SUS quanto à organização do processo de trabalho do sistema de saúde, de modo a favorecer a melhoria da capacidade de resposta às necessidades de saúde das pessoas com DCNT.
- Sensibilizar gestores e trabalhadores do SUS quanto ao compromisso pela melhoria contínua da qualidade do cuidado integral realizado nos serviços de saúde.



### 3 Cuidado Integral de DCNT: a integração de políticas públicas

O SUS tem investido, em suas três esferas de gestão, na construção de uma política pública que, por um processo de criação de consensos e responsabilização compartilhada, trabalhe por uma saúde integral, operando na atenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

O Pacto pela Vida (2006) reafirma o compromisso com ações de melhoria da qualidade de vida de sujeitos e coletivos e ratifica a responsabilidade sanitária e solidária do SUS. Além disso, resgata a importância do planejamento como instrumento de gestão na tomada de decisões voltadas para as especificidades de cada região de saúde. O Pacto pela Vida, assim, age ao estabelecer que tais ações são parte de *“um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais”*.

O Pacto pela Vida conforma, pois, um grande compromisso nacional que estabelece focos de ação prioritários, mas que respeita a diversidade de nosso país ao centrar-se na regionalização, permitindo que gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal incluam prioridades estratégicas para a qualidade de vida em suas respectivas regiões de saúde. Entre as prioridades pactuadas no âmbito nacional, algumas se referem ao foco deste documento, o cuidado integral de DCNT, tais como: a promoção da saúde, o fortalecimento da atenção básica, a saúde do idoso e o controle do câncer de colo uterino e de mama. Assim, é fundamental que as DCNT e suas estratégias de cuidado integral estejam entre os pontos de análise da situação de saúde e de proposição de políticas de todas as esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2006b).

Verifica-se que certa priorização das DCNT já existe, principalmente porque elas apresentam impacto significativo no planejamento e no custo das ações sanitárias efetuadas pelo SUS. Além do investimento na assistência e nos medicamentos destinados aos sujeitos com DCNT, há uma preocupação nítida com o desenvolvimento de ferramentas que permitam melhor abordagem das DCNT e seus fatores de risco. Uma análise dos editais de pesquisa divulgados em parceria pelo Ministério da Saúde (Decit/SCTIE), pelas secretarias estaduais de saúde, pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pelas fundações de apoio à pesquisa dos estados revela o investimento em linhas de pesquisa que produzam tecnologias para o cuidado integral de DCNT e seus fatores de risco. Tal processo é realizado por intermédio, por exemplo, do fortalecimento da promoção da saúde, da elaboração de estratégias de prevenção, da melhoria da capacidade de mobilização social para o autocuidado e/ou da formulação de indicadores adequados à avaliação da efetividade das ações em saúde (BRASIL, 2006c).

Frente ao compromisso sanitário expresso no Pacto pela Vida e aos objetivos e princípios do SUS expressos na Lei nº 8.080/90, considerando-se o impacto das DCNT na vida dos cidadãos e na gestão do setor Saúde, torna-se necessário o desenvolvimento de estratégias mais efetivas de abordagem desse problema de saúde pública (BRASIL, 2006b).

A literatura científica na área e as experiências de outros países destacam que as tecnologias mais efetivas para a redução da carga de DCNT são aquelas que trabalham com os fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, elaborando políticas públicas orientadas pela ótica da integralidade e adequadas às realidades de cada região de saúde.

Nessa direção, tendo em vista a regionalização como eixo estruturante do Pacto pela Saúde, é uma premissa básica a vinculação dos termos de compromisso de gestão, dos planos de saúde, dos planos diretores de regionalização e dos planos diretores de investimento às necessidades de saúde da população.

O (re)conhecimento da realidade sanitária das regiões de saúde em que se planejam ações integrais de saúde envolve a produção de um conjun-

to amplo de informações epidemiológicas, demográficas, setoriais da saúde (por exemplo, sobre serviços e trabalhadores de saúde existentes e disponíveis), extra-setoriais (por exemplo, sobre a infra-estrutura de outras políticas públicas presentes no espaço em análise) e subjetivas (tais como, por exemplo, se a necessidade sanitária percebida pela população condiz com a avaliação institucional), entre outras.

A vigilância epidemiológica, conforme definida pela Lei nº 8.080/90, proporciona conhecimento, detecção ou prevenção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou populacional, a fim de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das enfermidades e dos agravos.

No âmbito da vigilância de DCNT, têm-se, pois, diversas ações que possibilitam o conhecimento da distribuição, da magnitude e da tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais. O conhecimento gerado pela ação de vigilância deve subsidiar o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação das ações de cuidado integral de DCNT. Desse modo, a inclusão do olhar da vigilância em saúde facilitará a organização dos processos de trabalho de uma região de saúde, ampliando sua margem de adequação às necessidades sentidas pela população.

No entanto, na busca pela ampliação da possibilidade de que todo cidadão tenha acesso a melhores condições de vida, não é suficiente uma boa análise do cenário em que ele vive. A análise de fatores de risco e de proteção para DCNT, como de tudo o que se refere à saúde, mostra que as intervenções para a melhoria de seus determinantes sociais estão, por vezes, fora da governabilidade do SUS. É importante, portanto, que seja estimulada e fortalecida no sistema de saúde a perspectiva da intersetorialidade, da construção de trabalhos articulados e em parceria.

Considerando-se que a qualidade de vida da população deve ser uma preocupação de todos os setores produtores de políticas públicas e de que é sua tarefa precípua investir na sua melhoria, a intersetorialidade apresenta-se como ferramenta fundamental. O esforço para que os diferentes setores gestores das políticas públicas desenvolvam ações

que ocorram de forma sinérgica, coordenada e, quando possível, integrada pode e deve ter no Sistema Único de Saúde (SUS) um ator protagonista.

O SUS, a partir do conceito ampliado de saúde que o embasa e que se expressa na Constituição Federal de 1988 e no seu marco legal, é comprometido com a criação de estratégias intersetoriais, o que incentiva todos os setores organizados da sociedade a adotar políticas públicas que assegurem a oferta de bens, ambientes e serviços saudáveis. Cabe ao sistema de saúde brasileiro, pois, conforme ratificado na Política Nacional de Promoção da Saúde, estimular e desencadear ações que favoreçam o compromisso da sociedade e de seus dirigentes com a ampliação da autonomia de sujeitos e coletividades, fortalecendo sua capacidade crítica de análise do seu contexto sociocultural e econômico e, conseqüentemente, propiciando e facilitando o acesso às escolhas mais saudáveis (BRASIL, 2006d).

Além de trabalhar na produção de informações que subsidiem a organização do cuidado integral de DCNT e seus fatores de risco e de protagonizar ações que modifiquem os determinantes sociais de saúde, reduzindo a carga de doenças, ao SUS também compete favorecer a autonomia de sujeitos que já desenvolveram quadros de adoecimento. É sua tarefa o ato de cuidar, entendido como ação sanitária de atenção integral aos usuários dos serviços de saúde que pressupõe a criação de vínculos de co-responsabilidade entre o sujeito trabalhador e aquele que busca seu saber técnico específico para alívio de um sofrer.

Cuidar é parte do cotidiano humano e refere-se a um agir de respeito e responsabilização, constituindo uma *“atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito”* (VALLA; LACERDA, 2004).

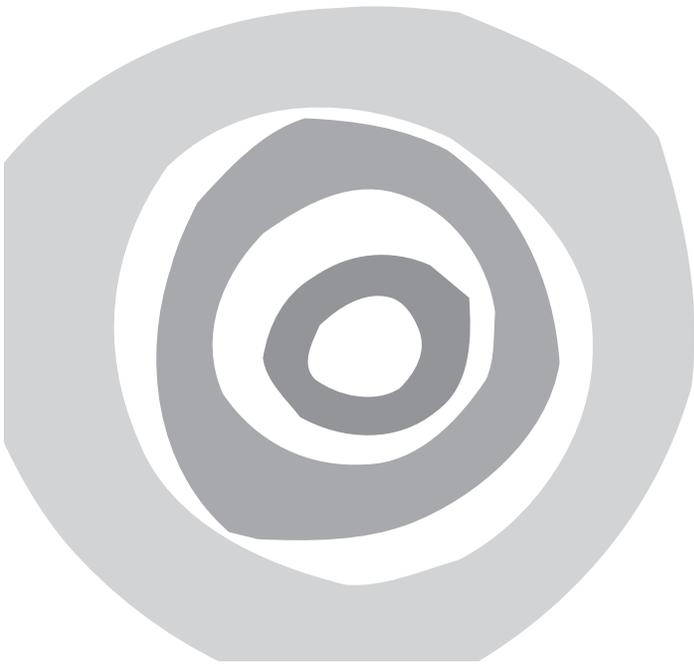
Estudos mostram (LUZ, 1997; VASCONCELOS, 1998) que os sujeitos desejam mais do que diagnósticos precisos para que possam se sentir acolhidos em suas demandas e necessidades. O desejo de sentir-se cuidado é particularmente importante quando os problemas de saúde são complexos demais para a construção de uma cura. Nessa perspectiva, o

maior ou menor grau de cuidado pode implicar a redução ou o aumento do impacto do adoecimento na vida dos sujeitos.

No entanto, é fundamental ter claro que a inclusão do acolhimento, da escuta dos sujeitos e dos vínculos entre profissionais e usuários dos serviços de saúde – ou seja, a centralidade do cuidado como dimensão da integralidade nas práticas de saúde – não significa adiar problemas e soluções. Ao contrário, trata-se de se ocupar do processo saúde-adoecimento na existência concreta de sujeitos e comunidades. Assim, um cuidado integral não elimina o sofrimento, porém pode remover-lhe os motivos e as condições de produção, alterando-lhe as formas e o peso nos modos de viver de sujeitos, famílias e comunidades (VALLA; LACERDA, 2004).

Tradicionalmente, os trabalhadores e os serviços de saúde estão estruturados para atender aos sujeitos em um momento ou instante de sofrimento, quando este ocorre de forma aguda, demandando respostas imediatas e com grande chance de solução rápida. No entanto, quando falamos de DCNT, trata-se de abordar quadros de sofrimento que se prolongam por muito tempo, que alteram a vida cotidiana dos sujeitos e suas relações e requerem medicamentos de uso continuado e mudanças nos modos de se viver. Assim, são necessárias determinadas formas de se organizar o processo de trabalho e de aproximação dos usuários que estejam orientados para abordar um processo contínuo de atenção, em que, por vezes, há momentos de sofrimento agudo, quando do diagnóstico ou nos casos de intercorrências.

Ciente do tamanho dos esforços necessários para o cuidado integral de DCNT e de seus fatores de risco, bem como de proteção no SUS, ratificando sua preocupação em realizar a cooperação técnica necessária à consolidação do Pacto pela Saúde, o Ministério da Saúde realizou um processo coletivo de construção das diretrizes que compõem esse documento. Tal processo esteve dirigido e fundamentou as diretrizes elaboradas num conjunto de pressupostos.



## 4 Diretrizes

### 4.1 Fortalecimento dos Sistemas de Vigilância em Saúde para o Cuidado Integral de DCNT

O objetivo da análise da situação de saúde é entender o tamanho, a natureza e a severidade da DCNT. A análise da situação constitui-se em processos analíticos sintéticos que incluem diversos tipos de análises e permitem caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os danos e os problemas de saúde, assim como seus determinantes, sejam estes de competência do setor saúde ou de outros setores (DUARTE, 2003).

A análise da situação torna-se útil para o apoio à tomada de decisões e o desenvolvimento de ações em saúde, em especial para a definição de necessidades e prioridades, a construção de cenários prospectivos e a avaliação de ações, programas e políticas de saúde (DUARTE, 2003).

Torna-se importante para os países a medida de avançar na coleta de *dados*, procedendo à sua análise, transformando-os em *informação*, para que possa ser compreendida, ampliando o *conhecimento* sobre os problemas de saúde e facilitando sua aplicação no processo de tomada de decisão/ação. Torna-se também necessário investir na instrumentalização das equipes de trabalho para a coleta e a análise de dados, qualificando o processo, bem como investir em modernização, informatização e agilização.

Outros componentes de análise da situação consistem na *avaliação* e no *monitoramento* dessas ações, possibilitando a retroalimentação do processo de tomada de decisões.

As informações utilizadas no setor saúde podem ser obtidas por intermédio: (a) dos dados censitários; (b) dos dados dos serviços de saúde referentes à produção de serviços ambulatoriais e hospitalares; (c) dos dados de morbidade e mortalidade, tais como: dados referentes

aos registros de câncer, dados relacionados aos inquéritos de saúde (fatores de risco, morbidade referida, PNAD, etc.); (d) dados clínicos (resultantes de registros de prontuários, laboratórios), entre outros (VIACAVA, 2002).

O SUS dispõe de diversos sistemas de informação em saúde, entre eles o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), criado em 1975, que possibilita a obtenção regular de dados sobre mortalidade de forma abrangente e confiável. O sistema proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde, permitindo estudos não apenas do ponto de vista estatístico epidemiológico, mas também sociodemográfico. Mediante grandes esforços e investimentos do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde, o SIM tem ampliado sua cobertura e qualidade nos últimos anos, mas ainda existem estados e regiões com coberturas insuficientes para o cálculo direto das taxas de mortalidade. Em função disso, ainda são adotados métodos indiretos, com utilização das estimativas do IBGE para o cálculo das taxas em determinadas localidades. Outro problema em determinadas regiões refere-se à qualidade dos dados, que contêm grande percentual de variáveis ignoradas, refletindo na maioria das vezes dificuldades de acesso aos serviços de saúde. A melhoria dos sistemas de informação tem uma perspectiva estratégica na estrutura organizacional, na avaliação e no monitoramento da qualidade dos serviços.

Para estudos da *morbidade*, o SUS dispõe de sistemas administrativos que gerenciam diversas modalidades assistenciais, tornando possível a obtenção de informações sobre as doenças que motivaram a procura pelo serviço. Entre estes, o mais importante é o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), que gerencia as internações realizadas em toda a sua rede hospitalar conveniada ao SUS, o que corresponde a aproximadamente 80% do movimento hospitalar do País. Mesmo não abrangendo a totalidade das internações, os dados desse sistema permitem que se conheça, de forma indireta, o comportamento temporal da ocorrência das doenças no País. O Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) coleta informações sobre atendimentos em ambulatórios. O Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta

Complexidade (APAC) registra a realização de procedimentos ambulatoriais de diagnóstico e terapias de alta complexidade (por exemplo: quimioterapia e radioterapia, terapia renal substitutiva, exames de tomografia, entre outros). O País dispõe ainda dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), implantados em 19 cidades, e dos Registros de Câncer de Base Hospitalar (RCH), coordenados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), que produzem informações sobre a ocorrência de casos dessas doenças e subsidiam a produção de estimativas futuras de incidência de câncer.

Existem outros, como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que coleta informações do Programa Saúde da Família (PSF), o Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e o Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), que possibilitam o monitoramento de determinadas populações de risco, o planejamento de ações e o cálculo do consumo de medicamentos. Para a vigilância do estado nutricional, o Brasil possui o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), fonte contínua de informações sobre a situação alimentar e nutricional da população brasileira.

O Brasil tem ainda organizado inquéritos de fatores de risco e protetores de DCNT, destacando-se o Inquérito Nacional de Fatores de Risco para Doenças Crônicas e Violências, realizado em parceria entre a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e o Instituto Nacional de Câncer (INCA), em 18 capitais, de 2002 a 2005, que constitui a linha de base do País no monitoramento de questões como sedentarismo, tabaco, alimentação, uso de álcool, entre outras. Foi implantado, em 2006, o sistema Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) em todas as 27 capitais do País. Foram realizadas 54 mil entrevistas e os dados possibilitam o monitoramento rotineiro das prevalências dos fatores de risco de DCNT nas capitais, facilitando a avaliação de políticas públicas (MALTA et al., 2006). Em 2008, a PNAD irá incorporar um módulo específico sobre fatores de risco em DCNT.

## 4.2 Fortalecimento das Ações de Promoção da Saúde no Cuidado Integral de DCNT

Compreendendo-se que as ações em saúde tomam como foco privilegiado para seu planejamento e gestão o espaço do território nas suas múltiplas dimensões e baseando-se no conceito ampliado de saúde, deve-se reconhecer que as ações de promoção da saúde para o cuidado integral são marcadas pela necessidade de articulação intersetorial.

A articulação intersetorial, processo nem sempre fácil, requer que os distintos setores trabalhem juntos na construção de estratégias, políticas e planos de ação locais, bem como no estabelecimento de redes de co-responsabilização entre sujeitos e coletivos pela defesa e promoção de melhores condições de vida e saúde. Ampliar as redes de compromisso e co-responsabilidade significa, também, aumentar a participação comunitária e a ação coletiva local, envolvendo organizações não-governamentais, o setor privado e as instituições de ensino e pesquisa, para que todos sejam partícipes na construção de modos de viver saudáveis.

Promover modos de viver saudáveis significa priorizar medidas que reduzam a vulnerabilidade em saúde por meio de intervenções sobre os condicionantes e determinantes sociais e econômicos do processo saúde-adoecimento.

Ao se tomar como foco o cuidado integral das DCNT, entende-se que o eixo da promoção da saúde é fundamental para a construção de intervenções que atuem nos fatores de risco e proteção. Assim, por exemplo, considerando-se como fator de risco o *sedentarismo*, trata-se de prover informação qualificada à população quanto aos benefícios das práticas corporais, garantir acesso à orientação de profissionais da saúde e, ao mesmo tempo, trabalhar intersetorialmente pela existência de espaços públicos acessíveis e seguros para a prática de atividades físicas e do lazer. De igual forma, pode implicar o debate sobre os processos de urbanização e de organização da mobilidade urbana, transformando a estrutura de transportes públicos de modo a facilitar o envolvimento da população em uma vida mais ativa.

O planejamento e a gestão de estratégias de promoção da saúde, notadamente aquelas marcadas pela intersetorialidade, alcançam maior potência e maior efetividade à medida que promovem a autonomia e o envolvimento de sujeitos e coletivos, para que todos sejam protagonistas e identifiquem-se com as propostas desenvolvidas. A construção coletiva é fundamental para que as ações de promoção da saúde tenham maior sustentabilidade e reduzam o investimento necessário em arranjos curativos e farmacêuticos, reduzindo os riscos de adoecimento e as intercorrências clínicas.

Além disso, é de suma importância que sejam realizadas ações de sistematização, monitoramento e avaliação das experiências em promoção da saúde, com o desenvolvimento de tecnologias de intervenção próprias aos diferentes territórios, de forma a assegurar a difusão de práticas exitosas. Nesse sentido, a parceria entre instituições de ensino e pesquisa e gestores públicos da saúde envolve a consolidação de uma abordagem metodológica e prioritariamente dirigida a cenários estratégicos para a promoção da saúde: unidades de saúde, escolas, locais de trabalho e territórios (comunidades).

Como parte das ações da PNPS (instituída pela Portaria nº 687, de 30 de março de 2006), os gestores do SUS deliberaram e construíram uma agenda de ações específicas e prioritárias para a primeira fase de implementação da promoção da saúde no SUS. Das ações priorizadas para os anos de 2006 a 2008, quatro estão diretamente relacionadas ao cuidado integral para as DCNT: 1ª) alimentação saudável; 2ª) atividade física/práticas corporais; 3ª) prevenção e controle do tabagismo; 4ª) redução da morbimortalidade decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Vê-se que a consolidação da promoção da saúde no cuidado integral para DCNT é marcada pelo debate acerca da determinação social da saúde e da garantia de direitos de cidadania que facilitem o acesso a opções saudáveis para o viver, reforçando o compromisso do setor Saúde com a produção da equidade e de políticas públicas integradas e intersetoriais.

Neste sentido, da adoção de um planejamento em saúde que se centre na busca pelas articulações de atores sociais, pela ampliação

da autonomia e pelo foco na consolidação de sinergias a partir de dado território sanitário e/ou região de saúde, há que se considerar a importância da atenção básica para a promoção da saúde.

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) afirma-se que os sujeitos devem ser considerados em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural (BRASIL, 2006e). Há, pois, grande identidade entre a PNPS e a PNAB, reforçando um vínculo há muito identificado por suas próprias equipes de profissionais e gestores na abordagem dos condicionantes do processo saúde-doença e nas maiores ou menores possibilidades de se viver de um modo mais saudável.

A atuação das equipes de saúde da família é essencial para o fortalecimento das ações de promoção da saúde no cuidado integral das DCNT, pois o desenvolvimento de suas atividades tem como fundamentos a efetivação da integralidade, o estímulo à participação popular e ao controle social, as relações de vínculo e responsabilização e, principalmente, a promoção da equidade.

Os processos de trabalho das equipes já incorporam, em suas práticas, as características de respeito à territorialidade, ao trabalho interdisciplinar, ao diagnóstico, à programação e à implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, bem como a valorização de saberes e práticas para a abordagem integral e resolutiva e a promoção ao desenvolvimento de ações intersetoriais. Esse escopo de atuação possibilita o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção e atenção às DCNT na busca de reduzir a prevalência dos principais fatores de risco.

### **4.3 Fortalecimento e Reorientação dos Sistemas de Saúde para o Cuidado Integral de DCNT**

Reorientar os modelos de atenção à saúde requer a compreensão da situação de saúde de determinado local para se poder atuar na realidade de saúde. Em se tratando das DCNT, elas têm sua especificidade, especialmente no que diz respeito à qualidade de vida das pessoas

e de suas famílias. Portanto, nessa perspectiva, há de se destacar o controle integrado e a tomada de decisão baseada em evidências científicas.

#### **4.3.1 O controle integrado**

Uma das maneiras de organizar o processo de atenção é pensar e planejar intervenções nos chamados grupos de risco, considerando que a atenção se volta para grupos populacionais, gerando ações mais efetivas.

Nessa dimensão está a importância de se integrar os diversos níveis de atenção do sistema de saúde, no qual acesso e resolutividade são palavras-chave e no qual ganham espaço as chamadas linhas de cuidado. Tais linhas constituem-se em políticas de saúde matriciais que integram ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou às necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, mas também uma visão global das suas condições de vida.

A adoção das linhas de cuidado como organizadoras do trabalho sanitário pressupõe a vinculação das equipes de saúde à população da região de saúde em que se situam e agem. Além disso, são imprescindíveis o apoio e o investimento dos gestores em processos de gestão coletivos e participativos que favoreçam a melhor interação entre os trabalhadores das equipes e o estabelecimento de co-responsabilidades entre os atores envolvidos no ato de cuidar.

O Brasil é caracterizado por possuir uma política de saúde de Estado que sustenta um sistema de saúde estruturado na defesa dos direitos de cidadania. O SUS, como um movimento vivo, tem progredido por intermédio da melhoria de suas ferramentas de planejamento e gestão e de sua capacidade de responder às necessidades de saúde específicas de cada parcela da população, mantendo-se fiel ao princípio da universalidade e, ao mesmo tempo, atento à equidade.

Assim, diante da epidemia de DCNT, cabe aos gestores do SUS agregar tecnologias orientadas e preparadas para a abordagem de processos

de adoecimento de mais longo prazo e de causalidade complexa, para os quais se articulam diferentes fatores individuais, coletivos, sociopolíticos, culturais, históricos e econômicos.

#### **4.3.2 A ação integrada com outros setores**

A análise da situação de saúde envolvida com as DCNT e seus fatores de risco e proteção exige tecnologias de organização do processo de trabalho que retomam o protagonismo do setor sanitário no debate das políticas de desenvolvimento e organização econômica e social do País, destacando o seu papel de *advocacy* na garantia de direitos de cidadania à população. Dessa forma, como exemplo, o debate acerca da redução do sedentarismo desloca-se do foco exclusivo no desejo e na decisão individuais de envolver-se em práticas corporais para a análise das condições que facilitam ou não a eleição de um modo de viver mais ou menos sedentário – a existência de espaços públicos disponíveis, adequados e seguros, a organização do espaço urbano quanto às possibilidades de deslocamento a pé e/ou em bicicletas, o clima na região, a disponibilização de banheiros e bebedouros públicos, o investimento em segurança pública e iluminação, entre outros aspectos relativos ao planejamento urbano.

Da mesma forma, o acesso à alimentação saudável implica não somente a opção por escolhas individuais, mas implica o investimento em políticas públicas integradas, que constam de ações educativas, acesso à merenda escolar saudável, incentivos para a produção, a distribuição e a comercialização de alimentos saudáveis, legislação oportuna quanto aos teores de sal, açúcar e gorduras nos alimentos industrializados, informações nutricionais em produtos industrializados, conteúdo das propagandas que atingem públicos específicos, tais como, por exemplo, as crianças.

No caso do tabagismo, já existem evidências da importância da ação integrada do Estado na regulação da propaganda, no controle dos pontos de venda e na taxação de produtos do cigarro, entre outras medidas que resultaram em evidente redução na venda de produtos,

declínio da prevalência de tabagistas no País e diminuição nas taxas de mortalidade por câncer de pulmão entre homens com menos de 65 anos de idade (MONTEIRO et al., 2007; MALTA et al., 2007).

Evidencia-se que, ao se tratar de condicionantes e determinantes de saúde, temos de reconhecer que muitos recursos humanos e financeiros, bem como a governabilidade em vários temas e momentos, extrapolam ao SUS. No entanto, esse cenário destaca a necessidade da otimização de recursos públicos e de capital humano das regiões de saúde, possibilitando a construção de ações integradas e participativas que produzam a autonomia de sujeitos e coletividades.

Nessa perspectiva, a opção pelo autocuidado e a tomada individual de decisões voltadas para a melhoria da qualidade de vida tornam-se possíveis, melhorando os resultados das políticas de controle.

#### **4.3.3 Tomada de decisão baseada em evidências científicas**

Embora as diretrizes para intervenção no curso das DCNT estejam estabelecidas cientificamente, não se constituem em informações rotineiramente manipuladas pelas equipes de saúde, gerando cuidados incompletos e muitas vezes ineficazes, o que termina por colocar em risco a vida dos pacientes, além de sobrecarregar financeira e operacionalmente o sistema.

Por isso, a definição de protocolos clínicos que incluam terapêutica medicamentosa adequada e procedimentos adaptados às diversas especificidades regionais se mostra extremamente necessária.

Nesse sentido, a integração com universidades e outros centros colaboradores é muito importante, aproximando a academia da prática e qualificando a atenção à saúde.

Além disso, a definição de protocolos deve contemplar a análise do custo-efetividade, os programas e as recomendações já existentes, bem como definir insumos estratégicos e estratégias diagnósticas disponíveis e em utilização nas diversas regiões do País.

## 4.4 Monitoramento e Avaliação

O monitoramento e a avaliação são etapas fundamentais para a gestão dos serviços de saúde. Avaliar é um processo dinâmico, integrado ao processo decisório, devendo estar presente nas diferentes esferas de gestão.

A avaliação, enquanto instrumento para melhorar o desempenho dos programas sociais, é entendida como uma instância de aprendizagem que permite reelaborar e melhorar esses programas (SULBRANDT, 1994).

A avaliação e o monitoramento consistem em processos sistemáticos para identificar o êxito das atividades planejadas, corrigir precocemente as ações e medir a eficácia e a eficiência dos resultados dos programas.

O monitoramento é uma atividade contínua que objetiva medir se as atividades estão sendo desenvolvidas conforme o planejamento. Em geral, é realizado por atores internos. Já a avaliação sistemática é realizada em tempo determinado, definido, e é freqüentemente desenvolvida por avaliador externo.

Existem diferentes opções metodológicas no processo avaliativo. Torna-se oportuno avaliar tanto os processos inerentes ao programa quanto os resultados alcançados.

Algumas etapas do processo avaliativo consistem em: 1) envolver os diferentes atores implicados no processo; 2) descrever o programa (conhecer seu marco lógico); 3) escolher métodos adequados; 4) coletar informações; 5) definir indicadores para a avaliação; 6) fundamentar as conclusões: interpretação, julgamento e recomendações; 7) assegurar a aplicação; 8) compartilhar as lições aprendidas (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2005).

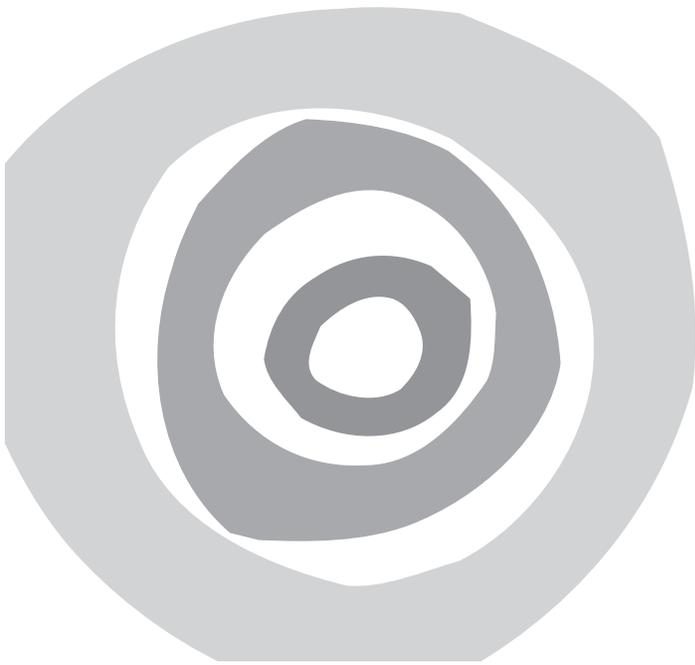
No marco do Pacto pela Saúde, o SUS trabalhou na produção de um conjunto de indicadores unificados para o monitoramento do desempenho do serviço e da situação de saúde da população (Portaria MS/GM nº 325, de 21 de fevereiro de 2008). Esses indicadores organizam-se em dois grupos: indicadores principais e indicadores

complementares. Os indicadores principais da pactuação unificada prestam-se à avaliação do Pacto pela Saúde. Já os indicadores complementares são de pactuação opcional por parte de municípios, estados e do Distrito Federal e serão monitorados pelo gestor federal com base nos sistemas de informação em saúde, caso não tenham sido objeto de pactuação por municípios, estados e pelo Distrito Federal (BRASIL, 2008).

Entre os indicadores de monitoramento do Pacto pela Saúde encontram-se:

Indicadores Principais
<ul style="list-style-type: none"><li>• Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo, em determinado local.</li><li>• Percentual de tratamento/seguimento no nível ambulatorial das lesões precursoras do câncer de colo do útero (lesões de alto grau: NIC II e NIC III).</li><li>• Prevalência de sedentarismo em adultos (estados/capitais).</li><li>• Percentual de unidades de saúde que desenvolvem ações no campo da atividade física (municípios).</li><li>• Prevalência de tabagismo (estados/capitais).</li><li>• Taxa de internações por acidente vascular cerebral.</li><li>• Taxa de internação por diabetes <i>mellitus</i> e suas complicações na população com 30 anos e mais.</li></ul>

Outros indicadores de monitoramento fazem parte da Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (anexo A), dos indicadores de DCNT da Programação de Ações de Vigilância em Saúde (PAP) (2005 e 2006) (anexo B).



## 5 Doenças Crônicas Não-Transmissíveis e as Políticas Sanitárias

Com base nos pressupostos anteriormente descritos, o Ministério da Saúde vem inserindo diversas questões relativas ao controle das DCNT nas diferentes políticas e nos programas de saúde instituídos nos últimos anos.

A própria discussão e a operacionalização de tais políticas apontaram para a necessidade do manejo integrado dessas questões, na busca da integralidade da atenção, respeitadas as diversidades de cada território.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) ilustram muito bem a afirmativa anterior, pois apresentam interfaces com várias outras políticas, principalmente no que diz respeito à integralidade da atenção, colocando-se como base primordial das linhas de cuidado e apostando no vínculo entre a população e as equipes de saúde, além do respeito às características peculiares de cada território e da atuação intersetorial, com integração de agendas públicas sociais.

Além disso, ao constituir-se em porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, viabilizam as oportunidades do diagnóstico precoce, da mudança de comportamentos e do monitoramento de fatores de risco, o que pode fazer muita diferença na carga das DCNT, seja nas taxas de mortalidade, seja na incapacidade prematura, sem desprezar, contudo, a autonomia das pessoas na escolha do seu modo de viver.

Tomando-se como exemplo o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, pode-se identificar as chamadas linhas de cuidado, que têm início na atenção básica e acompanham o paciente nas ações de média e alta complexidades. No âmbito da atenção básica estão as mudanças de hábitos alimentares, a prática

de atividade física, a avaliação clínica sistemática e o acesso aos medicamentos capazes de manter sob controle os níveis de pressão arterial e glicemia. Por outro lado, também se inclui a organização da atenção especializada, capaz de dar respostas efetivas às complicações que porventura surgirem, evitando a morte precoce e a incapacidade.

O mesmo pode ser percebido nas políticas de atenção à saúde da mulher, que incluem a atenção ao pré-natal e ao parto, bem como informações para o autocuidado, a realização do exame das mamas e das colpocitologias sistemáticas, para a prevenção do câncer do colo do útero, sem deixar de estabelecer as referências para as cirurgias que se fizerem necessárias, ou mesmo os procedimentos da atenção oncológica.

Esta última tem seus pressupostos alicerçados na atenção básica, ao tratar da promoção, da prevenção e do diagnóstico precoce, além de garantir acesso aos procedimentos de média e alta complexidades, seja para tratamento, seja para reabilitação. Sua principal interface se faz junto à Política Nacional de Saúde do Idoso: o envelhecimento da população brasileira vem apontando para o aumento da prevalência dos casos de câncer, o que aumenta a demanda aos serviços especializados, mas principalmente determina a necessidade de implementar as políticas de promoção e prevenção.

Na mesma linha, a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal e a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade demandam a garantia de resolutividade na rede básica, por meio da detecção precoce das alterações das funções renais e cardíacas, do tratamento adequado das formas leves, da integração de terapias alternativas e da atuação de equipes multiprofissionais. Ao mesmo tempo, estão incluídas as redes organizadas para o atendimento de alta complexidade, de modo a garantir a integralidade da atenção.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2001) retoma o tema da segurança alimentar e, entre suas diretrizes, define a importância de se trabalhar a prevenção das DCNT, por meio do acesso à alimentação saudável. Posteriormente, por intermédio da Portaria Interministerial nº 1.010, de 8 de maio de 2006, o Ministério da Saúde

e o Ministério da Educação elegem a escola como espaço privilegiado para a orientação das escolhas alimentares adequadas, enfatizando o consumo de frutas e legumes e apontando para o aproveitamento dos produtos regionais, como forma de respeito às diversidades culturais. A criança passa a valorizar as coisas que lhe garantem melhor qualidade de vida, podendo influenciar as decisões dos adultos (BRASIL, 2006a).

Do ponto de vista do desenvolvimento local, as cidades têm a oportunidade de explorar o cultivo desses produtos e alimentos, utilizando manejos adequados em relação aos agrotóxicos e à qualidade da água: é a chamada *agricultura orgânica familiar*, que mantém a qualidade da produção e garante o sustento da família.

Outros programas são voltados especificamente ao controle dos fatores de risco, como é o caso daqueles destinados ao controle do tabagismo, que enfatizam a informação e contam com a decisão própria do paciente, além de fornecer instrumentos de apoio, seja referente a medicamentos, seja de suporte psicológico. O Programa Nacional do Tabagismo, organizado desde 1996, tem sido considerado modelo mundial por articular políticas públicas e desenvolver legislação específica com ênfase no controle da propaganda e na taxação dos derivados do tabaco, entre outras medidas.

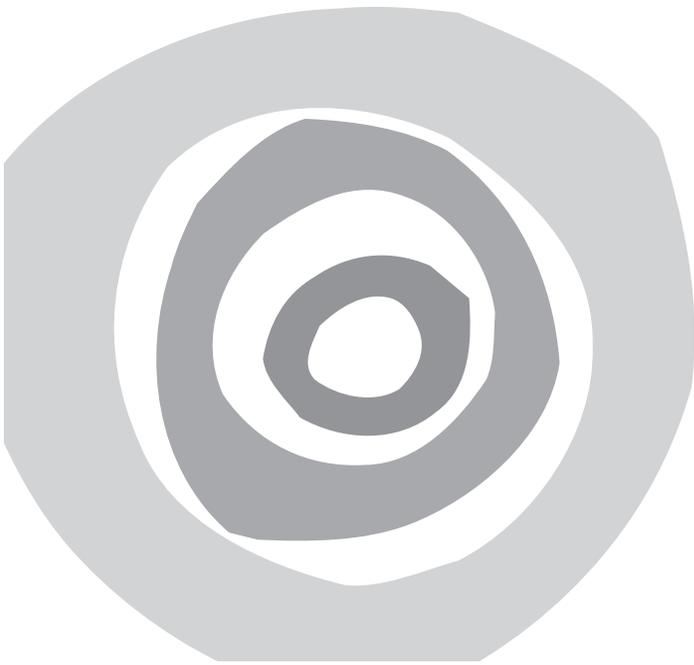
A Política Nacional sobre o Alcool (BRASIL, 2007), recentemente publicada, ratifica o compromisso do gestor federal em desencadear ações e medidas que sensibilizem gestores a considerar em seus planejamentos ações de governo para reduzir e prevenir os danos à saúde e à vida advindos do uso prejudicial de bebidas alcoólicas. Esta política e muitas outras ainda se voltam ao grave problema das causas externas de morte e incapacidade prematura ligadas às diversas formas de violência, cujo manejo envolve ações de vários setores, como os relacionados à segurança pública, ao trânsito, entre outros.

A idéia deste documento de diretrizes para o controle integrado das DCNT é enfatizar esse encadeamento de ações e, ao mesmo tempo, apontar a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pela intersectorialidade que viabilize ações fora do setor Saúde.

#### Políticas e Programas Consultados

- Política Nacional sobre o Álcool (BRASIL, 2007).
- Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2006).
- Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006).
- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) (BRASIL, 2006).
- Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005).
- Engajamento do Brasil na Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física – Projeto “Pratique Saúde” (2005).
- Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (BRASIL, 2004).
- Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (BRASIL, 2004).
- Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004).
- Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003).
- Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (BRASIL, 2002).
- Programa “Ambientes de Trabalho Livres do Tabaco”, Programa “Saber Saúde” e Programa “Cessação de Fumar”.

- Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001).
- Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001).
- Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 1999).
- Política de Indução de Ações de Promoção à Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, no âmbito do Setor de Saúde Suplementar, visando à integralidade da Atenção à Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- Programa Viva Mulher (BRASIL, 1996).
- Iniciativas na Saúde Mental/CAPS.



## 6 O Governo Brasileiro e a Agenda Internacional

A ameaça das DCNT é um problema mundial que acomete o desenvolvimento econômico e social tanto de países ricos como pobres, o que configura a necessidade de uma nova abordagem dos tomadores de decisão quanto a medidas custo-efetivas que possam impactar nas condições de saúde das populações. Faz-se necessária, portanto, uma aliança global para o desenvolvimento de políticas e programas voltados à reversão do quadro contemporâneo. Nesse sentido, as ações devem se dar de forma cooperativa de modo a garantir a participação efetiva dos âmbitos internacional, nacional, regional e local, com vistas a uma resposta eficaz e integral.

O Brasil, preocupado com tais questões, especialmente com o crescimento das DCNT, reconhece a importância dessa aliança internacional e já vem se engajando em estratégias globais voltadas ao enfrentamento das causas dessas doenças, o que ratifica os compromissos da reforma sanitária brasileira. O País já adere ao compromisso de agendas internacionais que questionam as tendências dos modelos de desenvolvimento que afetam as condições de vida e saúde das populações, tais como a importante Agenda 21, voltada às preocupações de ordem ambiental; o Protocolo de Kyoto, voltado à redução da emissão mundial de poluentes; a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, o primeiro tratado internacional de saúde pública; e, mais recentemente, os compromissos assumidos quanto aos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) e suas metas, além da preocupação com os determinantes sociais de saúde, que resultou na instalação da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde.

Ressalta-se o engajamento do Brasil na Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física, que (por meio do Projeto “Pratique Saúde”, iniciado em 2005) aborda dois dos principais fatores de risco das DCNT: o sedentarismo e a dieta inadequada. O objetivo é o de despertar a população para as causas dessas doenças e seus principais

fatores de risco: excesso de peso ou obesidade, consumo de tabaco, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e consumo inadequado de certos alimentos.

Outra importante adesão do País nesse processo foi a convocação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para a construção do documento *Estratégia Regional e Plano de Ação com enfoque integrado da prevenção e controle de doenças crônicas, inclusive dieta, atividade física e saúde*, que reuniu técnicos de setores do governo e da sociedade civil para a elaboração de uma agenda de atividades para a América Latina e o Caribe. No caso brasileiro, a convocação impulsionou um processo iniciado há algum tempo (relatado no item 6.1), e o referido documento já se configura como um desdobramento.

Trata-se, portanto, de um momento ímpar, em que se apresenta uma convocação com o reconhecimento da diversidade da região por suas desigualdades socioeconômicas, o que resulta numa carga maior de doenças crônicas e mortalidade.

Finalmente, porém não menos significativo, é o movimento pela reafirmação do compromisso sanitário entre as três instâncias governamentais, por meio do Pacto pela Saúde, que apresenta mudanças significativas no sistema de saúde brasileiro, ao compartilhar responsabilidades (inclusive financeiras) e estabelecer metas anuais capazes de impactar positivamente no grau de saúde da população.

Consciente dessas circunstâncias e reconhecendo a necessidade do manejo integrado, o Ministério da Saúde enfatiza que a abordagem deve ser apropriada, respeitando-se as especificidades e as características culturais e socioeconômicas das diferentes regiões de saúde do País. Assim, a formulação dessas estratégias deve se dar nos locais em que as ações são executadas, embasadas em diretrizes de âmbito global e nacional.

## 6.1 Metas da OMS frente às DCNT

Em todo o mundo, das 58 milhões de mortes em 2005, 35 milhões referem-se às DCNT. A projeção mostra um aumento futuro de 17% nos próximos 10 anos. O custo da ausência de responsabilidade é inaceitável. A OMS descreve 10 mitos que comumente acompanham as DCNT e as tornam negligenciadas na sua abordagem mundial pelos governos, pela mídia e pela população em geral (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). Os 10 mitos são apresentados a seguir.

- 1) *“As DCNT afetam predominantemente os países ricos”*. Tal noção se revela errônea, pois 4 em cada 5 mortes por DCNT ocorrem em países em desenvolvimento.
- 2) *“Países em desenvolvimento poderiam controlar as doenças transmissíveis antes das DCNT”*. Também é uma falsa questão, pois nos países em desenvolvimento convive-se com velhos e novos desafios e a dupla carga de doenças, que devem ser ambos objetos de intervenção.
- 3) *“As DCNT afetam predominantemente pessoas ricas”*. Outra concepção equivocada, pois as pessoas pobres são mais afetadas, uma vez que, na maioria das vezes, não têm acesso a escolhas saudáveis e têm menos acesso a tratamentos adequados. Além disso, as DCNT podem levar pessoas e famílias a aumentar sua pobreza, por reduzir sua capacidade de trabalho e resultar em maiores gastos.
- 4) *“As DCNT afetam predominantemente pessoas idosas”*. A maioria das DCNT afeta pessoas com menos de 70 anos de idade, levando-as à morte e a incapacidades prematuras.
- 5) *“As DCNT afetam predominantemente homens”*. Na verdade, afetam igualmente homens e mulheres. Dados da OMS revelam que as doenças cardiovasculares produziram em 2005, no mundo, 3,6 milhões de mortes em mulheres (47% das mortes por tal causa).
- 6) *“As DCNT são resultado de estilos de vida não saudáveis”*. A responsabilidade individual ocorre apenas quando o indivíduo pode ter

acesso à opção por escolhas saudáveis. Os governos têm um papel crucial em prover escolhas saudáveis, em especial para providenciar proteção social para grupos vulneráveis. Isso é especialmente verdadeiro para crianças, que não podem escolher o ambiente em que vivem, sua dieta, a exposição ou não ao tabaco, etc.

- 7) *“As DCNT não podem ser prevenidas”*. Tal atitude pessimista não corresponde à realidade. A eliminação dos fatores de risco pode extinguir pelo menos 80% das doenças cardiovasculares, dos casos de diabetes tipo 2 e Acidente Vascular Cerebral (AVC), e 40% dos casos de câncer.
- 8) *“Prevenir DCNT é muito caro”*. Em sua maioria, as intervenções de prevenção de DCNT são custo-efetivas em todas as regiões do mundo. Investir nessas ações custa muito pouco e tem ótimo resultado.
- 9) *“Algumas pessoas têm muitos fatores de risco e vivem muito tempo”*. Esses casos certamente existem, mas não são muito frequentes. Na maioria das vezes, as pessoas que têm um ou mais fatores de risco desenvolvem doenças e morrem precocemente.
- 10) *“Todo mundo irá morrer um dia”*. Isso é fato, mas a morte não precisa ser lenta, prematura ou dolorosa.

A superação desses mitos é essencial para a definição de políticas públicas de cuidado integral das DCNT. A OMS propôs a meta de reduzir as taxas em 2% ao ano até 2015, estabelecendo compromissos entre os países membros, seja efetivando ações integradas, desenvolvendo políticas de prevenção, vigilância e controle de DCNT, seja envolvendo os diversos setores na proposição de planos de ação e programas integrados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005, 2007).

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Manual Técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar*. Rio de Janeiro, 2006f. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/manual\\_ans.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/manual_ans.pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <[http://www.in.gov.br/imprensa/jsp/jsp/jornaiscompletos/visualizacao/pdf/visualiza\\_pdf\\_do1.jsp?data=23/05/2007&jornal=do&segedicao=&secao=1&pagina=5](http://www.in.gov.br/imprensa/jsp/jsp/jornaiscompletos/visualizacao/pdf/visualiza_pdf_do1.jsp?data=23/05/2007&jornal=do&segedicao=&secao=1&pagina=5)>. Acesso em: 13 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Programa Viva Mulher*. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva\\_mulher/documentos/vivamulher\\_fasel.pdf](http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher/documentos/vivamulher_fasel.pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.168, de 15 de junho de 2004. *Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão*. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1168.htm>>. Acesso em: 13 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.169, de 15 de junho de 2004. *Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade e dá outras*

*providências*. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1169.htm>>. Acesso em: 13 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.575, de 29 de agosto de 2002. *Consolida o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e dá outras providências*. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/docs/tabagismo/Portaria%20n%C2%BA%201575%20de%2029-08-2002.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005. *Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão*. Brasília, 2005a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>>. Acesso em: 13 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. *Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, DF, 2006e. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família*. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, 2004c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/pnan.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, 2003. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03\\_0277\\_%20M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0277_%20M.pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Diretrizes Operacionais. Brasília, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990–2004*. Brasília, 2004b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Legislacao.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília, 2001a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/hipertensaodiabetes/documentos/publicacoes/miolo2002.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Edital nº 13/2006. Seleção pública de propostas para o Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/espirtosanto.pdf>>. Acesso em: fev. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Edital nº 24/2006. Seleção pública de propostas para apoio às atividades de pesquisa direcionadas a estudos em populações expostas à contaminação ambiental. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/meioambiente.pdf>>. Acesso em: fev. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Edital nº 26/2006. Seleção pública de propostas para apoio às atividades de pesquisa direcionadas ao estudo de determinantes sociais da saúde, saúde da pessoa com deficiência, saúde da população negra, saúde da população masculina. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vulneraveis.pdf>>. Acesso em: fev. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PP-SUS)*. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/sctie/decit/pesquisa\\_sus/decit/menu\\_principal\\_ap.asp](http://dtr2001.saude.gov.br/sctie/decit/pesquisa_sus/decit/menu_principal_ap.asp)>. Acesso em: fev. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Programação Pactuada de Vigilância em Saúde*. Ministério da Saúde, 2006. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Projeto Pratique Saúde*. Brasília, DF, 2005b. Disponível em: <[http://200.214.130.38/portal/svs/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=21858](http://200.214.130.38/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21858)>. Acesso em: 14 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*. Brasília, 2007.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Department of Health and Human Services. *Physical Activity Evaluation Handbook*. Atlanta, GA. EUA. U.S.; 2002.

DUARTE, E. C. *A estrutura do Departamento de Análise de Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Mimeografado.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Consumo Alimentar: Antropometria. Rio de Janeiro (1977). Estudo Nacional da Despesa Familiar – ENDEF, v. 1: Dados Preliminares, Regiões I, II, III, IV e V.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de Índices de Preços. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002–2003: análise da disponibilidade domiciliar e estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro, 2004a. 80p.

\_\_\_\_\_. Coordenação de Índices de Preços. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002–2003: primeiros resultados. Rio de Janeiro, 2004b. 276 p.

\_\_\_\_\_. Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores So-

ciais. Estimativas por métodos demográficos. *Censos demográficos de 1970 a 2000*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 6 fev. 2007.

\_\_\_\_\_. *Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar (PNAD)*. Suplemento de acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro, 2003.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (INAN). *Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição*: arquivo de dados da pesquisa. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. *Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição*: condições nutricionais da população brasileira: a adultos e idosos. Brasília, 1991.

LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 13-45, 1997.

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. 3, p. 47-65, 2006.

\_\_\_\_\_. Tendência de mortalidade do câncer de pulmão, traquéia e brônquios no Brasil: 1980–2003. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Ribeirão Preto, 2007.

MONTEIRO, C. A. et al. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil, (1989-2003). *Bulletin of the World Health Organization*, [S.l.], v. 85, p. 527-534, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Preventing Chronic Diseases a vital investments. Geneva, 2005. 182 p.

\_\_\_\_\_. *Who Expert Consultation on Preventing Chronic Diseases: A framework for action*. Geneva, 2007. Mimeo.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Carmen – Iniciativa para Conjunto de Ações para Redução Multifatorial de Enfermidades Não Transmissíveis. Geneva, 2003.

\_\_\_\_\_. *Planos Regionais de Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis*. Maio, 2006. Mimeografado.

SILVA-JUNIOR, J. B. et al. Doenças e Agravos Não-Transmissíveis: Bases Epidemiológicas. In: ROQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. (Org.). *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda., 2003. p. 289-312.

SULBRANDT, J. Avaliação dos programas sociais: uma perspectiva crítica dos modelos usuais. In: KLIKSBURG, B. (Org.). *Pobreza: uma questão inadiável*. Brasília: Enap, 1994.

VASCONCELOS, F. A. G. *Avaliação nutricional de coletividades: textos de apoio didático*. Florianópolis: Ed. UFSC, 1995.

VALLA, V. V.; LACERDA, A. As Propostas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. D. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, 2004. p. 91-103.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciênc. saúde coletiva*, [S.l.], v. 7, n. 4, p.607-621, 2002.

# Anexos

## **Anexo A – Indicadores de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica**

No âmbito da Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica do MS, foi desenvolvida uma proposta de avaliação denominada *Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ)*, que está inserida em um processo mais amplo de fortalecimento da institucionalização da avaliação nas três esferas de gestão do SUS.

A Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família é uma proposta desenvolvida para o âmbito municipal, dirigida a atores e espaços específicos: gestores, coordenações, unidades e equipes de saúde da família. Propõe como metodologia nuclear a auto-avaliação baseada em padrões de qualidade elaborados de maneira participativa e validados nacionalmente. Garante, dessa maneira, a perspectiva interna de autogestão, protagonizada por aqueles que desenvolvem as ações na estratégia.

Para a avaliação das Equipes de Saúde da Família são enfocadas duas dimensões: a *consolidação do modelo de atenção* e a *atenção à saúde*. Sobre a temática *consolidação do modelo de atenção*, são abordadas as subdimensões: organização do trabalho em saúde da família; acolhimento, humanização e responsabilização; promoção da saúde; participação comunitária e controle social e vigilância à saúde I: ações gerais da ESF. Sobre a temática *atenção à saúde*, são abordadas as subdimensões: saúde de crianças, saúde de adolescentes, saúde de mulheres e homens adultos, saúde de idosos, vigilância à saúde II: doenças transmissíveis e vigilância à saúde III: agravos com prevalência regionalizada.

Ambas as dimensões abordam aspectos referentes ao cuidado integral de DCNT. Logo, a AMQ pode ser utilizada como ferramenta de monitoramento das ações da ESF a partir dos padrões de qualidade relacionados às DCNT, que estão descritos a seguir.

**Instrumento nº 4:**

**Consolidação do Modelo de Atenção**

<b>Organização do Trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF)</b>	
1. A ESF utiliza as informações do SIAB para o planejamento do trabalho?	SIM ( ) NÃO ( )
<b>Promoção da Saúde</b>	
2. São desenvolvidas estratégias para o estímulo da alimentação saudável, respeitando a cultura local?	SIM ( ) NÃO ( )
3. A ESF realiza ações educativas e de convivência dos hipertensos em acompanhamento?	SIM ( ) NÃO ( )
4. A ESF realiza ações educativas e de convivência com os diabéticos em acompanhamento?	SIM ( ) NÃO ( )
5. É realizado acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos e do fortalecimento da rede social e comunitária?	SIM ( ) NÃO ( )
<b>Vigilância em Saúde: Ações Gerais da ESF</b>	
6. A ESF desenvolve ações de monitoramento da situação alimentar e nutricional da população?	SIM ( ) NÃO ( )
7. Os profissionais da ESF realizam busca ativa para detecção de novos casos de hipertensão arterial sistêmica na população?	SIM ( ) NÃO ( )
8. Os profissionais da ESF realizam busca ativa para detecção de novos casos de diabetes na população?	SIM ( ) NÃO ( )

**Instrumento nº 5:**

**Atenção à Saúde**

<b>Saúde das Mulheres e dos Homens Adultos</b>	
1. A ESF possui registro atualizado dos hipertensos da área?	SIM ( ) NÃO ( )
2. A ESF possui registro atualizado dos diabéticos da área?	SIM ( ) NÃO ( )
3. A ESF monitora a frequência dos hipertensos às atividades agendadas?	SIM ( ) NÃO ( )
4. A ESF monitora a frequência dos diabéticos às atividades agendadas?	SIM ( ) NÃO ( )
5. Os hipertensos em acompanhamento são atendidos em consulta individual no mínimo uma vez por trimestre?	SIM ( ) NÃO ( )
6. 80% dos diabéticos em acompanhamento são atendidos em consulta individual uma vez por trimestre?	SIM ( ) NÃO ( )
7. A ESF desenvolve ações sistemáticas coletivas e individuais de prevenção de câncer do colo uterino e controle do câncer de mama?	SIM ( ) NÃO ( )
8. A ESF faz busca ativa dos casos positivos de citologia de colo uterino?	SIM ( ) NÃO ( )
9. A atenção à população de hipertensos é realizada a partir da classificação de risco?	SIM ( ) NÃO ( )
10. A atenção à população de diabéticos é realizada a partir da classificação de risco?	SIM ( ) NÃO ( )
11. A medida do IMC de todos os hipertensos em acompanhamento pela ESF é realizada trimestralmente?	SIM ( ) NÃO ( )

continua

continuação

12. A medida do IMC de todos os diabéticos em acompanhamento pela ESF é realizada trimestralmente?	SIM ( ) NÃO ( )
13. O exame dos pés nos diabéticos em acompanhamento é realizado em todas as consultas?	SIM ( ) NÃO ( )
14. A ESF analisa semestralmente a população de hipertensos em acompanhamento, considerando a prevalência estimada?	SIM ( ) NÃO ( )
15. A ESF analisa semestralmente a população de diabéticos em acompanhamento, considerando a prevalência estimada?	SIM ( ) NÃO ( )
16. O exame clínico de mama é uma rotina estabelecida no serviço?	SIM ( ) NÃO ( )
17. A ESF desenvolve ações de sensibilização junto à população masculina para a detecção precoce do câncer de próstata?	SIM ( ) NÃO ( )
18. A ESF mantém acompanhamento do tratamento pela referência dos usuários de álcool e outras drogas?	SIM ( ) NÃO ( )
19. Houve redução do número absoluto de internações por AVC?	SIM ( ) NÃO ( )
20. Houve redução do número absoluto de internações por infarto agudo do miocárdio?	SIM ( ) NÃO ( )
21. Houve redução do número absoluto de internações por complicações decorrentes da diabetes <i>mellitus</i> ?	SIM ( ) NÃO ( )

## Anexo B – Indicadores de Monitoramento da PAP-VS

### Quadro de Indicadores da PAP-VS

O monitoramento por meio de indicadores torna-se relevante para verificar o alcance de programas e intervenções. Em 2004, foram realizados três Fóruns Regionais de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (Dant) e foram acordados indicadores de monitoramento relativos aos fatores de risco e à morbimortalidade, que têm sido adotados por gestores estaduais e municipais de saúde. Em 2006, a Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde (PPI-VS) foi revisada, sendo que alguns dos seus indicadores passaram a integrar o conjunto de indicadores do Pacto pela Saúde, conforme Portaria MS/GM nº 91/2007. O conjunto restante passou a denominar-se Programação das Ações Prioritárias na Vigilância em Saúde (PAP-VS). Ainda em 2006, foi implantado o sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).

#### Indicadores de Fatores Comportamentais de Risco (caso disponível):

Fatores	Indicadores
<b>Tabagismo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Percentual de fumantes por sexo e faixa etária (maiores de 18 anos).</li><li>• Percentual de ex-fumantes por sexo e faixa etária (maiores de 18 anos).</li></ul>
<b>Alimentação</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Percentual de indivíduos que consomem frutas e hortaliças 5 ou mais dias por semana por sexo e faixa etária (maiores de 18 anos).</li></ul>
<b>Atividade física</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Percentual de indivíduos fisicamente inativos por sexo e faixa etária (maiores de 18 anos).</li></ul>
<b>Consumo de álcool</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Percentual de homens que nos últimos 30 dias consumiram mais do que 5 doses de bebida alcoólica em único dia por faixa etária (maiores de 18 anos).</li><li>• Percentual de mulheres que nos últimos 30 dias consumiram mais do que 4 doses de bebida alcoólica em único dia por faixa etária (maiores de 18 anos).</li></ul>

A linha de base destes indicadores consiste no inquérito de fatores de risco de Dant em 2002/2003. A partir de 2006, estes indicadores passaram a ser monitorados pelo Vigitel anualmente.

Fatores	Indicadores
<b>Mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doenças cérebro-vasculares (I60 a I69) por sexo e faixa etária (20-39, 40-59, 60-74 anos).</li> <li>• Doenças isquêmicas do coração (I20 a I25) por sexo e faixa etária (20-39, 40-59, 60-74 anos).</li> <li>• Diabetes (E10 a E14) por sexo e faixa etária (20-39, 40-59, 60-74 anos).</li> <li>• Câncer de traquéia, brônquios e pulmão (C33 a C34) por sexo e faixa etária (20-39, 40-59, 60-74 anos).</li> <li>• Câncer de mama (C50) por faixa etária (20-39, 40-59, 60-74 anos).</li> <li>• Câncer de cólon e reto (C18 a C20) por sexo e faixa etária (20-39, 40-59, 60-74 anos).</li> <li>• Câncer do colo do útero (C53) por faixa etária (20-39, 40-59, 60-74 anos).</li> <li>• Câncer do colo do útero de porção não especificada (C55) por faixa etária (20-39, 40-59, 60-74 anos).</li> </ul>
<b>Mortalidade por acidentes e violências</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acidente de transporte (V01-V99) por sexo e faixa etária (&lt; 5, 5-9, 10-19, 20-39, 40-59, 60-74 anos).</li> <li>• Suicídio (X60-X84) por sexo e faixa etária (5-9, 10-19, 20-39, 40-59, 60-74 anos).</li> <li>• Agressão (X85-Y09) por sexo e faixa etária (5-9, 10-19, 20-39, 40-59, 60-74 anos).</li> <li>• Eventos de intenção indeterminada (Y10-Y34) por sexo e faixa etária (5-9, 10-19, 20-39, 40-59, 60-74 anos).</li> <li>• Quedas (W00-W19) por sexo e faixa etária (5-9, 10-19, 20-39, 40-59, 60-74 anos).</li> </ul>

## Anexo C – Indicadores da Promoção da Saúde relativos às DCNT no Pacto pela Saúde para 2008

**Objetivo:** Atividade Física

**1.a - Indicador:** Prevalência de sedentarismo em adultos.

- **Método de Cálculo:**

Nº de adultos por capital ( $\geq 18$  anos) que não praticam qualquer atividade física / população adulta ( $\geq 18$  anos) de cada capital de UF X 100.

- **Conceito:** Indivíduos fisicamente inativos (sedentários) são aqueles que não praticam qualquer atividade física no lazer, não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho a pé ou de bicicleta e não são responsáveis pela limpeza pesada de suas casas.

- **Fonte:** VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Anexo B).

- **Pactuar:** União / Unidades Federadas / Capitais de UF.

**1.b - Indicador:** Percentual de unidades de saúde que desenvolvem ações no campo da atividade física.

- **Método de Cálculo:**

Nº de unidades de saúde que desenvolvem ações no campo da atividade física / nº total de unidades de saúde do município X 100.

- **Conceito:** Serão consideradas unidades de saúde que desenvolvem ações no campo da atividade física aquelas que, considerada a Tabela Unificada de Procedimentos do Sistema Único de Saúde, informem por meio do SIAB e/ou do SIA a execução dos procedimentos do Grupo 1 – Ações de Promoção e Prevenção em Saúde; Subgrupo 1 – Ações Coletivas/Individuais em Saúde; Forma de Organização 1 – Educação em Saúde, a saber: Atividade Educativa/Orientação em Grupo na Atenção Básica (01.01.01.001-0); Atividade Educativa/Orientação em Grupo na Atenção Especializa-

da (01.01.01.002-8); Prática Corporal/Atividade Física em Grupo (01.01.01.003-6); e Práticas Corporais em Medicina Tradicional Chinesa (01.01.01.004-4).

Para o número total de unidades de saúde do município serão consideradas as informações municipais cadastradas no CNES.

- **Fonte:** SIAB; SIA; CNES.

- **Pactuar:** Todos os municípios, à exceção das capitais de UF.

**Objetivo:** Tabagismo

- **Indicador:** Prevalência de tabagismo em adultos.

- **Método de Cálculo:**

Nº de adultos por capital ( $\geq 18$  anos) que fumam / população adulta ( $\geq 18$  anos) de cada capital de UF X 100.

- **Conceito:** Indivíduos fumantes são aqueles que fumam independentemente da frequência e da intensidade do hábito de fumar.

- **Fonte:** VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Anexo B).

- **Pactuar:** União / Unidades Federadas / Capitais de UF.

## Anexo D – Grupo de Colaboradores na Discussão sobre o Documento de Diretrizes

Adriana Forti	SES/CE
Adriana Miranda de Castro	CGDANT/SVS
Ana Beatriz Vasconcellos	CGPAN/DAB/SAS
Andreia Nonato	SD BUCAL/DAB/SAS/MS
Afonso Teixeira dos Reis	ANS
Antonio Carlos Cezário	CGDANT/SVS
Bruce Duncan	UFRGS
Carlos Armando Nascimento	SES/RJ
Carmem de Simoni	DAB/SAS
Cheila Lima	CGDANT/SVS
Crhistinne Cavalheiro Maymone Gonçalves	CONASEMS
Cristiane Scolari Gosch	CGDANT/SVS
Deborah Carvalho Malta	CGDANT/SVS
Denise Barros	ENSP/FIOCRUZ
Dillian Goulart	CGPAN/DAB/SAS
Erinaldo Andrade	CELAFISCS
Fábio da Silva Gomes	INCA
Gisele Bahia	CONASS
Gulnar Mendonça de Azevedo	INCA
Janaína Fagundes	CGDANT/SVS
Jose Luiz Nogueira	DAPE/SAS
Julia Nogueira	UnB
Lenildo de Moura	CGDANT/SVS
Lourdes de Fátima Sousa	SES/PB
Luciana M. Vasconcelos Sardinha	CGDANT/SVS
Luis Fernando Rolim	DAB/SAS
Malaquias Batista	IMIP/PE
Marco Pólo Freitas	CGDANT/SVS
Maria Cristina Kushmir	INST. DE CARDIOLOGIA DE LARANJEIRAS
Maria de Lourdes Magalhães	CGDANT/SVS
Maria Inês Schmidt	UFRGS
Martha Regina de Oliveira	ANS
Myrian Fernandes	INCA
Otaliba Libânio de Moraes Neto	DASIS/SVS
Patrícia Gentil	CGPAN/DAB/SAS
Ricardo Vidal de Abreu	SCTIE/MS

continua

continuação

Ronaldo Coimbra	CGDANT/SVS
Rosa Sampaio	DAB/SAS
Sandhi Maria Barreto	UFMG
Stella Gouvêa	SES/CE – CONASS
Tânia Maria Cavalcante	INCA
Valeria Maria de Azeredo Passos	UFMG
Valter Costa	CGDANT/SVS



EDITORA MS  
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SA/SE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040  
Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558  
E-mail: editora.ms@saude.gov.br  
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>  
Brasília – DF, novembro de 2008  
OS 0488/2008