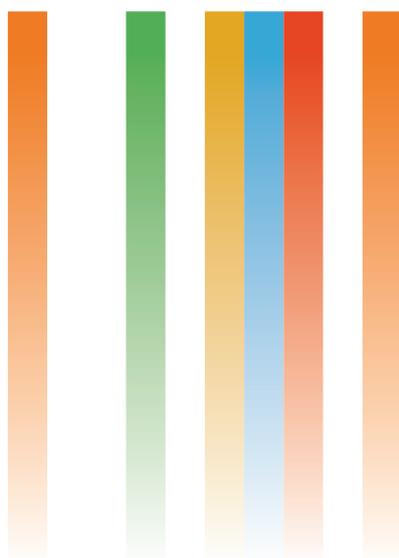


Relatório da Sociedade Civil sobre a situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil



Aliança de Controle do Tabagismo+Saúde



The NCD Alliance
Putting non-communicable diseases
on the global agenda



Ficha Técnica:

Relatório da Sociedade Civil sobre a situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil

Coordenação: Ana Curi Hallal

Colaboração: Paula Johns, Mônica Andreis, Daniela Guedes

Revisão: Anna Monteiro

Projeto Gráfico: FW2 Agência Digital

Realização:



Agosto 2014

ACT | Aliança de Controle do Tabagismo

Rua Batataes, 602, cj 31, CEP 01423-010, São Paulo, SP

Tel/fax 11 3284-7778, 2548-5979

Av. N. Sa. Copacabana, 330/404, CEP 22020-001, Rio de Janeiro, RJ

Tel/fax 21 2255-0520, 2255-0630

actbr.org.br | act@actbr.org.br



ÍNDICE

1. Sumário executivo	4
2. Quem somos	5
3. Compromissos globais de ações sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis	6
4. Situação nacional da epidemia de Doenças Crônicas Não Transmissíveis	7
5. Resposta Nacional	8
6. Desafios e lacunas: a perspectiva da sociedade civil	11
7. Chamado à ação	13
8. Referências	15
9. Anexos	17
Anexo 1 - Metodologia	17
Anexo 2 - Aumentar a priorização das doenças crônicas Não Transmissíveis através da cooperação e apoio internacional	17
Anexo 3 - Principais ações e estratégias propostas no Eixo de Promoção da Saúde (Eixo II) do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022	18

Este trabalho foi financiado pela The NCD Alliance e foi possível graças à doação da Medtronic Filantropia.

1 Sumário executivo

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte no Brasil. Em 2007, foram responsáveis por 72% dos óbitos ocorridos no país.

O Brasil assumiu o compromisso em relação às doenças crônicas não transmissíveis e lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. O Plano aborda os quatro grupos de doença de maior magnitude - doenças circulatórias, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes - e propõe a abordagem integrada de seus quatro fatores de risco, a saber: tabagismo, uso prejudicial de álcool, inatividade física e alimentação não saudável.

O presente relatório visa avaliar a implantação do plano nacional para o enfrentamento das DCNT, a partir da perspectiva da sociedade civil, com foco nas ações propostas no eixo de Promoção da Saúde. Este relatório faz parte de um projeto financiado pela *The NCD Alliance* que objetiva fortalecer as iniciativas da sociedade civil de apoio ao enfrentamento das DCNT no Brasil, África do Sul e Caribe. Para elaboração do relatório foram utilizadas diferentes fontes de informações, incluindo a análise de documentos, revisão bibliográfica e entrevistas com especialistas.

Entre os principais avanços do país está o aprimoramento do sistema de vigilância, especialmente o monitoramento dos fatores de risco e de proteção para DCNT, e a implantação de políticas efetivas de controle do tabagismo, com destaque para participação da sociedade civil no processo. Outros programas e ações implantadas no período merecem destaque como o Programa Academia da Saúde, a revisão da chamada “Lei Seca” (Lei nº 12.760/2012) e a elaboração do Guia Alimentar para a População Brasileira.

Apesar de serem múltiplos os desafios para a plena implementação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022, salienta-se:

Ampliar a avaliação da implantação das diretrizes e ações do plano nacional, com base no monitoramento das metas e indicadores, nos espaços onde a participação social está institucionalizada no Sistema Único de Saúde e o controle social garantido e organizado em todos os níveis de gestão.

Incrementar a articulação com os ministérios, secretarias e agências de governo, bem como com a sociedade civil organizada para a inserção nas agendas de trabalho das ações relacionadas com as políticas públicas para a prevenção e controle das DCNT.

Salvaguardar as políticas públicas de enfrentamento das DCNT de interesses comerciais dos setores econômicos que lucram com o consumo de produtos responsáveis pelo agravamento dos fatores de risco.

Desenvolver e implementar estratégias e ações para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis sensíveis às desigualdades sociais da população brasileira, contribuindo para diminuir as iniquidades em saúde.

2 Quem somos

A ACT+ é uma organização não governamental focada no controle do tabagismo e no controle das doenças crônicas não transmissíveis, que surgiu a partir do trabalho desenvolvido pela Aliança de Controle do Tabagismo (ACT). Criada em 2007, a ACT tem como missão monitorar a implementação e cumprimento das medidas preconizadas pela Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) e seus protocolos, desenvolver a capacidade de controle do tabagismo nas cinco regiões do país e promover e apoiar uma rede de organizações comprometidas com o controle do tabagismo e suas atividades correlacionadas.

A ACT criou uma rede formada por representantes da sociedade civil interessados no controle do tabagismo. Participam cerca de 800 integrantes de entidades públicas e privadas, de organizações sem fins lucrativos e não governamentais, profissionais liberais, pesquisadores, estudantes e cidadãos que desenvolvem atividades ligadas às áreas impactadas pelo tabagismo.

A experiência acumulada na construção de coalizões e *advocacy* para a elaboração e implantação de políticas públicas de saúde permitiu a expansão do escopo de atuação da ACT para as doenças crônicas, que passou, então, a se chamar ACT+. Seu objetivo é apoiar a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, defendendo a implementação plena do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Está sendo criada uma rede de representantes de diversos setores da sociedade civil com o objetivo de monitorar e identificar as lacunas na implementação do plano nacional.

ORGANIZAÇÕES DA REDE DCNT

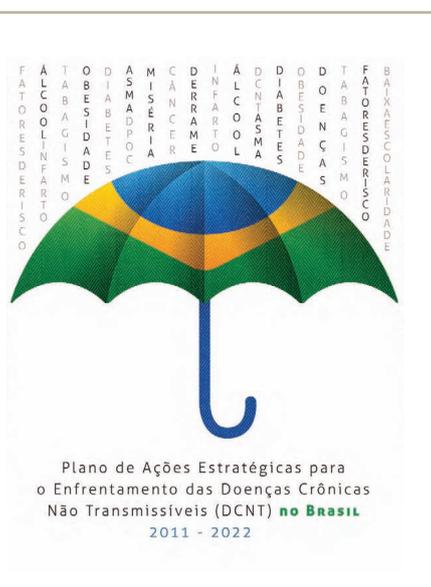
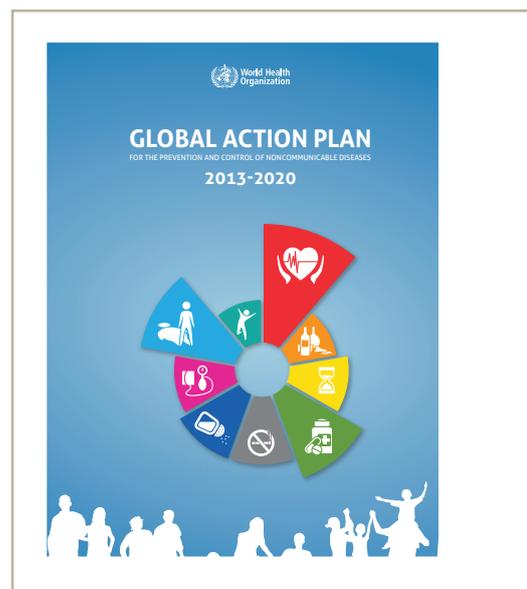
Abead - Associação Brasileira de Álcool e outras Drogas	APS – Associação Brasileira de Promoção da Saúde	Instituto Alana
Abrale - Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia	Asbran – Associação Brasileira de Nutrição	Instituto Espaço Saúde
Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva	Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de saúde	Instituto Oncoguia
Abrasta - Associação Brasileira de Talassemia	Cetab / Fiocruz – Centro de Estudo de Tabaco e Saúde	NCD Alliance
ACS – American Cancer Society	Crefito - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional MS	SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia – SP
ACT + - Aliança de Controle do Tabagismo + Saúde	Femama – Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama	SBD Sociedade Brasileira de Diabetes – SE
Agita SP	Funcor – Fundação do Coração	SBOC – Sociedade Brasileira de Oncologia
AMB – Associação Médica Brasileira – SP	Fundação do Câncer	SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria
AMUCC – Associação Brasileira de Portadores de Câncer	HCor – Hospital do Coração	SBPT – Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
APROFE - Associação Pró-falcêmicos	IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor	Unimed SC - Grande Florianópolis

3 Compromissos globais de ações sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis

A prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é um desafio global e levou a Organização das Nações Unidas a convocar uma reunião de Alto Nível da Assembléia Geral em 2011, que resultou no compromisso político dos países-membros, entre eles o Brasil, de trabalharem conjuntamente para deterem o crescimento das DCNTs¹.

A Organização Mundial da Saúde publicou o Plano Global de Ações para Prevenção e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2013-2020, com medidas para reduzir a carga evitável de mortalidade, morbidade e incapacidade associada a estas doenças. O plano tem como objetivo que as populações atinjam o mais elevado padrão de saúde e produtividade, em todas as idades, e que estas doenças deixem de ser uma barreira ao desenvolvimento socioeconômico. O Plano de Ação Global oferece um menu de estratégias que, se implantadas conjuntamente, irão contribuir para a redução da mortalidade prematura por DCNT².

Os países-membros, incluindo o Brasil, acordaram a meta de redução de 25% da mortalidade prematura por DCNT, entre os anos de 2015 e 2025, bem como o Marco Global de Monitoramento das DCNTs, com nove metas voluntárias e 25 indicadores de monitoramento da morbimortalidade, fatores de risco e resposta do sistema de saúde^{2,3}.



O Brasil assumiu o compromisso em relação às DCNTs e, sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. O plano define e prioriza as ações necessárias para preparar o país para enfrentar e deter as DCNTs nos próximos dez anos^{4,5}.

O objetivo do plano nacional é promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNTs e de seus fatores de risco, bem como fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas. Para tal, aborda os quatro grupos de doença de maior magnitude - doenças circulatórias, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes - e propõe a abordagem integrada de seus quatro fatores de risco, a saber: tabagismo, uso prejudicial de álcool, inatividade física e alimentação não saudável^{4,5}.

O Plano fundamenta-se no delineamento de três principais eixos: a) Vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) Promoção da saúde; e c) Cuidado integral^{4,5}.

EIXOS DO PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO DAS DCNTS

EIXO I	Vigilância, informação, avaliação e monitoramento	Os três componentes essenciais são: monitoramento dos fatores de risco, monitoramento da morbidade e mortalidade específicas das doenças e respostas do sistema de saúde.
EIXO II	Prevenção e Promoção da saúde	Tem o objetivo de viabilizar as intervenções que impactem positivamente na redução dessas doenças e seus fatores de risco.
EIXO III	Cuidado integral	Objetiva realizar ações visando o fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde e a ampliação das ações de cuidado integrado para a prevenção e o controle das DCNTs.

4 Situação nacional da epidemia de Doenças Crônicas Não Transmissíveis

No Brasil, a transição demográfica iniciou na década de 40, com rápida diminuição da mortalidade e aumento da esperança de vida, e posterior diminuição da taxa de fecundidade e natalidade. A partir da década de 60, verifica-se progressiva diminuição relativa das faixas etárias mais jovens e crescimento da participação dos idosos, levando ao processo de envelhecimento populacional, atualmente em curso no Brasil⁶.

Paralelamente à rápida transição demográfica, houve mudança no padrão da morbimortalidade dos brasileiros. A mudança do padrão de mortalidade, onde predominavam as mortes por doenças infecto-parasitárias, para outro, no qual a predominância é de mortes por doenças crônicas, caracteriza o processo conhecido como transição epidemiológica⁷. Embora a transição epidemiológica em curso no Brasil tenha características peculiares, destaca-se a elevada prevalência das DCNTs no cenário nacional⁸.

Observando-se a mortalidade proporcional nas últimas décadas, verifica-se que houve crescimento das mortes por doenças crônicas não transmissíveis⁷. Em 2007, as DCNTs foram responsáveis por 72% dos óbitos ocorridos no país. Na análise da carga de doença, foi observado que as DCNTs, juntamente com os transtornos psiquiátricos, são as principais causas de carga de doença no País⁸.

O estudo da tendência temporal do coeficiente bruto de mortalidade, entre 1996 e 2007, aponta que houve crescimento da mortalidade por DCNT no país, da ordem de 5%. Entretanto, quando se observa a tendência do coeficiente de mortalidade por DCNT, padronizado por idade, identifica-se tendência de diminuição de cerca de 18%, correspondendo a uma redução média de 1,8% ao ano. A diminuição das taxas padronizadas deveu-se, principalmente, à queda da mortalidade por doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas. Entretanto, é importante salientar que embora tenha ocorrido diminuição das taxas de mortalidade por estes grupos de causa de óbito, houve crescimento da taxa de mortalidade específica por vários tipos de neoplasias malignas. Em relação à mortalidade pelos principais tipos de câncer no Brasil, destaca-se o crescimento das taxas padronizadas de mortalidade por câncer de pulmão, próstata e colorretal, no sexo masculino; bem como por câncer de mama, pulmão e colorretal, no sexo feminino. A tendência das mortes por câncer de pulmão antes dos 60 anos varia segundo o sexo, apresentando diminuição entre os homens e aumento entre as mulheres⁸.

A prevalência e a tendência de crescimento de vários fatores de risco também contribuem para o entendimento da magnitude do problema das DCNTs no Brasil. Estimativa nacional aponta para prevalência de baixa atividade física entre os adultos da ordem de 12,1%, enquanto a prevalência estimada de adultos obesos é 16,9%⁹. No que se refere ao consumo de álcool, estimativas indicam aumento do consumo regular entre os adultos, bem como do hábito de beber em binge (4 ou 5 unidades em 2 horas), especialmente entre as mulheres¹⁰. Quanto ao tabagismo, pesquisas científicas

indicam a diminuição da prevalência entre os adultos. Em 1989, a prevalência nacional estimada era de 34,8%, sendo que em 2003, foi de 22,4%, correspondendo a uma diminuição de 35% no período¹¹. De acordo com os resultados da Pesquisa Especial de Tabagismo (GATs), realizada em 2008, com abrangência nacional, 17,2% das pessoas de 15 anos ou mais de idade eram usuários correntes de algum produto de tabaco fumado, o que corresponde a 24,6 milhões de fumantes¹². A análise da tendência de indicadores do tabagismo nas capitais brasileiras produzida com base nas informações do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) em adultos, entre 2006 a 2011, indicou redução da prevalência de fumantes e fumantes pesados entre homens e entre indivíduos com idade de 35 a 54 anos¹³.

Estudos nacionais corroboram com as evidências científicas e indicam que tanto a mortalidade por DCNT quanto a prevalência dos fatores de risco afetam de maneira desigual os mais pobres e com menor escolaridade. Destaca-se estudo recentemente publicado que identificou o efeito da desigualdade social no impacto das políticas públicas de controle do tabagismo. Foi verificado que a prevalência de tabagismo diminuiu em todos os grupos de escolaridade, mas a redução foi menor entre aqueles com menor escolaridade. Além disto, os indivíduos com baixa escolaridade possuem menor chance de parar de fumar, menor percepção das campanhas antitabagismo e maior risco de morrer por doenças associadas ao tabagismo, a saber: câncer de pulmão, doença isquêmica do coração, doença cerebrovascular e doença pulmonar obstrutiva crônica. Os autores concluem que, embora as políticas de controle do tabagismo no Brasil tenham sido bem sucedidas na redução da prevalência, não houve abordagens suficientemente sensíveis às desigualdades sociais da população, contribuindo para a atual concentração da epidemia do tabaco na população desfavorecida¹⁴.

Este grupo de doenças produz também importante impacto na economia do país. De acordo com estudo que avaliou as perdas econômicas associadas às DCNTs em 23 países de baixa e média renda, entre eles o Brasil, foi estimado prejuízo da ordem de 4,18 bilhões de dólares para a economia brasileira, entre 2006 e 2015, devido à perda de produtividade no trabalho e à diminuição da renda familiar associadas à diabetes, doença cardíaca e acidente vascular¹⁵.

Especificamente em relação ao tratamento das doenças relacionadas ao tabaco, em 2011, o Brasil gastou o equivalente a 0,5% do produto interno bruto (PIB) para tratar pessoas com doenças relacionadas ao cigarro, sendo que quatro delas – doença cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de pulmão e acidente vascular cerebral – responderam por 83% dos gastos. Os custos são referentes às despesas tanto no Sistema Único de Saúde (SUS) quanto na saúde suplementar^{16,17}.

5 Resposta nacional

O governo brasileiro formalmente inseriu o tema na agenda nacional quando aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), no ano de 2006. A Política Nacional de Promoção da Saúde objetiva contribuir para a mudança do modelo de atenção do sistema de maneira a ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde e a construção de uma agenda estratégica integrada, por meio do envolvimento das diversas instâncias gestoras do sistema e dos serviços de saúde e do fortalecimento das seguintes diretrizes: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade^{18,19}.

A Coordenação Geral das Doenças e Agravos não transmissíveis (CGDANT), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, deu continuidade ao processo de discussão e coordenou a elaboração do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022⁴. A construção e a publicação do plano nacional representam um avanço e contribuíram para o início do processo de institucionalização do tema no país. Merece destaque a ampla discussão do plano nacional com diversos setores do governo, bem como com as universidades e sociedade civil. A sociedade civil organizada, incluindo associações de

pacientes portadores de DCNT, esteve presente durante as reuniões preparatórias e muitas de suas sugestões foram incorporadas ao documento final. Entretanto, na implantação e avaliação do plano nacional, ainda é necessário avançar em termos de governança e intersectorialidade, com efetiva participação de todos os ministérios envolvidos.

A prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis, além de constituírem um plano nacional específico, fazem parte do planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011–2015, com um objetivo estratégico monitorado regularmente, a saber: garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção e prevenção.

A elaboração do Planejamento Estratégico ocorreu simultaneamente e está alinhado estrategicamente com o Plano Nacional de Saúde (PNS) e o Plano Plurianual (PPA) para o período 2012–2015. O Plano de Saúde é elaborado a cada quatro anos e tem como função principal orientar e estruturar as linhas de atuação programáticas que serão entregues à população na forma de ações e serviços de Saúde, sendo atribuição legal de todos os entes federados. Já o Plano Plurianual é o instrumento de governo que estabelece a integração entre planejamento e orçamento federal, para o período de quatro anos.

Entre os principais avanços do país no período, está o aprimoramento do sistema de vigilância de DCNT. Atualmente o Brasil dispõe de dados e estimativas sobre a morbimortalidade e os principais fatores de risco para as DCNT, de domínio público, facilmente acessíveis, que permitem aos pesquisadores e formuladores de políticas conhecerem a magnitude do problema, sua distribuição, a tendência temporal na população geral e em subgrupos³.

Salienta-se o progresso quanto ao monitoramento dos fatores de risco e de proteção para DCNT. Em 2006, foi implantado no país o sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) que prevê a realização anual de entrevistas telefônicas em amostras probabilísticas da população adulta, residente em domicílios servidos por linhas fixas de telefone nas cidades capitais²⁰. Outras fontes fundamentais de informação são os inquéritos de base domiciliar e escolar. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada nos anos de 2009 e 2012, e com previsão de repetição a cada 3 anos, investigou diversos fatores de risco e de proteção à saúde dos adolescentes das 26 capitais estaduais e do Distrito Federal²¹. Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde, com abrangência nacional e base domiciliar, foi realizada para conhecer a saúde e o estilo de vida da população. No morador adulto selecionado, segundo amostragem probabilística, foram feitas aferições de peso, altura, circunferência da cintura e pressão arterial, bem como coleta de sangue para realização de exames laboratoriais para caracterizar o perfil lipídico, a glicemia, além de coleta de urina visando obter dados de função renal e consumo de sal. De acordo com o planejamento, os resultados serão publicados durante o corrente ano e a pesquisa será repetida a cada 5 anos.

Importante avanço em relação às DCNT foi realizado devido à implantação de políticas efetivas de controle do tabagismo no Brasil^{8,22}. A política de controle do tabagismo adotada no país, em que pese diversas dificuldades enfrentadas, resultou na diminuição significativa da prevalência entre adultos¹¹. O reconhecimento de que a expansão do tabagismo é um problema global, fez com que, em 2003, os países membros das Nações Unidas adotassem unanimemente, durante a 56ª Assembléia Mundial da Saúde, o primeiro tratado internacional de saúde pública: a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). A Convenção-Quadro é um instrumento legal, sob forma de um tratado internacional, no qual os Estados signatários concordam em empreender esforços para circunscrever a epidemia causada pelo tabaco, reconhecida como um problema global com conseqüências graves para a saúde pública. A CQCT entrou em vigor em 27 de fevereiro de 2005. No Brasil, o Congresso Nacional aprovou o texto da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, por meio do Decreto Legislativo n.º 1.012, de 28 de outubro de 2005, e o governo brasileiro ratificou a citada Convenção em 3 de novembro de 2005; assim, ela entrou em vigor no Brasil em 1.º de fevereiro de 2006. Em 2003 foi criada a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ) e, desta forma, oficializado o envolvimento de outros setores do governo no controle do tabagismo. A CONICQ é responsável por articular a implementação da agenda governamental para o cumprimento dos artigos desse tratado. A Comissão é

presidida pelo Ministro da Saúde e reúne representantes de 18 órgãos e ministérios^{23,24}.

Ao longo das últimas décadas, medidas importantes para o controle do tabagismo foram adotadas no país. Salienta-se a proibição da propaganda, promoção e patrocínio de marcas de tabaco, advertências sanitárias com fotos e mensagens rotativas nos maços de cigarros, proibição de descritores enganosos e implantação no Sistema Único de Saúde do tratamento gratuito da dependência de nicotina²³. Em 2011, foi aprovada e sancionada pela presidência da república a Lei 12.546/2011, regulamentada pelo Decreto 8.262/2014, que determinou o aumento progressivo dos impostos sobre os produtos do tabaco, estabeleceu ambientes públicos fechados totalmente livres da fumaça do tabaco e proibiu a publicidade nos pontos de venda²⁵. Apesar de sancionada em 31 de maio de 2014, após mais de dois anos de espera e pressão da sociedade civil organizada, as novas normas somente entrarão em vigor a partir de dezembro de 2014. Até a finalização do presente relatório, o pleito da ACT para ser atendida pelo Ministério da Saúde para discutir a preparação para implementação da lei ainda não havia sido atendido.

Destaque deve ser dado à participação da sociedade civil no processo de implantação de políticas públicas efetivas de controle do tabagismo no Brasil. Inicialmente a REDEH – Rede de Desenvolvimento Humano e, posteriormente, a Aliança de Controle do Tabagismo participaram ativamente das atividades de mobilização e apoio à ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e seus protocolos. Participaram, também, da elaboração e implantação no estado de São Paulo da lei 13541/2009, que proibiu o consumo de quaisquer produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco, em recintos de uso coletivo e criou ambientes livres de tabaco em todo o estado, atuando como exemplo e estímulo para avanços em outros estados e municípios. Vários grupos representantes da sociedade civil interessados no controle do tabagismo desenvolvem atividades de *advocacy* em relação às principais políticas de controle do tabagismo, bem como participam da produção e disseminação pesquisas de opinião, entrevistas e campanhas nos meios de comunicação alinhadas com as melhores práticas.

EUROBSCG CONTEMPORÂNEA

QUEM NÃO FUMA
NÃO É OBRIGADO A FUMAR.

* FONTE: INCA.

QUANDO ALGUÉM ACENDE UM CIGARRO DO SEU LADO, VOCÊ TAMBÉM FUMA. MESMO QUE HAJA UMA JANELA OU VARANDA, QUEM TRABALHA OU CONVIVE COM FUMANTES FUMA O EQUIVALENTE A 10 CIGARROS POR DIA. SÓ NO BRASIL, O CIGARRO MATA PELO MENOS 7 NÃO FUMANTES TODOS OS DIAS.* EXIJA SEUS DIREITOS. EXIJA RESPEITO.

ACT br
Aliança de Controle do Tabagismo

Outros programas e ações implantadas no período merecem destaque como o Programa Academia da Saúde, a revisão da chamada “Lei Seca” (Lei nº 12.760/2012) e a elaboração do Guia Alimentar para a População Brasileira.

O Programa Academia da Saúde é outra iniciativa que deve ser salientada positivamente, mas que ainda carece de ajustes, expansão e avaliação, especialmente após a ampliação de seus objetivos. O objetivo principal do programa é contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de pólos com infraestrutura e profissionais qualificados. A portaria nº 2.681/2013, que redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece que o programa seja um serviço da Atenção Básica e deve promover a articulação com toda a rede de atenção à saúde do SUS, bem como com outros serviços sociais realizados na respectiva região. As atividades desenvolvidas no âmbito do Programa Academia da Saúde seguem os seguintes eixos: práticas corporais e atividades físicas; produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; e mobilização da comunidade^{22,26,27}.



A aprovação da Lei nº 12.760/2012, que alterou o Código de Trânsito Brasileiro e avançou, aumentando em dez vezes o valor multa prevista e instituindo a suspensão do direito de dirigir por doze meses como penalidade para aquele que dirige sob a influência de álcool, assim como avançou na definição da concentração de álcool sujeita às medidas administrativas, bastando que o condutor apresente qualquer concentração de álcool em seu organismo para a aplicação das medidas elencadas na referida lei^{22,28}. Entretanto, as ações fiscalizatórias são insuficientes, variando enormemente entre os estados, fazendo com que o impacto na lei seja enfraquecido.

A revisão do documento O Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado em 2006 e revisado em 2014, merece destaque não somente por seu processo participativo, mas também por apresentar de forma clara e acessível as opções de alimentação saudável para a população brasileira segundo as diversas regiões do país. Apresenta, também, os obstáculos que podem dificultar a adoção pelos brasileiros das recomendações apresentadas guia. Salientamos aqui alguns dos obstáculos apontados: pouca disponibilidade de informações confiáveis sobre alimentação, a nem sempre suficiente oferta de alimentos frescos, a relação entre o custo e a qualidade da alimentação e a exposição incessante da população, em particular crianças e adolescentes, à publicidade de produtos prontos para consumo e ultraprocessados.

6 Desafios e lacunas: a perspectiva da sociedade civil

Embora o Brasil tenha feito importantes progressos no que se refere à implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, várias estratégias não avançaram conforme o desejado.

Ainda que o balanço das ações realizadas esteja sendo realizado, tanto em reuniões interministeriais, como em reuniões com o Grupo técnico de Monitoramento do Plano de DCTN, composto por representantes de diversas secretarias, institutos e agências governamentais; bem como a discussão incluía a participação de representantes dada sociedade civil organizada e universidades, é fundamental destacar a necessidade de intensificação da participação da sociedade civil no processo de avaliação das ações.

A efetiva participação de representantes da sociedade civil na avaliação da implantação das ações nos diversos níveis de governo, nos espaços formalmente instituídos como os conselhos e as conferências de saúde, é fundamental para

o avanço do processo de institucionalização no Sistema Único de Saúde e participação popular. Os conselhos existem em todos os níveis do sistema e são responsáveis por deliberar sobre as prioridades da política de saúde, aprovar o plano de saúde, o orçamento, bem como por acompanhar a execução e avaliar os serviços. Já as Conferências de Saúde acontecem periodicamente a cada quatro anos com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor a inclusão de temas na agenda pública. Tanto os Conselhos quanto as Conferências de Saúde são compostos paritariamente por representantes da sociedade civil e representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais da saúde.

Ainda que o plano nacional de enfrentamento das DCNT tenha sido apresentado como uma prioridade de governo e exista o entendimento que para o seu sucesso é essencial a participação dos diversos ministérios, secretarias e agências governamentais. Observa-se necessidade de incrementar a articulação intersetorial, especialmente no que refere ao orçamento, que segue sendo setorial. A inserção do tema nas agendas dos diversos ministérios, bem como a sensibilização dos vários conselhos das políticas sociais, é de grande importância para o avanço no enfrentamento do problema pelo país.

Outro ponto que segue sendo um desafio é a estratégia do plano nacional de estabelecer acordos voluntários com a indústria da alimentação. Entre eles, cita-se o termo de compromisso entre o governo nacional e a indústria de alimentação para a redução do teor de sódio nos alimentos processados^{4,29}. A reformulação voluntária dos alimentos processados, ainda que as partes cumpram o acordado, pode produzir efeito negativo, como por exemplo, a propaganda e a disseminação da mensagem equivocada de que estes alimentos são saudáveis por terem seu teor de sódio reduzido. Outro ponto negativo associado a esta estratégia é que a reformulação voluntária, aplicada somente a alguns produtos e empresas, pode levar a uma diferenciação de preços entre eles, fazendo com que os produtos não reformulados, mais baratos, sejam consumidos em sua maioria pela população com menor poder aquisitivo, contribuindo para aumentar as iniquidades na saúde.

O Brasil já teve experiência semelhante em relação à indústria do tabaco que desenvolveu cigarros com “baixo teor de alcatrão”, “light”, “ultra-light” e “suave” e explorou uma estratégia de marketing enganosa, criando a falsa percepção de que estes produtos eram menos nocivos à saúde e seu uso mais seguro, embora seja sabido que o consumo de cigarros de baixos teores não reduz os riscos de adoecimento e morte entre seus consumidores. No Brasil, a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA nº 46 de 2001 proibiu o uso dos termos “light”, “suave”, “baixos teores” e similares, nas marcas de cigarros comercializados no país³⁰.

Em relação ao consumo nocivo de álcool, várias ações promissoras propostas no plano nacional necessitam ser incrementadas, a saber: intensificar as ações fiscalizatórias em relação ao uso de álcool e direção motorizada; apoiar iniciativas locais de legislação específica em relação a controle de pontos de venda de álcool e horário noturno de fechamento de bares e outros pontos correlatos de comércio; aumentar os impostos sobre bebidas alcoólicas e apoiar os projetos de lei que regulamentam a publicidade e a propaganda de bebidas alcoólicas.

A regulamentação da publicidade, promoção e patrocínio dos produtos que funcionam como fatores de risco para as DCNTs é um grande desafio que necessita ser enfrentado para o efetivo avanço do plano nacional, especialmente em relação à propaganda de bebidas alcoólica e a propaganda de alimentos ultraprocessados. Iniciativa promissora é a resolução nº 163 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), recentemente publicada, que considera abusiva toda e qualquer publicidade ou comunicação mercadológica dirigidas ao público infantil com menos de 12 anos.

É imprescindível que além do incremento das ações regulatórias de publicidade e propaganda de bebidas alcoólicas, a cerveja seja incluída na definição de bebida alcoólica. Atualmente, segundo o sistema de classificação indicativa do Ministério da Justiça, as emissoras de TV somente podem veicular programas identificados como inadequados para menores de 18 anos, depois das 23h. Entretanto, a restrição somente se aplica às bebidas cujo teor alcoólico seja

superior a 13° *Gay-Lussac*, o que deixa de fora as cervejas.

No que se refere ao tabaco, embora a Lei 12.546/2011, regulamentada pelo decreto 8.262/2014, proíba a propaganda dos produtos de tabaco nos pontos de venda, o que significou um importante avanço na legislação nacional, ainda é permitida no país a exposição das embalagens nos pontos de venda²⁵, principal veículo de comunicação com o público jovem. Cada vez mais elaboradas e sofisticadas, as embalagens de cigarros são posicionadas em locais de grande visibilidade nos pontos de venda, em geral próximos a chicletes, balas e chocolates. A colocação das embalagens de cigarros em armários fechados ou sob os balcões, não visíveis, e a adoção do maço padronizado protegem as crianças e adolescentes do marketing da indústria do tabaco³¹. O maço padronizado significa que todas as embalagens de cigarros e outros produtos do tabaco sejam iguais, em termos de forma, tamanho, modo de abertura, cor e fonte e sejam livres de design e logomarcas, permanecendo somente o nome da marca padronizado, selos da receita federal e as advertências sanitárias.

Ainda que a elaboração do Programa Saúde na Escola tenha sido um avanço para a promoção da atividade física, é necessário pontuar a necessidade de expansão do programa e aumento do número de municípios com pólos implantados. Várias outras ações para promover a atividade física propostas no plano nacional necessitam ser incrementadas, entre elas: reformulação dos espaços urbanos, tornando-os mais saudáveis, com destaque para a implantação do Programa Nacional de calçadas saudáveis, construção e reativação de ciclovias, parques, praças e pistas de caminhadas, implantação em todos os municípios do Programa Saúde na Escola, incentivando ações de promoção da saúde e de hábitos saudáveis nas escolas (como as cantinas saudáveis); reformulação de espaços físicos visando à prática de aulas regulares de educação física; e prática de atividade física no contraturno (programa Segundo Tempo)⁴.

Entre as ações que não avançaram conforme o desejado está a elaboração da estratégia de comunicação dos temas de promoção da saúde, prevenção de DCNT e seus fatores de risco. Deve-se mencionar que uma das ações previstas era a inserção de conteúdos relativos ao modo de vida saudável e à promoção da saúde na comunicação da Copa do Mundo da FIFA Brasil 2014⁴. Entretanto, o que efetivamente se viu, foi uma abrangente estratégia de marketing da indústria do álcool, com destaque para a intensificação dos comerciais de televisão que associam a Copa do Mundo ao consumo de cerveja, especialmente durante a transmissão das partidas de futebol, as quais têm grande audiência de crianças e adolescentes. Além disto, a presidente da República sancionou a Lei Geral da Copa, permitindo a venda de cerveja nos estádios durante o torneio, o que já era proibido no país desde 2008.

7 Chamado à ação

O presente chamado à ação busca estimular a intensificação dos esforços dos atores governamentais e setores relevantes da sociedade para o enfrentamento dos principais desafios nacionais em relação às doenças crônicas não transmissíveis, segundo a avaliação da sociedade civil organizada.

Apesar de serem múltiplos os desafios para a plena implementação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022, destacam-se alguns pontos críticos, conforme segue.

Ampliar a avaliação da implantação das diretrizes e ações do plano nacional, com base no monitoramento da metas e indicadores, nos espaços onde a participação social está institucionalizada no Sistema Único de Saúde e o controle social garantido e organizado em todos os níveis de gestão.

Os espaços de participação da sociedade civil organizada devem ser mantidos e sua participação ampliada na avaliação da implantação das diretrizes e ações do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022. A efetiva e ampla participação da sociedade civil durante o processo de implantação

do plano nacional é fundamental para a institucionalização e o fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde.

O aprimoramento do processo de participação social no Sistema Único de Saúde, com a capacitação dos conselheiros de saúde para o tema, se faz necessário dado que deliberar acerca das políticas de saúde é uma grande conquista da sociedade brasileira, que necessita ser acompanhada da garantia da efetiva participação no processo de implantação e avaliação, nos espaços formalmente instituídos pela legislação.

Incrementar a articulação com os ministérios, secretarias e agências de governo, bem como com a sociedade civil organizada para a inserção nas agendas de trabalho das ações relacionadas com as políticas públicas para a prevenção e controle das DCNT.

Considerando a magnitude e a complexidade do problema, para o adequado do enfrentamento das DCNT, torna-se fundamental a ampla articulação entre os diferentes setores e níveis de governo, bem como a expansão das parcerias com as sociedades científicas, academia e sociedade civil organizada.

A descentralização das ações de sensibilização dos membros dos conselhos de saúde e dos conselhos das diversas políticas sociais para a inserção do tema nas agendas de trabalho, através de programas de incentivo, é necessária para aumentar a intersectorialidade, bem como mobilizar a população e a mídia.

Salvaguardar as políticas públicas de enfrentamento das DCNTs de interesses comerciais dos setores econômicos que lucram com o consumo de produtos responsáveis pelo agravo dos fatores de risco.

A interferência ocorre sempre que a indústria cria obstáculos a uma política de saúde, impedindo sua elaboração, evitando ou retardando sua completa implantação, e também quando desenvolve estratégias para influenciar os diferentes atores sociais quanto aos seus interesses.

Em relação ao tabaco, partindo do princípio que existe um conflito fundamental e irreconciliável entre os interesses da indústria e os da saúde pública, bem como que a indústria interfere continuamente nas políticas de controle do tabagismo através de estratégias múltiplas, sofisticadas e em constante readaptação; a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco estabelece que os governos devem criar mecanismos abrangentes e eficazes para proteger as políticas públicas dos interesses da indústria do tabaco.

As políticas públicas relativas às doenças crônicas não transmissíveis devem avançar no país com o governo ciente da necessidade de protegê-las dos interesses da indústria, entre elas, destacadamente a regulamentação da publicidade e propaganda de bebidas alcoólicas e dos alimentos ultraprocessados, especialmente aqueles destinados ao público infantil, evitando acordos voluntários.

Também a política fiscal deve avançar sem a interferência da indústria, com aumento dos preços e impostos dos produtos do tabaco, álcool e alimentos ultraprocessados, visando diminuir o consumo.

Desenvolver e implementar estratégias e ações para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis sensíveis às desigualdades sociais da população brasileira, contribuindo para diminuir as iniquidades em saúde.

No Brasil existem desigualdades sociais inaceitáveis no campo da saúde. As desigualdades sociais em saúde são as diferenças de saúde entre grupos de pessoas, que ocorrem em função de sua posição socioeconômica. Caracterizam-se pela distribuição desigual dos fatores de risco para doenças e morte e acesso a bens de serviço de saúde entre grupos populacionais.

As políticas públicas e os serviços de saúde devem considerar estas iniquidades e atuarem para diminuir a vulnerabilidade e a exposição aos fatores de risco, bem como aumentar o acesso aos fatores de proteção para as doenças crônicas não transmissíveis no país.

A presente avaliação da capacidade nacional para o enfrentamento das DCNTs, a partir de uma perspectiva da sociedade civil, além de avaliar criticamente a situação da implantação das ações propostas no Eixo de Promoção da Saúde do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, pretende servir de referência para avaliações futuras e encorajar a sociedade civil organizada a participar amplamente do processo de implantação e monitoramento das estratégias e ações adotadas.

8 Referências

1. General Assembly. Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. United Nations; 2011. [acessado 24 jun. 2014]. Disponível em http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1
2. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. World Health Organization, 2013 [acessado 24 jun. 2014]. Disponível em http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
3. Malta DC, Silva Junior JB. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2013; 22(1):151-164.
4. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Malta DC, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2011; 20(4):425-438.
6. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saúde Pública* 1987; 21:211-24.
7. Laurenti R. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: Anais do 1o Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 1990 set 2-6; Campinas, Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1990. p.143-65.
8. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; 377: 1949–61.
9. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
10. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. [acessado 24 jun. 2014]. Disponível em <http://inpad.org.br/lenad/>
11. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smoker in Brazil (1989-2003). *Bulletin of World Health Organization*. 2007;85:527-34.
12. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria

- de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Tabagismo: 2008. Rio de Janeiro; 2009.
13. Malta DC, Iser BPM, de Sá NNB, Yokota RTC, de Moura L, Claro RM, da Luz MG, Bernal RIT. Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do VIGITEL, 2006 a 2011. *Cad. Saúde Pública* 2013, 29(4):812-822.
 14. Costa e Silva VL, Biz Aline, Waltenberg F, Figueiredo VC, Iglesias R. Impostos sobre o tabaco e políticas para o controle do tabagismo no Brasil, México e Uruguai. *Jornada internacional sobre impostos, preços e políticas de controle do tabaco: Brasil, México e Uruguai*. 2014.
 15. Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegón M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007;(370):1929-1938.
 16. Pinto MT, Carga das doenças tabaco-relacionadas para o Brasil. Relatório Final. Aliança de Controle para o Tabagismo (ACTbr), 2012.
 17. Pinto MT, Ugá MAD. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(6); 1234-1245.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.
 19. Malta DC, Castro AM. Avanços e desafios na implementação da política nacional de promoção da saúde. *B. Téc. Senac* 2009:63-69.
 20. Moura EC, Moraes Neto OL; Malta DC, Moura L, Silva NN, Bernal R, Claro RM, Monteiro CA. Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico na capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. *Rev. Bra. Epidemiol.* 2008;11: 20:37.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80.
 22. Malta DC, Dimech CPN, Moura L, Silva Junior JB. Balanço do primeiro ano da implantação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2013; 22(1):171-178.
 23. Iglesias R, Jhab P, Pinto M, da Costa e Silva VL, Godinho J. Controle do tabagismo no Brasil. Washington, DC; 2007. (Documento de Discussão: saúde, nutrição e população).
 24. World Health Organization. Framework convention on tobacco control. Geneva; 2003.
 25. Brasil. Lei Nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011 [acessado 24 jun. 2014]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12546.htm
 26. Ministério da Saúde. Portaria Nº 719, de 7 de abril de 2012 [acessado 24 jun. 2014]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0719_07_04_2011.html
 27. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 [acessado 24 jun. 2014]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html
 28. Brasil. Lei Nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012 [acessado 24 jun. 2014]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12760.htm

29. Nilson EAF, Jaime PC, Resende DO. Iniciativas desenvolvidas no Brasil para a redução do teor de sódio em alimentos processados. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 32(4): 287-922.
30. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução Nº 46, de 28 de março de 2001. [acessado 24 jun. 2014]. Disponível em http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/7ce59880474586e39068d43fbc4c6735/Resolu%C3%A7%C3%A3o+RDC+46_Teores+e+embalagem_28Mar01.pdf?MOD=AJPERES
31. Pantani D, Pinsky I, Monteiro A. Publicidade de tabaco no ponto de venda. São Paulo : Ed. do Autor, 2011.

9 Anexos

Anexo 1 Metodologia

Para elaboração do relatório e o preenchimento do *Benchmarking Exercise* foram utilizadas diferentes fontes de informações, incluindo a análise de documentos, revisão bibliográfica sobre o tema e entrevistas com especialistas, atuantes em diferentes setores da sociedade, a saber: organização não governamental, governo e universidade.

Um grupo de doze especialistas nacionais em controle do tabagismo, consumo de álcool, atividade física e alimentação foram entrevistados, com base em um questionário semi-estruturado, e estimulados a avaliar criticamente a situação da implantação das ações propostas no Eixo de Promoção da Saúde do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022.

Quadro 1 – Especialistas entrevistados e respectivas instituições

Especialistas entrevistados	Instituição
Ana Cecilia Marques	Associação Brasileira de Estudo do Álcool e outras Drogas (ABEAD)
Ana Maria Menezes	Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)
Carlos Augusto Monteiro	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP)
Deborah Carvalho Malta	Secretaria de Vigilância em Saúde (CGDANT/SVS/MS)
Fábio Gomes	Instituto Nacional do Câncer (INCA)
Lenildo Moura	Organização Pan-americana da Saúde (OPAS)
Leoni Margarida Simm	Associação Brasileira dos Portadores de Câncer (AMUCC)
Paula Johns	Aliança de Controle do Tabagismo (ACT)
Pedro Curi Hallal	Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)
Ricardo Oliveira	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
Ronaldo Laranjeira	Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Vera Luiza da Costa e Silva	Centro Estudos sobre Tabaco e Saúde (CETAB/Fiocruz)

Anexo 2 Aumentar a priorização das Doenças Crônicas Não Transmissíveis através da cooperação e apoio internacional

O exercício de aferição - *Benchmarking Exercise* - visa avaliar a capacidade nacional para o enfrentamento das DCNT, a partir de uma perspectiva da sociedade civil. Foi elaborado com a intenção de complementar às avaliações do governo nacional, bem como o monitoramento da OMS. Inclui questões sobre a capacidade de resposta nacional que não são refletidas nos relatórios oficiais do governo.

Através de uma ferramenta padronizada foram avaliadas questões referentes às seguintes sessões: aumentar prioridade das DCNT por meio da cooperação e apoio internacional, fortalecendo a capacidade nacional, ação multissetorial e parcerias para as DCNTs, reduzir os fatores de risco e os determinantes sociais das DCNTs, fortalecer e reorientar o sistema de saúde para tratar as DCNTs, promover a capacidade nacional de pesquisa e desenvolvimento em DCNT e monitorar e avaliar o progresso em relação às DCNTs.

Especificamente em relação à seção que trata da priorização das DCNTs no país, é importante destacar que a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis, além de constituírem um plano nacional específico, fazem parte do Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011–2015, com objetivo estratégico monitorado regularmente, a saber: garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção e prevenção.

Especificamente em relação ao Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, o governo, através da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, realiza anualmente seminário nacional para o monitoramento e avaliação do plano nacional. A sociedade civil organizada, incluindo organização não governamental que representa indivíduos que vivem com DCNT, participou da elaboração do plano, bem como participa das reuniões anuais de monitoramento e do Grupo Técnico Assessor de DCNT.

Anexo 3 Apresentação resumida das ações segundo fator de risco e principais estratégias propostas no Eixo de Promoção da Saúde (Eixo II) do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022.

Inatividade física

Apresentação resumida das ações:

- I. Programa Academia da Saúde: Construção de espaços saudáveis que promovam ações de promoção da saúde e estimulem a atividade física/práticas corporais, em articulação com a Atenção Primária à Saúde.
- II. Programa Saúde na Escola: Implantação em todos os municípios, incentivando ações de promoção da saúde e de hábitos saudáveis nas escolas (como as cantinas saudáveis); reformulação de espaços físicos visando à prática de aulas regulares de educação física; e prática de atividade física no contraturno (programa Segundo Tempo).
- III. Praças do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC): Fortalecimento da construção das praças do PAC dentro do Eixo Comunidade Cidadã, além de busca pela cobertura de todas as faixas etárias. Essas praças integram atividades e serviços culturais, práticas esportivas e de lazer, formação e qualificação para o mercado de trabalho, serviços socioassistenciais e políticas de prevenção à violência e de inclusão digital.
- IV. Reformulação de espaços urbanos saudáveis: Criação do Programa nacional de Calçadas Saudáveis e construção e reativação de ciclovias, parques, praças e pistas de caminhadas.
- V. Campanhas de comunicação: Criação de campanhas que incentivem a prática de atividade física e hábitos saudáveis, articulando com grandes eventos, como a Copa do Mundo de Futebol e as Olimpíadas.

Alimentação não saudável

Apresentação resumida das ações:

- I. Escolas: Promoção de ações de alimentação saudável no Programa Nacional de Alimentação Escolar.
- II. Aumento da oferta de alimentos saudáveis: Estabelecimento de parcerias e acordos com a sociedade civil (agricultores familiares, pequenas associações e outros) para o aumento da produção e da oferta de alimentos in natura, tendo em vista o acesso à alimentação adequada e saudável. Apoio a iniciativas intersetoriais para o aumento da oferta de alimentos básicos e minimamente processados, no contexto da produção, do abastecimento e do consumo.
- III. Acordos com a indústria para redução do sal e do açúcar: Estabelecimento de acordo com o setor produtivo e parceria com a sociedade civil, com vistas à prevenção de DCNT e à promoção da saúde, para a redução do sal e do açúcar nos alimentos, buscando avanços no campo da alimentação mais saudável.
- IV. Redução dos preços dos alimentos saudáveis: Proposição e fomento à adoção de medidas fiscais, tais como redução de impostos, taxas e subsídios, objetivando reduzir os preços dos alimentos saudáveis (frutas, hortaliças), a fim de estimular o seu consumo.
- V. Plano Intersetorial de Obesidade: Implantação do Plano Intersetorial de Obesidade, com vistas à redução da obesidade na infância e na adolescência.

Tabagismo e Álcool

Apresentação resumida das ações:

- I. Adequação da legislação nacional que regula o ato de fumar em recintos coletivos.
- II. Ampliação das ações de prevenção e de cessação do tabagismo, com atenção especial aos grupos mais vulneráveis (jovens, mulheres, população de menor renda e escolaridade, indígenas, quilombolas).
- III. Fortalecimento da implementação da política de preços e de aumento de impostos dos produtos derivados do tabaco e álcool, com o objetivo de reduzir o consumo, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).
- IV. Apoio à intensificação de ações fiscalizatórias em relação à venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos.
- V. Fortalecimento, no Programa Saúde na Escola (PSE), das ações educativas voltadas à prevenção e à redução do uso de álcool e do tabaco.
- VI. Apoio a iniciativas locais de legislação específica em relação ao controle de pontos de venda de álcool e horário noturno de fechamento de bares e outros pontos correlatos de comércio.

Envelhecimento

Apresentação resumida das ações:

- I. Implantação de um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo, favorecendo ações de promoção da saúde, prevenção e atenção integral.

- II. Incentivo aos idosos para a prática da atividade física regular no programa Academia da Saúde.
- III. Capacitação das equipes de profissionais da Atenção Primária em Saúde para o atendimento, acolhimento e cuidado da pessoa idosa e de pessoas com condições crônicas.
- IV. Incentivar a ampliação da autonomia e independência para o autocuidado e o uso racional de medicamentos.
- V. Criar programas para formação do cuidador de pessoa idosa e de pessoa com condições crônicas na comunidade.
- VI. Apoio à estratégia de promoção do envelhecimento ativo na saúde suplementar.

Estratégias

Estratégia 1: Garantir o comprometimento dos ministérios e das Secretarias relacionados às ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT

Ações:

1. Estabelecer e fortalecer parcerias com os Ministérios e Secretarias (Saúde, Educação, Cidades, Esportes, Desenvolvimento Agrário, Desenvolvimento Social, Meio Ambiente, Agricultura (Embrapa), Trabalho, Planejamento e Secretaria Especial de Direitos Humanos) para o enfrentamento dos determinantes socioambientais das DCNT e para a promoção de comportamentos saudáveis.
2. Formular e implementar o Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, em conjunto com os setores representados na Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan).
3. Promover atividades físicas/práticas corporais para pessoas idosas por meio de parceria entre Ministério da Saúde, Ministério do Esporte e Secretaria Especial de Direitos Humanos.
4. Promover atividades físicas/práticas corporais voltadas para as crianças e os jovens, em parceria com o MEC e o MS, em cumprimento às diretrizes da Lei de Diretrizes e Bases, a qual determina a realização de duas aulas de educação física por semana nas escolas; ampliar, pela parceria ME, MEC e MS, as ações de práticas corporais, esportivas e de atividade física no contraturno por meio do programa Segundo Tempo.
5. Desenvolver, em articulação com o MEC, ações do componente de promoção da saúde do Programa Saúde na Escola, voltadas para alimentação saudável, práticas corporais, esportivas e atividade física, prevenção de álcool, drogas e tabaco.
6. Articular as ações de promoção da alimentação e modos de vida saudáveis direcionadas às famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, no acompanhamento das condicionalidades das famílias.
7. Ampliar espaços e equipamentos de esporte e lazer, como as Praças da Juventude, as Praças do Esporte e da Cultura e as Academias da Saúde, enquanto ambientes saudáveis e sustentáveis que promovam práticas corporais, esportivas e de atividade física e de saúde ao longo do curso da vida.
8. Formalizar mecanismos de apoio gerencial intersetorial do Plano de ações estratégicas das DCNT e estímulo à promoção da saúde.
9. Fortalecer culturas alimentares locais visando à promoção da saúde por meio de parcerias com os Pontos de Cultura do Ministério da Cultura.
10. Potencializar as ações da Rede Cultura e Saúde, acordo entre MS e MinC, para ampliar e qualificar os processos de

promoção de saúde e os diálogos entre as redes de saúde e os equipamentos culturais.

11. Potencializar a parceira esporte, lazer e saúde, com acordo entre ME e MS, nos processos de promoção de saúde, via práticas corporais, esportivas e de atividade física.

Estratégia 2: Realizar ações de advocacy para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.

Ações:

1. Sensibilizar os membros do Conselho Nacional, Estadual e Municipal de Saúde para a inserção do tema da promoção da saúde nas agendas nacional, estaduais e municipais.
2. Articular parcerias com sociedades científicas, profissionais e sociedade civil organizada para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de DCNT.
3. Incentivar os formadores de opinião e participantes de redes sociais para a difusão do tema da prevenção de DCNT e da promoção de modos de vida saudável.
4. Fortalecer o controle social para proteger as políticas de saúde relacionadas à melhoria da alimentação saudável (Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Alimentação e Nutrição e Política Nacional de Alimentação Escolar) e ao controle do tabaco.
5. Apoiar projeto de lei federal que vise à total proibição do ato de fumar em recintos coletivos fechados e a outros temas relacionados ao controle do tabaco.
6. Sensibilizar os vários conselhos das diversas políticas sociais para o tema da promoção da saúde (Consea, Conanda, Conselho Nacional de Cultura, Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, Conselho do Meio Ambiente e outros).
7. Apoio a iniciativas de autorregulamentação das ações de publicidade de alimentos.
8. Mobilizar e sensibilizar setores sociais e a mídia para a importância do envelhecimento ativo e da inclusão social do idoso.
9. Fomentar a participação da sociedade civil organizada na implementação da CQCT no Brasil.
10. Apoiar a participação da sociedade civil organizada de interesse público na defesa da regulação da publicidade de alimentos, tabaco e álcool.
11. Articular, junto ao Congresso Nacional, o apoio aos projetos de promoção da saúde e hábitos saudáveis.
12. Apoio à aprovação de leis no Congresso Nacional que visem à regulamentação da publicidade e alimentos na infância.

Estratégia 3: Estabelecer acordo com setor produtivo e parceria com a sociedade civil para a prevenção de DCNT e a promoção da saúde, respeitando o artigo 5.3 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (decreto nº 5.658/2006) e suas diretrizes.

Ações:

1. Estabelecer acordos com a indústria e definir metas para reformulação de alimentos processados, tais como a redução do teor de sódio, gorduras e açúcares.

2. Implementar ações de promoção da saúde no ambiente de trabalho no setor produtivo, por meio de realização de parcerias para construção de ambientes saudáveis.
3. Divulgar e monitorar os acordos e parcerias com o setor privado e a sociedade civil para alcançar as Metas nacionais propostas de redução de sal, gordura trans, açúcar e outros.
4. Estabelecer acordos com o setor produtivo para implantação de programas de atividade física como Academia da Saúde e outros.
5. Fortalecer os programas de alimentação saudável no ambiente de trabalho.
6. Estabelecer parcerias com Sistema S, Petrobras, centrais sindicais e outros para fortalecer as ações de promoção da saúde no ambiente de trabalho.
7. Estabelecer parcerias e acordos com a sociedade civil (agricultores familiares, pequenas associações e outros) para o aumento da produção e para a oferta de alimentos in natura.
8. Estimular o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de DCNT no setor de saúde suplementar.
9. Pactuar com os setores sociais um código de ética e conduta na relação público-privada para as ações de promoção da saúde/prevenção DCNT.

Estratégia 4: Criar estratégia de comunicação com os temas de promoção da saúde, prevenção de DCNT e seus fatores de risco e promoção de modos de vida saudáveis.

Ações:

1. Desenvolver estratégias de marketing social para a promoção de modos de vida saudável em nível nacional e local, articuladas com Secom/PR, Ascom e Nucom/MS e outras parcerias.
2. Planejar, de forma intersetorial, campanhas educativas e educação permanente de promoção e de prevenção de DCNT em todo o território nacional e monitorar sua efetividade.
3. Capacitar as assessorias de comunicação dos Ministérios e das agências reguladoras na divulgação, nos megaeventos esportivos e de informações sobre modos de vida saudáveis.
4. Implementar o Plano de Comunicação em Saúde para difusão de informações sobre práticas de promoção da saúde e de prevenção de DCNT, diversificando as mídias e os públicos-alvo.
5. Divulgar programas sobre promoção da saúde na web, nas mídias locais e espontâneas, nas rádios, nas televisões públicas e nos canais abertos de TV.
6. Fomentar pesquisas para subsidiar ações para grupos especiais de maior vulnerabilidade para DCNT.
7. Desenvolver e implementar metodologias e estratégias de educação e de comunicação de risco sobre os agravos decorrentes da exposição humana aos contaminantes ambientais, em especial, os agrotóxicos.
8. Inserir, nos temas de comunicação da Copa e das Olimpíadas, conteúdos relativos aos modos de vida saudável e à promoção da saúde.
9. Realizar campanhas de sensibilização de profissionais, de agentes do Sisan e da população para o preparo e o consumo de produtos alimentares regionais, da sociobiodiversidade, agroecológico e de maior valor nutritivo.

Estratégia 5: Implantar ações de promoção de atividade física/esporte/práticas corporais e modos de vida saudáveis para a população, em parceria com o ministério do Esporte (Programa Academia da Saúde, Vida Saudável e outros).

Ações:

1. Financiar a implantação e adequação de áreas físicas para o Programa Academia da Saúde, com a devida previsão de utilização desses espaços, inclusive com orientação profissional.
2. Financiar a manutenção do Programa Academia da Saúde.
3. Articular, com outros setores do governo, a implantação de programa de orientação a práticas corporais/atividade física em espaços públicos de lazer existentes e a serem construídos.
4. Capacitar e aprimorar recursos humanos e logísticos para o Programa Academia da Saúde.
5. Realizar campanha de comunicação e educação para a promoção de saúde via práticas corporais/atividade física.
6. Incentivar ações de práticas integrativas no Programa Academia da Saúde, Esporte e Lazer da Cidade, Praças da Juventude e Praças do Esporte e da Cultura.
7. Criar estratégias de promoção de vida saudável, pelo estímulo à atividade física/práticas corporais, vinculadas à preparação da Copa do Mundo e das Olimpíadas.

Estratégia 6: Estimular a construção de espaços urbanos ambientalmente sustentáveis e Saudáveis.

Ações:

1. Articular com os Ministérios das Cidades, Educação, Esporte e Defesa para a construção do Plano Nacional de Transporte Ativo e Saudável, na perspectiva da segurança pública e do trânsito, da iluminação pública, da mobilidade e da acessibilidade.
2. Articular, junto ao BNDES e ao Ministério das Cidades, recursos para implementação de um Programa Nacional de Calçadas Saudáveis e construção ou reativação de ciclovias, parques, praças e pistas de caminhadas, integradas às políticas implementadas pelo Ministério do Esporte.
3. Sugerir, no Plano Diretor das Cidades, a previsão de estruturas que garantam organização e segurança na guarda de equipamentos particulares, como bicicletário, para favorecer o uso de transporte ativo, no lazer e no deslocamento para o trabalho.
4. Propor ao Ministério das Cidades a abertura de editais para construção de estruturas que favoreçam a prática do esporte, do lazer e da atividade física nos municípios, com políticas de utilização desses espaços.
5. Ampliar espaços e equipamentos de esporte e lazer, como as Praças da Juventude, as Praças do Esporte e da Cultura e as Academias da Saúde, enquanto ambientes saudáveis e sustentáveis que promovam práticas corporais/atividade física e de saúde ao longo do curso da vida.
6. Articular a construção de praças do PAC como um equipamento que integra atividades e serviços culturais, práticas esportivas e de lazer, formação e qualificação para o mercado de trabalho, serviços socioassistenciais, políticas de saúde e prevenção à violência e de inclusão digital, oferecendo cobertura a todas as faixas etárias.

Estratégia 7: Ampliar e fortalecer as ações de alimentação saudável.

Ações:

1. Implementar os guias alimentares para fomentar, em todos os ciclos da vida, escolhas saudáveis relacionadas à alimentação.
2. Apoiar a implementação dos parâmetros nutricionais do Programa de Alimentação do Trabalhador, com foco na alimentação saudável e na prevenção de DCNT no ambiente de trabalho.
3. Promover a aquisição de alimentos saudáveis para o Programa Nacional de Alimentação Escolar, de forma a respeitar as diferenças biológicas entre faixas etárias e condições alimentares que necessitem de atenção especializada.
4. Articular ações de capacitação e de educação permanente dos profissionais de saúde, em especial na Atenção Primária em Saúde, com foco na promoção da alimentação saudável.
5. Formular a orientação técnica para a aquisição dos alimentos oriundos da agricultura familiar, conforme o Art. 14 da Lei nº 11.947/2009 – Atendimento da Alimentação Escolar.
6. Promover ações de educação alimentar e nutricional e de ambiente alimentar saudável nas escolas, no contexto do Programa Saúde na Escola.
7. Elaborar e implementar programas de educação alimentar e de nutrição, articulando diferentes setores da sociedade.
8. Fortalecer a promoção da alimentação saudável na infância, por meio da expansão das redes de promoção da alimentação saudável voltadas às crianças menores de dois anos (Rede Amamenta Brasil e Estratégia Nacional de Alimentação Complementar Saudável).
9. Fortalecer o projeto Educavisa como estratégia de promoção da alimentação saudável.
10. Elaborar Guia de Boas Práticas Nutricionais para Alimentação Fora de Casa, destinado a orientar pequenos comércios e serviços sobre o preparo e a oferta adequada e saudável dos alimentos oferecidos para refeições de rua.
11. Estimular o consumo de alimentos saudáveis, como frutas, legumes e verduras e outros.
12. Ordenar e fomentar a agricultura familiar, visando ao aumento da produção e oferta de alimentos (pescados e algas) para uma alimentação saudável.
13. Estimular a produção de alimentos de bases limpas (orgânicos, agroecológicos etc.), em articulação com os programas facilitadores da produção de alimentos saudáveis do Ministério do Desenvolvimento Agrário.
14. Criar protocolo de ações de educação alimentar e nutricional para as famílias beneficiárias dos programas socioassistenciais, integrando redes e equipamentos públicos e instituições que compõem o Sisvan.

Estratégia 8: Ações de regulamentação para promoção da saúde

Ações:

1. Propor a revisão do Decreto-Lei nº 986/1969, que trata da defesa e da proteção da saúde individual ou coletiva, no tocante a alimentos, desde a sua obtenção até o seu consumo.

2. Revisar e aprimorar as normas de rotulagem de alimentos embalados, atendendo a critérios de legibilidade e visibilidade, facilitando a compreensão pelo consumidor.
3. Propor e fomentar a adoção de medidas fiscais tais como: redução de impostos, taxas e subsídios, visando à redução de preços dos alimentos saudáveis (frutas, hortaliças), a fim de estimular o seu consumo.
4. Fortalecer a regulamentação da publicidade de alimentos na infância.
5. Fortalecer a regulamentação da publicidade de alimentos e bebidas não alcoólicas.
6. Apoiar a inclusão de alertas sobre riscos à saúde, a qualquer tipo de publicidade destinada à promoção de alimentos processados, conforme regulamento específico.
7. Monitorar a implementação da regulação da publicidade de alimentos.
8. Apoiar a regulamentação da publicidade de substâncias químicas, incluir advertências sobre os riscos à saúde, controlar a exposição e alcançar o banimento do amianto.
9. Fortalecer mecanismos intersetoriais de apoio a iniciativas de regulação de publicidade de alimentos, que são alvo de ações judiciais.
10. Estimular a regulamentação do fornecimento de alimentos e refeições para o setor público e privado, tais como restaurantes universitários, repartições públicas, ambientes de trabalho e outros, a fim de garantir o alcance das recomendações sobre alimentação saudável.
11. Fomentar iniciativas intersetoriais para a regulação e o controle da qualidade e inocuidade dos recursos pesqueiros destinados à alimentação humana.
12. Propor medidas fiscais como redução de impostos, taxas e subsídios, a fim de reduzir o preço de alimentos saudáveis (pescados e algas), estimulando, assim, o seu consumo.

Estratégia 9: Avançar nas ações de implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT decreto nº 5.658/2006

Ações:

1. Fortalecer mecanismo de governança intersetorial da Política Nacional de Controle do Tabaco (Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CONICQ) e da governança setorial da implementação das ações da CQCT na agenda de saúde, em consonância com o Art. 19 e cumprindo as diretrizes do Art. 5.3.
2. Adequar a legislação nacional que regula o ato de fumar em recintos coletivos, em consonância com a diretriz da CQCT que estabelece o banimento do fumo em ambientes coletivos fechados, bem como com a legislação referente aos produtos derivados do tabaco (propaganda, rotulagem e outros).
3. Ampliar as ações de prevenção e de cessação do tabagismo em toda população, com atenção especial aos grupos mais vulneráveis (jovens, mulheres, população de menor renda e escolaridade, indígenas e quilombolas).
4. Fortalecer a implementação da política de preços e de aumento de impostos dos produtos derivados do tabaco com o objetivo de reduzir o consumo.
5. Fortalecer mecanismos intersetoriais para combate ao mercado ilegal de produtos derivados do tabaco e ratificar

o protocolo sobre a eliminação de mercado ilícito de produtos derivados do tabaco.

6. Fortalecer a regulação dos produtos derivados do tabaco.
7. Fortalecer a integração do setor saúde e demais setores governamentais com o Programa Nacional de Diversificação em áreas cultivadas com o tabaco (MDA), visando à ampliação da cobertura desse programa.
8. Monitorar, avaliar e desenvolver pesquisas para subsidiar a implementação da CQCT no Brasil.
9. Participar dos mecanismos de cooperação internacional relacionados à implementação da CQCT no Brasil.
10. Monitorar as estratégias da indústria do tabaco que visam restringir a adoção das medidas da CQCT, inclusive no âmbito do Judiciário.
11. Fortalecer ações de promoção da saúde junto aos escolares por meio da parceria MS/MEC (Programa Saúde na Escola).

Estratégia 10: Articular ações para prevenção e para o controle da obesidade.

Ações:

1. Fomentar a vigilância alimentar e nutricional por meio da realização de pesquisas e/ou inquéritos populacionais sobre prevalência de sobrepeso, obesidade e fatores associados.
2. Estimular o hábito de práticas corporais/atividade física no cotidiano e ao longo do curso da vida.
3. Apoiar iniciativas intersetoriais para o aumento da oferta de alimentos básicos e minimamente processados no contexto da produção, abastecimento e consumo.
4. Apoiar iniciativas intersetoriais de comunicação social, educação e advocacy para adoção de modos de vida saudáveis.
5. Apoiar iniciativas intersetoriais para a promoção de modos de vida saudáveis nos territórios, considerando espaços urbanos (como escola, ambiente de trabalho, equipamentos públicos de alimentação e nutrição, atividade física e redes de saúde e socioassistencial) e espaços rurais (como unidades de conservação e parques nacionais).
6. Estruturar e implementar modelos de atenção integral à saúde do portador de excesso de peso/obesidade na rede de saúde, em especial na atenção primária.
7. Fomentar iniciativas intersetoriais para a regulação e o controle da qualidade e inocuidade de alimentos.
8. Propor e fomentar iniciativas intersetoriais para a adoção de medidas fiscais tais como taxas, subsídios e tributação simplificada, com vistas a estimular o consumo de alimentos saudáveis, como frutas e hortaliças.

Estratégia 11: Fortalecer ações de promoção à saúde e prevenção do uso prejudicial do álcool.

Ações:

1. Apoiar a intensificação de ações fiscalizadoras e comércio ilegal em relação à venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos.
2. Apoiar a intensificação de ações fiscalizatórias em relação ao uso de álcool e direção motorizada.

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

Estratégia 12: Implantação de um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo.

Ações:

1. Fortalecer ações de promoção de envelhecimento ativo e saudável na Atenção Primária à Saúde.
2. Apoiar as estratégias de promoção de envelhecimento ativo na área de saúde suplementar.
3. Adequar as estruturas dos pontos de atenção da rede para melhorar a acessibilidade e o acolhimento aos idosos.
4. Ampliar e garantir o acesso com qualidade à tecnologia assistida e a serviços para pessoas idosas e com condições crônicas.
5. Promover a ampliação do grau de autonomia, da independência para o autocuidado e do uso racional de medicamentos em idosos.
6. Organizar as linhas de cuidado para as condições crônicas prioritárias e idosos frágeis, ampliando o acesso com qualidade.
7. Ampliar a formação continuada dos profissionais de saúde para o atendimento, acolhimento e cuidado da pessoa idosa e de pessoas com condições crônicas.
8. Fortalecer e expandir a formação do cuidador da pessoa idosa e com condições crônicas na comunidade.