

# Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil



**Relatório da sociedade civil  
sobre a evolução dos indicadores  
de prevalência dos principais  
fatores de risco e de proteção**

## **Relatório da Sociedade Civil sobre a Situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil**

**Coordenação:** Mônica Andreis e Laura Cury

**Colaboração:** Paula Johns, Marília Albiero, Bruna Hassan e Ana Luiza Curi Hallal

**Revisão e edição:** Anna Monteiro

**Projeto gráfico:** Juliana Waetge

**Realização:** ACT Promoção da Saúde

**Apoio:** NCD Alliance

Abril de 2019



### **ACT Promoção da Saúde**

Rua Batataes, 602, cj 31  
CEP 01423-010, São Paulo, SP  
Tel/fax: (11) 3284-7778 / 2548-5979

Av. N. Sa. Copacabana, 330/1107  
CEP 22020-001, Rio de Janeiro, RJ  
Tel/fax: (21) 2255-0520 / 2255-0630

[actbr.org.br](http://actbr.org.br) | [act@actbr.org.br](mailto:act@actbr.org.br)

# Sumário



Quem Somos.....	4
Resumo Executivo.....	5
Introdução.....	6
Objetivos.....	8
Metodologia.....	9
Resultados.....	10
Discussão: Tabagismo.....	13
Discussão: Atividade Física.....	16
Discussão: Alimentação e excesso de peso.....	17
Discussão: Consumo nocivo de álcool.....	19
Conclusão.....	21
Referências.....	22
Anexo I.....	24
Anexo II.....	32
Anexo III.....	34

## Quem somos



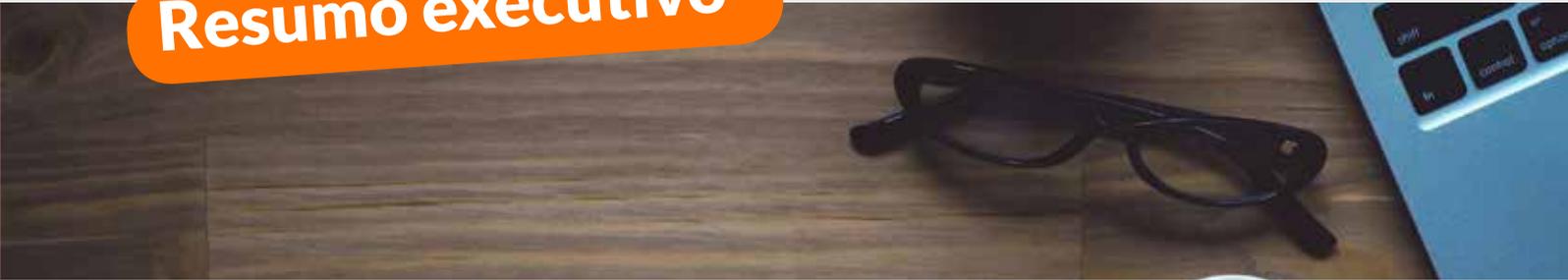
A **ACT Promoção da Saúde** é uma organização não-governamental, sem fins lucrativos, fundada em 2006 com o nome de Aliança de Controle do Tabagismo, com o objetivo de apoiar a implementação de políticas públicas de controle do tabaco, seguindo as recomendações da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). A CQCT é o primeiro tratado internacional de saúde pública da Organização Mundial de Saúde, ratificado por 181 países, inclusive o Brasil.

Desde sua criação, a ACT também tem como proposta o fortalecimento do papel da sociedade civil na defesa de políticas públicas de saúde, tendo constituído uma rede que atualmente é composta por cerca de 1300 membros de diversas áreas e regiões do país.

Em 2014, a ACT começou a trabalhar também pela prevenção dos outros fatores de risco das DCNTs, que além do controle do tabagismo, englobam a promoção da alimentação saudável, controle do uso abusivo do álcool e estímulo à prática de atividade física. A partir dessa ampliação do escopo, o nome da organização mudou para ACT Promoção da Saúde.



## Resumo executivo



O Brasil assumiu compromisso com relação às doenças crônicas não transmissíveis e lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) no Brasil, 2011-2022. O documento aborda os quatro grupos de doença de maior magnitude - doenças circulatórias e respiratórias crônicas, câncer, e diabetes - e propõe a abordagem integrada de seus quatro fatores de risco: tabagismo, uso abusivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável.<sup>1</sup>

O presente relatório tem como objetivo analisar a evolução temporal dos indicadores de prevalência dos principais fatores de risco e de proteção do Eixo de Promoção da Saúde (Eixo II) do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022. Foram analisados dados secundários, provenientes do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), sendo a evolução temporal dos indicadores observada nos anos entre 2011 e 2017, período de vigência do plano nacional. Justifica-se a opção por existência de série histórica para os indicadores permitindo observação de suas tendências, bem como o fato do sistema Vigitel ser parte integrante do Sistema Nacional de Vigilância de Doenças Crônicas do Ministério da Saúde.

Entre os principais resultados no período 2011 - 2017, salienta-se:

- declínio significativo da proporção de **adultos fumantes** (de 14,8% para 10,1%);
- tendência de crescimento do percentual de adultos que realiza **atividade física no lazer** (de 30,3% para 37%), ainda que 46% da população não tenha alcançado um nível suficiente de prática de atividade física em 2017;
- aumento na prevalência de **sobrepeso** (de 48,5% para 54%) e de **obesidade** (de 15,8% para 18,9%);
- aumento no **consumo abusivo de álcool** (de 17% para 19,1%).

O presente relatório pretende 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.

---

<sup>1</sup> Na Reunião de Alto Nível da ONU de setembro de 2017, esse quadro foi atualizado. Hoje considera-se que são cinco as principais doenças crônicas não transmissíveis, incluindo também a doença mental e, igualmente, são cinco os principais fatores de risco, incluindo a poluição ambiental.

# Introdução



A prevenção e o controle das DCNTs é um desafio global, que levou a Organização das Nações Unidas (ONU) a convocar uma Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral em 2011, na qual 34 chefes de governo e de Estado, dentre eles o Estado brasileiro, adotaram uma Declaração Política da ONU sobre DCNTs, reconhecendo-as como um grande desafio global de desenvolvimento.<sup>i</sup>

Em 2014, a ONU convocou a segunda Reunião de Alto Nível sobre DCNTs, da qual resultou o Documento Final da Assembleia Geral da ONU sobre DCNTs, que incluiu quatro compromissos a serem implementados em 2015 e 2016 para reduzir os fatores de risco, fornecer melhor atendimento aos pacientes e acompanhar tendências e progresso.<sup>ii</sup>

Em 2015, os 193 países membros da ONU adotaram a chamada **Agenda 2030 e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)**. Entre as metas dessa agenda, encontram-se:

- reduzir em um terço a **mortalidade prematura** por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a **saúde mental e o bem-estar** (meta 3.4);
- reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o **abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool** (meta 3.5);
- atingir a **cobertura universal de saúde**, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos (meta 3.8);
- fortalecer a implementação da **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco** em todos os países, conforme apropriado (meta 3.a).

A aprovação deste compromisso mundial firmado pelos países representa um importante passo para o avanço de políticas públicas em prol das pessoas e do planeta.

A terceira Reunião de Alto Nível sobre DCNTs foi realizada em setembro de 2018. Embora o aproveitamento da reunião tenha sido positivo para celebrar iniciativas e progressos, os compromissos adotados na Declaração Política resultante do encontro foram vagos e pouco ambiciosos. Foram desperdiçadas oportunidades para estabelecer compromissos reais em benefício da saúde das populações, com mecanismos de financiamento para enfrentar as DCNTs. A falta de uma linguagem forte sobre implementação das chamadas “melhores práticas” da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>iii</sup> - cujos focos são taxaço, regulaço e legislaço - é uma omissáo do documento, que reflete a possível interferência de indústrias de produtos nocivos à saúde, que comumente não apoiam tais iniciativas.

A próxima Reunião de Alto Nível sobre DCNTs deve acontecer apenas daqui a sete anos. É necessário que os líderes políticos realinhem a trajetória de suas políticas de saúde e priorizem ações para deter o impacto das DCNTs nos indivíduos, famílias, comunidades e economia.

O Brasil já havia assumido compromisso em relação ao enfrentamento das DCNTs em 2011, quando foi lançado, sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, o **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022**. O plano define e prioriza as ações para preparar o país para enfrentar e deter as DCNTs nesse período de dez anos.<sup>iv, v, vi</sup>

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. Com esse intuito, o Plano aborda os quatro grupos de doença de maior magnitude - doenças circulatórias e respiratórias crônicas, câncer e diabetes - e propõe abordagem integrada de seus quatro principais fatores de risco: tabagismo, uso prejudicial de álcool, inatividade física e alimentação não saudável.<sup>iii, iv</sup>

O Plano fundamenta-se no delineamento de três principais eixos:

- **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.

#### **AS METAS DO PLANO NACIONAL SÃO:<sup>v</sup>**

- reduzir a taxa de **mortalidade prematura** (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano;
- reduzir a prevalência de **obesidade em crianças**;
- reduzir a prevalência de **obesidade em adolescentes**;
- deter o crescimento da **obesidade em adultos**;
- reduzir as prevalências de **consumo nocivo de álcool**;
- aumentar a prevalência de **atividade física no lazer**;
- aumentar o consumo de **frutas e hortaliças**;
- reduzir o consumo médio de **sal**;
- reduzir a prevalência de **tabagismo**;
- aumentar a cobertura de **mamografia** em mulheres entre 50 e 69 anos;
- aumentar a cobertura de **exame preventivo de câncer de colo uterino** em mulheres de 25 a 64 anos;
- tratar 100% das mulheres com diagnóstico de **lesões precursoras de câncer**.



## Objetivos

A presente atualização do relatório da sociedade civil sobre a situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil tem como objetivo analisar a evolução temporal dos indicadores de prevalência dos principais fatores de risco e de proteção do Eixo de Promoção da Saúde (Eixo II) do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022. Além disso, pretende 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.

## Metodologia

A atualização do Relatório da Sociedade Civil sobre a Situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil,<sup>2</sup> com a evolução dos indicadores de prevalência dos principais fatores de risco e de proteção do Eixo de Promoção da Saúde (Eixo II) do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022, foi realizada com base nos dados publicados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).<sup>v, vii</sup> O Vigitel consiste na realização anual de entrevistas telefônicas em amostras probabilísticas da população com 18 anos e mais residente em domicílios servidos por linhas fixas de telefone nas cidades capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal.

Este relatório analisou dados secundários, provenientes do Vigitel, sendo a evolução temporal dos indicadores observada nos anos 2011 – 2017, período de vigência do plano nacional.

Foram utilizados os seguintes indicadores de prevalência de fatores de risco e de proteção para doenças crônicas não transmissíveis: percentual de fumantes, percentual de adultos que praticam o nível recomendado de atividade física no tempo livre, percentual de adultos que praticam o nível recomendado de atividade física no deslocamento, percentual de adultos que praticam nível insuficiente de atividade física, percentual de adultos que são fisicamente inativos, percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente, percentual de adultos que consomem quantidade recomendada de frutas e hortaliças, percentual de adultos que consomem refrigerantes regularmente, percentual de adultos que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva, percentual de adultos com excesso de peso e percentual de adultos com obesidade. As fontes de informações utilizadas foram o Vigitel 2011 a 2017.<sup>vii</sup> A definição utilizada para cada um dos indicadores encontra-se no Anexo 1 deste relatório.

Foi realizada análise de tendência temporal de indicadores de prevalência de fatores de risco e de proteção para DCNTs medidos no Vigitel. Com esse intuito, utilizou-se a técnica estatística de regressão linear simples. Admitiu-se tendência linear estatisticamente significativa somente quando a probabilidade desta ter ocorrido por acaso foi menor do que 0,05, ou seja,  $p < 5\%$ .

Também foram colhidos depoimentos e entrevistas com atores-chaves em DCNTs, apenas como forma de complementar a análise referente ao status de implementação e desafios atuais do plano nacional. Esse material encontra-se nos anexos.

---

<sup>2</sup> A ACT já realizou relatórios semelhantes anteriormente, e os mesmos encontram-se disponíveis em sua página web: <http://www.actbr.org.br/publicacoes>

## Resultados



Com relação ao **tabagismo**, foi observado declínio significativo de 31,8% da proporção de adultos fumantes no Brasil entre 2011 e 2017, passando de 14,8% em 2011, para 10,1%, em 2017. Deve-se, contudo, enfatizar que de 2016 a 2017 o índice permaneceu quase inalterado, de 10,2% a 10,1%, interrompendo uma tendência histórica de queda (Tabela 1, p11). Além disso, um dado preocupante é que, entre os jovens de 18 a 24 anos das capitais brasileiras, a prevalência aumentou de 7,4% para 8,5%.

A meta global da OMS<sup>viii</sup> é 30% de redução relativa da prevalência do consumo de tabaco atual em adultos e adolescentes. De acordo o Plano de DCNT do Brasil,<sup>v</sup> a meta é a redução da prevalência de tabagismo em adultos de 15,1% (2011) para 9,1% em (2022) (Tabela 2, p12).

Com relação à **atividade física**, foi verificado aumento do percentual de adultos que realizam atividade física no lazer entre 2011 e 2017, passando de 30,3% para 37%, aumento correspondente a cerca de 22,1%, sendo observada tendência geral de crescimento no período, ainda que se deva ressaltar que houve, em 2017, queda após seis anos de crescimento.

Houve também diminuição no percentual de adultos que realizam atividade física no deslocamento, passando de 17% em 2011 para 13,4% em 2017. Ademais, 46% da população não praticou atividade física suficiente em 2017 e 13,9% da população é inativa. Esses dados apresentam pequena piora com relação ao ano de 2016 (45,1% e 13,7%, respectivamente) (Tabela 1, p11).

A meta global da OMS<sup>viii</sup> é 10% de redução relativa de prevalência de atividade física insuficiente em adolescentes e adultos. A meta do Plano de DCNTs do Brasil<sup>v</sup> é o aumento da prevalência de atividade física no lazer, de 14,9% (2010) para 22% (2022).

No que se refere à **alimentação**, foi verificada oscilação de estimativas da proporção de adultos que consomem regularmente frutas e hortaliças no período entre 2011 (30,9%) e 2017 (34,6%), sendo o aumento percentual da prevalência correspondente a 11,9%. Deve-se notar, porém, que houve declínio a partir de 2016 (Tabela 1, p11).

A meta do Plano de DCNTs do Brasil<sup>v</sup> é o aumento do consumo de frutas e hortaliças de 18,2% (2010) para 24,3% (2022).

Foi verificada também diminuição no consumo regular de refrigerantes no período de 2011 a 2017 (de 29,8% para 14,6%) (Tabela 1, p11). Vale ressaltar que o dado se refere ao consumo em pelo menos cinco vezes/semana.

Em relação ao **excesso de peso e obesidade**, houve aumento percentual de 11,3% (passando de 48,5% em 2011 para 54% em 2017) da proporção de indivíduos adultos com excesso de peso, com base no peso e altura referidos, tendência de aumento da prevalência

estatisticamente significativa. A prevalência de obesidade cresceu de maneira ainda mais expressiva no período, passando de 15,8% em 2011, para 18,9% em 2017, crescimento percentual correspondente a 19,6% (Tabela 1, p11). Esses indicadores são preocupantes, visto que para a OMS<sup>viii</sup> e para o Plano de DCNTs do Brasil<sup>v</sup> a meta é deter o crescimento das prevalências (Tabela 2, p12).

Quanto ao **consumo nocivo de álcool**, houve aumento da proporção de indivíduos adultos que referiram consumo excessivo nos últimos 30 dias (de 17,0% em 2011 para 19,1% em 2017). Foi identificada oscilação das estimativas, sem tendência significativa no período observado (Tabela 1, p11). Destaca-se que a meta global da OMS<sup>viii</sup> é de redução de 10% na magnitude da prevalência, e a meta nacional<sup>v</sup> é redução das prevalências de consumo nocivo de álcool, de 18% (2011) para 12% em (2022).

**Tabela 1**<sup>3</sup> – Distribuição das estimativas de prevalência (IC 95%) de fatores de risco e de proteção para doenças crônicas não transmissíveis, por ano. Brasil, 2011 a 2017

<b>INDICADORES VIGITEL</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>Diferença (%)</b>	<b>Valor P</b>
<b>Tabagismo</b> Fumantes	14,8%	12,1%	11,3%	10,8%	10,4%	10,2%	10,1%	-31,8%	0,01
<b>Atividade Física</b> Atividade Física no lazer	30,3%	33,5%	33,8%	35,3%	37,6%	37,6%	37,0%	22,1%	0,00
Atividade física no deslocamento	17,0%	14,2%	12,1%	12,3%	11,9%	14,4%	13,4%	-21,2%	0,30%
<b>Alimentação</b> Consumo regular de frutas e hortaliças	30,9%	34,0%	36,0%	36,5%	37,6%	35,2%	34,6%	11,9%	0,21
Consumo regular de refrigerantes	29,8%	26,0%	23,3%	20,8%	19,0%	16,5%	14,6%	-51%	0,00
<b>Excesso de peso</b> Excesso de peso	48,5%	51,0%	50,8%	52,5%	53,9%	53,8%	54,0%	11,3%	0,00
Obesidade	15,8%	17,4%	17,5%	17,9%	18,9%	18,9%	18,9%	19,6%	0,00
<b>Consumo de álcool</b> Consumo excessivo nos últimos 30 dias	17,0%	18,4%	16,4%	16,5%	17,2%	19,1%	19,1%	12,4%	0,19

<sup>3</sup> A Tabela 1 apresenta a distribuição das estimativas de prevalência, com respectivos intervalos de confiança (IC 95%), dos fatores de risco e de proteção para DCNTs para os anos de 2011 a 2017. A diferença percentual foi calculada considerando a variação relativa da prevalência entre os anos 2011 e 2017 e o valor do p foi calculado considerando os anos 2011 e 2017. Fonte: VIGITEL, 2011 – 2017 (6,7,8)

**Tabela 2<sup>4</sup>** – Estimativas de prevalência de fatores de risco e de proteção para doenças crônicas não transmissíveis no ano de 2017, diferença percentual, nível de significância estatística (Valor p), metas do Plano de DCNT do Brasil para o ano 2022, e metas globais voluntárias do período 2015-2025 da Organização Mundial da Saúde.

<b>INDICADORES VIGITEL</b>	<b>2017</b>	<b>Diferença (%)</b>	<b>Valor P</b>	<b>Meta 2022</b>	<b>OMS 2025</b>
<b>Tabagismo</b> Fumantes	10,1%	-31,8%	0,01	9,1%	↓ 30%
<b>Atividade Física</b> Atividade Física no lazer	37,0%	22,1%	0,00	22,0%	↓ 10%
Atividade física no deslocamento	13,4%	-21,2%	0,30%		
<b>Alimentação</b> Consumo regular de frutas e hortaliças	34,6%	11,9%	0,21	24,3%	
Consumo regular de refrigerantes	14,6%	-51%	0,00		
<b>Excesso de peso</b> Excesso de peso	54,0%	11,3%	0,00	Deter	0% de
Obesidade	18,9%	19,6%	0,00	crescimento	crescimento
<b>Consumo de álcool</b> Consumo excessivo nos últimos 30 dias	19,1%	12,4%	0,19	12,0%	↓ 10%

<sup>4</sup> Na Tabela 2 são apresentadas as estimativas de prevalência de fatores de risco e de proteção para doenças crônicas não transmissíveis em 2017, bem como a diferença percentual em relação ao ano de 2011, o nível de significância estatística (Valor p). São apresentadas também as metas do Plano de DCNT do Brasil para o ano 2022, bem como as metas globais voluntárias do período 2015-2025 para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis da OMS. A diferença foi calculada considerando a variação percentual da prevalência entre os anos 2011 e 2017. O valor do p foi calculado considerando os anos 2011 – 2017. Fonte: VIGITEL, 2011 – 2017.

## Discussão: Tabagismo

Entre os principais avanços no Brasil em relação aos fatores de risco e de proteção para as DCNTs está a implantação de políticas efetivas de controle do tabaco, que resultou na diminuição significativa da prevalência de tabagismo em adultos.<sup>vii</sup> No entanto, entre 2016 e 2017 o índice permaneceu quase inalterado, interrompendo uma tendência histórica de queda. Além disso, a prevalência entre os jovens de 18 a 24 anos aumentou neste mesmo período, indicando a necessidade de prosseguir na adoção de medidas de controle do tabaco no país.

Em 2011, foi aprovada e sancionada a Lei 12.546/2011,<sup>ix</sup> regulamentada pelo Decreto 8.262/2014,<sup>x</sup> 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 venda, com exceção da exposição do produto.

A implementação dessa lei representou um importante avanço para a política nacional de controle do tabaco, mas ainda são necessárias medidas adicionais para a prevenção da iniciação e aplicação plena da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT).

O aumento de preços e impostos de produtos de tabaco é considerado pela OMS como a medida mais efetiva para reduzir o consumo. No Brasil, tivemos um aumento progressivo até 2016, porém ainda não foi estabelecida uma política fiscal para os anos subsequentes.

O custo do tabagismo atinge R\$ 56,9 bilhões por ano no país,<sup>xi</sup> chegando perto de 1% do PIB anual. Esse custo é cerca de quatro vezes superior ao que se arrecada com os tributos sobre produtos de tabaco. Nesse sentido, adotar novas políticas fiscais de aumento de impostos federais e estaduais incidentes sobre tabaco, bem como tributos específicos como a CIDE Tabaco, contribuição incidente sobre a fabricação ou a importação de tabaco e seus derivados, para o custeio de ações de tratamento aos doentes vítimas do tabagismo, trará benefícios sanitários e econômicos.

Sobre a exposição das embalagens nos pontos de venda, verificou-se que produtos de tabaco são posicionados em locais de grande visibilidade, em geral próximos ao caixa e a produtos como chicletes, balas e chocolates.

Com o intuito de proteger crianças e adolescentes do marketing da indústria do tabaco,<sup>xii</sup> a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovou, em janeiro de 2018, resolução da diretoria colegiada (RDC 213)<sup>xiii</sup> que traz novas regras de exposição e comercialização de cigarros e outros produtos derivados do tabaco, como a proibição dos displays luminosos e posicionamento dos maços o mais distante possível de produtos com apelo ao público infante-juvenil, como balas e chocolates. A resolução complementa outro ato normativo aprovado pela Anvisa no fim de 2017 (RDC 195),<sup>xiv</sup> associada ao uso das advertências sanitárias e que veda a utilização de recursos de propaganda nas embalagens que possam induzir ao consumo do cigarro ou sugerir que o produto não é prejudicial à saúde.

No entanto, a RDC 213 tem prevista implementação gradativa até 2020 e as restrições à exposição e à comercialização são parciais. Uma vez que embalagens de cigarros funcionam como atrativos para a iniciação e para o consumo, diversos países vêm adotando as chamadas embalagens padronizadas – sem logomarcas, design ou mensagens promocionais – que reduzem a atratividade do produto. No Brasil, dois projetos de lei sobre o tema tramitam no Congresso Nacional (PLS 769/2015 e PL 1744/2015).

Outras formas de publicidade de produtos de tabaco devem também ser fiscalizadas e atuadas, uma vez que violam a legislação vigente. Exemplo disto é a chamada “propaganda sorrateira”, que foi objeto de denúncia no Brasil e outros países.<sup>xv</sup> Foi identificado que as empresas de tabaco se utilizam de mídias sociais e influenciadores digitais para divulgação de seus produtos, especialmente entre o público jovem, driblando a legislação vigente.

Aditivos de aromas e sabores também são usados para atrair jovens ao consumo, além de ajudar a manter e intensificar a dependência de tabaco em já fumantes. No Brasil, a Anvisa publicou resolução proibindo o uso de aditivos em cigarros (RDC14/2012),<sup>xvi</sup> mas a medida foi contestada judicialmente em 2013. Em fevereiro de 2018, o Supremo Tribunal Federal (STF) julgou a favor da competência da Anvisa para regular a matéria e pelo banimento do uso de aditivos em produtos de tabaco. A decisão, no entanto, não teve caráter vinculante, o que raramente ocorre no Brasil. Isto fez com que a medida ainda não fosse implementada, devido a outras ações em instâncias inferiores. Urge que sejam julgadas, bem como determinado o caráter vinculante para que o país finalmente adote o banimento dos aditivos em produtos de tabaco.

Em relação aos novos produtos de tabaco, denominados dispositivos eletrônicos para fumar (DEFs), a RDC 46/2009<sup>xvii</sup> da Anvisa proíbe a comercialização, importação e propaganda desses produtos no país. A resolução também condiciona eventuais pedidos de registro à apresentação e aprovação de estudos toxicológicos e científicos que comprovem a alegação de que são menos nocivos, não-contaminantes do ambiente e com avaliação de risco de agravo à saúde do usuário. De acordo com a OMS, os conhecimentos científicos atuais sobre DEFs não são suficientes para avaliar o potencial de risco para a saúde, bem como seu papel no início e cessação do tabagismo, por isso em 2018 foi requisitado um amplo estudo independente a ser apresentado na próxima Conferência das Partes,<sup>xviii</sup> em 2020.

A Associação Médica Brasileira (AMB)<sup>xix</sup> também se pronunciou sobre o tema fazendo um alerta quanto aos riscos relacionados tanto à segurança no manuseio quanto nos efeitos para a saúde no consumo do cigarro eletrônico e sobre a falta de estudos científicos independentes sobre o cigarro aquecido. A AMB não recomenda o uso dos dois produtos como um produto de risco reduzido, nem para a redução do consumo de cigarros, tampouco para a cessação do tabagismo.

Nesse sentido, considera-se que a RDC 46/2009 da Anvisa é prudente e pesquisas independentes, sem conflitos de interesse, devem ser realizadas para avaliar o real impacto destes produtos, tanto para a saúde como para a política de prevenção à iniciação no tabagismo.

O tratamento para cessação do tabagismo é disponibilizado desde 2004 em unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e deve ser mantido para garantir o acesso por fumantes que desejam abandonar o uso de tabaco. De acordo com a pesquisa ITC (2017),<sup>xx</sup> cerca de metade dos fumantes refere desejar parar de fumar nos próximos seis meses.

O mercado ilegal de tabaco representa risco à saúde e às finanças, sendo um desafio a ser enfrentado no país.<sup>5</sup> Uma boa notícia é que o Brasil ratificou, em 2018, o Protocolo para Eliminação do Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco, da OMS. O contrabando de cigarros e sua venda ilegal traz prejuízos econômicos, favorece a iniciação por jovens dado o baixo preço do produto e impacta negativamente a saúde pública. As medidas previstas no Protocolo envolvem esforços diplomáticos entre países fronteiriços, ações coordenadas de inteligência e fiscalização, bem como outras iniciativas que visam reduzir o comércio ilícito de produtos de tabaco.

Finalmente, dado que o Brasil é um país produtor e exportador de folhas de fumo, considera-se muito importante a discussão e ampliação de políticas associadas à diversificação de cultivo, como o Programa para Diversificação de Áreas Cultivadas com Tabaco, para que os agricultores tenham opções economicamente viáveis ao cultivo de fumo.

---

<sup>5</sup> Segundo estudo do Instituto Nacional de Câncer, com base em dados de 2017, o mercado ilegal de cigarros no Brasil correspondeu a 38,5% do consumo total. Cf: <https://www.inca.gov.br/noticias/estudo-do-inca-revela-diminuicao-no-consumo-de-cigarros-ilicitos-no-brasil>

## Discussão: Atividade Física



Em relação à atividade física, os resultados do Vigitel identificaram tendência de crescimento do percentual de adultos que realiza atividade física no lazer entre 2011 e 2017. Em 2017, segundo as estimativas do Vigitel, entre cada 100 brasileiros adultos, 37 deles praticam o nível recomendado de atividade física no lazer. Houve decréscimo no percentual de adultos que realiza atividade física no deslocamento (de 17,0% em 2011 para 13,4% em 2017). Ainda que a implantação do Programa Academia da Saúde tenha sido um importante avanço,<sup>xxi, xxii</sup> deve-se pontuar a necessidade de avaliação e eventual expansão do programa.

A criação de sociedades mais ativas também pode ser obtida por meio de mudanças de paradigmas, aumentando o conhecimento, a compreensão e a valorização dos múltiplos benefícios da atividade física regular.

Outras medidas incluem criar e promover o acesso a iniciativas para apoiar pessoas de todas as idades e capacidades a envolverem-se em atividade física regular, individualmente, em família e na comunidade; reforçar a educação física e a promoção da atividade física na escola; incorporar a atividade física nos serviços de saúde e serviços sociais; oferecer programas de atividade física em múltiplos contextos; melhorar a oferta de programas de atividade física para a população idosa; priorizar campanhas e programas de atividade física para grupos reconhecidamente menos ativos; implementar iniciativas ao nível comunitário.

A reformulação dos espaços urbanos, tornando-os mais acessíveis, é também importante, com destaque para o programa nacional de calçadas saudáveis, construção e reativação de ciclovias, parques, praças e pistas de caminhadas.<sup>v</sup>



## Discussão: Alimentação e excesso de peso

Considerando-se os indicadores avaliados relativos à alimentação, verifica-se que houve oscilação das estimativas com relação ao consumo regular de frutas e hortaliças. Entre 2011 e 2015 houve aumento de consumo, porém em 2016 e 2017 este índice diminuiu (35,2% e 34,6%, respectivamente), retornando para níveis próximos aos de 2012 (34%). Com relação ao consumo regular de refrigerantes, houve decréscimo, mas deve-se atentar para o fato de que esse dado se refere ao consumo em pelo menos cinco vezes/semana; não se trata de uma estimativa a partir de métodos mais acurados, já que o consumo pode ser deslocado para maiores quantidades em menor frequência, por exemplo.

A proporção de adultos obesos cresceu significativamente entre 2011 e 2017, passando de 15,8% em 2011 para 18,9% em 2017, crescimento percentual correspondente a 19,6%. Por isso, é importante que o país adote medidas preventivas, como uma nova regulamentação de rotulagem nutricional frontal,<sup>xxiii</sup> evidenciando altas quantidades de nutrientes críticos - como açúcares, sódio, gorduras totais e saturadas - e presença, em qualquer quantidade, de adoçantes e gordura trans (até que haja a proibição efetiva do uso deste ingrediente nos alimentos), assim como a manutenção do símbolo "T" nas embalagens de produtos que utilizam insumos transgênicos em qualquer quantidade. Essas informações são fundamentais para que o consumidor possa fazer escolhas conscientes e mais saudáveis, ajudando a evitar o sobrepeso e a obesidade, assim como aprimora a RDC n° 26/2015,<sup>xxiv</sup> que dispõe sobre os requisitos para rotulagem obrigatória dos principais alimentos que causam alergias alimentares.

Importante salientar que a estratégia de estabelecer acordos voluntários<sup>xxv, xxvi</sup> com a indústria de alimentação e a reformulação, também voluntária, dos alimentos processados, ainda que as partes cumpram o acordado, pode produzir efeitos insuficientes ou mesmo negativos, já que estão sujeitos a diversas críticas relacionadas à timidez das metas e ao teto estabelecido, além de não terem nenhum poder vinculante, já que se trata de mero acordo voluntário.<sup>xxvii</sup> No fim de 2018, o Ministério da Saúde anunciou acordo voluntário com a indústria alimentícia para a redução de 144 mil toneladas de açúcar nos alimentos industrializados no país até 2022, equivalente a cerca de 1,5% da ingestão de açúcar proveniente de alimentos processados. No entanto, diversos produtos mais vendidos no país, incluindo os mais consumidos por crianças, devem passar ao largo do acordo.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Segundo pesquisa que investigou a média do açúcar total em alimentos processados e ultraprocessados, realizada pelo Idec em 2018 ao comparar os valores médios de açúcar encontrados nos produtos com as metas estabelecidas, nota-se que os valores são maiores para todas as categorias analisadas: néctares com 9,9 g por 100 ml, com meta de 10,5g para 2022; biscoitos tipo Maisena com 19,8 g por 100g, com meta de 22,8 g para 2022; biscoito tipo Wafer com 32,2 g por 100g, com meta de 38,4 g para 2022. Cf: Idec. Acordo voluntário é pouco eficaz no combate ao açúcar. Disponível em <<https://idec.org.br/noticia/acordo-voluntario-e-pouco-eficaz-no-combate-ao-acucar>>.

Outro fator que tem contribuído para o avanço do sobrepeso e da obesidade, e de outras condições relacionadas, é a publicidade e a promoção comercial de alimentos e bebidas ultraprocessados, que deve ser restringida efetivamente, principalmente aquela dirigida ao público infantil, uma vez que já dispomos de arcabouço legal previsto na Constituição Federativa do Brasil, no Código de Defesa do Consumidor, no Estatuto da Criança e do Adolescente, na Lei 11265/2006 (NBCal)<sup>xxvii</sup> e na Resolução nº163/2014 do CONANDA.<sup>xxix</sup>

Igualmente, é importante fortalecer o Programa Nacional de Alimentação Escolar, com prioridade da aquisição de alimentos da agricultura familiar e de base agroecológica e implementar a Lei 13666/2018,<sup>xxx</sup> efetivando a educação alimentar e nutricional nos currículos, pois a escola é um espaço privilegiado para desenvolvimento de valores e hábitos e para a promoção da cidadania e da saúde. Deve haver regulamentação da comercialização, publicidade, propaganda e promoção comercial de alimentos e bebidas processados e ultraprocessados nas redes de educação pública e privada, proibindo-se ações de parceria entre as redes de educação com a indústria de alimentos.

Tributos e subsídios também são medidas econômicas consideradas custo-efetivas pela OMS para melhorar o acesso a escolhas alimentares saudáveis e desencorajar o consumo de ultraprocessados.<sup>viii</sup> No contexto brasileiro, medidas que visem eliminar os subsídios e incentivos fiscais na cadeia produtiva de bebidas açucaradas na Zona Franca de Manaus (ZFM) são importantes, assim como a adoção de um tributo específico para produtos ultraprocessados que impactem no preço final do produto, desencorajando seu consumo.

Preferencialmente, os incentivos fiscais devem encorajar a transição da produção de alimentos para o modelo da agroecologia, facilitando o acesso físico e econômico pela população, e desestimular a utilização de agrotóxicos, eliminando os subsídios a produtos que são nocivos à saúde. Nesse sentido, são importantes a adoção da Política Nacional de Redução de Agrotóxicos (PL 6670/02)<sup>xxxi</sup> e o fortalecimento da Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica, nos termos do decreto 7.794/12.<sup>xxxii</sup>

Importante ressaltar que os compromissos “SMART” (na sigla em inglês: específicos, mensuráveis, atingíveis, relevantes e com prazo), adotados pelo Brasil em 22 de maio de 2017, como parte da Década de Ação das Nações Unidas para a Nutrição (2016-2025), propõem três metas a serem atingidas até 2019:

- deter o crescimento da **obesidade na população adulta** (que atualmente está em 20,8%);
- reduzir o consumo regular de **bebidas adoçadas com açúcar** em pelo menos 30% na população adulta;
- ampliar em no mínimo 17,8% o percentual de adultos que consomem **frutas e hortaliças** regularmente.



## Discussão: Consumo nocivo de álcool

Considerando-se os indicadores avaliados, houve crescimento do consumo abusivo de álcool nos últimos anos da ordem de 12,4 % (passando de 17% em 2011 para 19,1% em 2017). Sem medidas efetivas de prevenção e controle dificilmente se atingirá a meta definida em 2011 de redução da ordem de 10% (equivalente a 15,3% de prevalência). Ademais, o índice brasileiro de consumo abusivo de álcool é alto, quando comparado à média mundial.<sup>xxxiii xxxiv</sup>

Para ajudar a diminuir essa prevalência, é importante aplicar políticas de tributação e precificação, que têm a capacidade de reduzir o consumo de álcool e danos associados entre vários grupos e de gerar receita tributária, sendo uma barreira para o início precoce do consumo de álcool, que é uma importante estratégia preventiva em países e comunidades de baixa renda.

O consumo do álcool é especialmente atraente a jovens, incentivado por propagandas, que geram a falsa associação da bebida à maturidade e a um rito de passagem para a idade adulta. É importante que medidas sejam tomadas para desnormalizar o consumo nocivo de álcool.

Deve-se destacar que, para efeitos de publicidade, a cerveja não é considerada álcool no Brasil, já que a Lei 9.294/96,<sup>xxxv</sup> que estabelece restrições à publicidade de bebidas alcoólicas, considera apenas aquelas com teor etílico superior a 13 graus Gay-Lussac. É necessário modificar a legislação para o conceito de alcoolemia zero, conforme já previsto na lei do trânsito, por exemplo. Importante também é coibir a relação existente entre a indústria do álcool e a promoção de eventos esportivos e/ou culturais, que incentivam o consumo especialmente entre jovens. Igualmente, deve-se proibir a venda casada, que incentiva o consumo.

A facilidade de compra de bebidas alcoólicas é outro fator que estimula o consumo, por isso é importante estabelecer um sistema apropriado para regular a distribuição e o funcionamento de pontos de venda. Deve-se observar que o ambiente social influencia o maior ou menor consumo de álcool, e a densidade de pontos de vendas em determinadas regiões é estimulante à ingestão excessiva. Assim, é importante diminuir a concentração de pontos de vendas próximos a escolas e universidades, e cessar práticas de "open bar" e restrições a promoções que oferecem o dobro de bebidas num período curto, o que favorece o uso em binge, uso pesado e episódico de álcool.

Dentre os vários problemas resultantes do uso nocivo de bebidas alcoólicas, os acidentes automobilísticos ocupam um lugar de destaque. Por isso, é necessário considerar o fato de ainda ser culturalmente aceito associar álcool com direção. A aprovação da Lei nº 12.760/2012,<sup>xxxvi</sup> que alterou o Código de Trânsito Brasileiro, foi um progresso. Ela prevê aumento do valor da multa e suspensão do direito de dirigir por doze meses como pena-

lidade para quem dirige sob a influência de álcool e a definição de que qualquer concentração de álcool no organismo do condutor o torna passível das medidas elencadas na lei. Porém, é preciso aumentar a fiscalização e promover ações de comunicação para alertar e sensibilizar a população.

Mensagens e imagens contundentes e visíveis ajudam a desconstruir o apelo ao prazer e alertam o consumidor sobre produtos nocivos. Por isso, é importante que seja adotada legislação semelhante à que determina que maços de cigarros devem conter advertências sanitárias sobre os males do tabagismo, acompanhadas de imagens que ilustram o significado da mensagem (Lei 9.294/96). Atualmente, os rótulos de bebidas alcoólicas contam apenas com avisos ("evitar o consumo excessivo de álcool"), sem referência aos riscos para a saúde que podem resultar da ingestão abusiva.



## Conclusão

Este relatório objetivou analisar a evolução temporal dos indicadores de prevalência dos principais fatores de risco e de proteção do Eixo de Promoção da Saúde (Eixo II) do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 e, assim, estimular a intensificação dos esforços para o enfrentamento dos principais desafios nacionais em relação às DCNTs, considerando principalmente as áreas em que as metas estão longe de serem atingidas.

Para cada indicador avaliado, foi realizada uma discussão apontando avanços e dificuldades, sendo fornecidas recomendações específicas de acordo com parâmetros de melhores práticas nacionais e internacionais. Algumas conquistas foram observadas no período analisado, especialmente em controle do tabagismo, porém é necessário manter e ampliar medidas legislativas e regulatórias visando manter a curva decrescente na prevalência no país. Já em relação a outros fatores de risco como sobrepeso e obesidade, muito ainda é necessário fazer para conter a tendência de crescimento destes índices e seu efeito danoso à saúde.

Conclui-se que avançar em saúde preventiva é ainda um desafio, apesar do inegável impacto sanitário, social e econômico que advêm da adoção de medidas que promovam a saúde e previnam doenças e mortes associadas ao uso do tabaco, má alimentação, sedentarismo e uso abusivo do álcool. Considerando os extensos desafios vividos pela sociedade brasileira no âmbito da saúde, urge que o país adote integralmente o Plano Nacional de Enfrentamento das DCNTs, bem como outras medidas que garantam um desenvolvimento mais saudável a toda população.

# Referências

- i. 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. Disponível em <[http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/66/L.1](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1)>.
- ii. NCD Alliance. 2018 United Nations High-Level Meeting on NCDs. Frequently asked questions; 2018. Disponível em <[https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource\\_files/UNHLMNCDs\\_FAQ.pdf](https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/UNHLMNCDs_FAQ.pdf)>.
- iii. WHO (2018) NCD Country Profiles. Disponível em <<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>>.
- iv. 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.
- v. 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.
- vi. 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.
- vii. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2011-2017; vigilância de fatores de risco e de proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF, 2012-2017.
- viii. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. World Health Organization, 2013. Disponível em Relatório da Sociedade Civil sobre a situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: <[http://www.who.int/nmh/events/ncd\\_action\\_plan/en/](http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/)>.
- ix. Brasil. Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12546.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12546.htm)>
- x. Brasil. Decreto 8.262/2014, de 31 de maio de 2014. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8262.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8262.htm)>.
- xi. Pinto M, Bardach A, Palacios A, Biz AN, Alcaraz A, Rodríguez B, Augustovski F, Pichon-Riviere A. Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos. Documento técnico IECS N° 21. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Maio de 2017. Disponível em: <[www.iecs.org.ar/tabaco](http://www.iecs.org.ar/tabaco)>.
- xii. Pantani D, Pinsky I, Monteiro A. Publicidade de tabaco no ponto de venda. São Paulo: Ed. do Autor, 2011.
- xiii. Brasil. Resolução da Diretoria Colegiada nº 213, de 23 de janeiro de 2018. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0213\\_23\\_01\\_2018.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0213_23_01_2018.pdf)>.
- xiv. Brasil. Resolução da Diretoria Colegiada nº195, de 14 de dezembro de 2017. Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3119516/RDC\\_195\\_2017\\_.pdf/f165638d-15e9-4b-9d-99c6-f6ebe20063ad](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3119516/RDC_195_2017_.pdf/f165638d-15e9-4b-9d-99c6-f6ebe20063ad)>.
- xv. ACT Promoção da Saúde. Organizações acionam ministério público e procon/sp contra Souza Cruz. Disponível em: <[http://www.actbr.org.br/uploads/arquivos/denuncia\\_influencers\\_release\\_2409.pdf](http://www.actbr.org.br/uploads/arquivos/denuncia_influencers_release_2409.pdf)>.
- xvi. Brasil. Resolução da Diretoria Colegiada nº 14, de 15 de março de 2012. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0014\\_15\\_03\\_2012.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0014_15_03_2012.pdf)>.
- xvii. Brasil. Resolução da Diretoria Colegiada nº 46, de 28 de agosto de 2009. Disponível em <[http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC\\_46\\_2009\\_COMP.pdf/2148a322-03ad-42c-3-b5ba-718243bd1919](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_46_2009_COMP.pdf/2148a322-03ad-42c-3-b5ba-718243bd1919)>.
- xviii. [https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC\\_\\_COP8\(22\).pdf](https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC__COP8(22).pdf)
- xix. Associação Médica Brasileira. Alerta da AMB sobre o uso de dispositivos eletrônicos para entrega da nicotina: cigarro eletrônico e cigarro aquecido. 2017. Disponível em <<https://amb.org.br/noticias/amb/alerta-da-amb-sobre-o-uso-de-dispositivos-eletronicos-para-entrega-da-nicotina-cigarro-eletronico-e-cigarro-aquecido/>>.

- xx. ITC Project (September 2017). ITC Brazil Project Report. Findings from the Wave 1 to 3 Surveys (2009-2016/17). University of Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada; Brazilian Ministry of Health, National Cancer Institute (INCA), Brazilian Ministry of Justice, National Secretariat for Drug Policy (SENAD), Brazilian Cancer Foundation, Brazilian Tobacco Control Alliance (ACT Promoção da Saúde), and Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), Study Center on Tobacco and Health (CETAB).
- xxi. 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.
- xxii. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681\\_07\\_11\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html)>.
- xxiii. Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável. Por que uma nova rotulagem nutricional para o Brasil? Disponível em <<https://alimentacaosaudavel.org.br/campanhas/rotulagem/>>.
- xxiv. Brasil. Resolução da Diretoria Colegiada nº 26, de 2 de julho de 2015. Disponível em <[http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2694583/RDC\\_26\\_2015\\_.pdf/b0a1e89b-e23d-452f-b-029-a7bea26a698c](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2694583/RDC_26_2015_.pdf/b0a1e89b-e23d-452f-b-029-a7bea26a698c)>.
- xxv. Nilson EAF, Jaime PC, Resende DO. Iniciativas desenvolvidas no Brasil para a redução do teor de sódio em alimentos Relatório da Sociedade Civil sobre a situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 12 processados. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 32(4): 287-922.
- xxvi. Bortoletto Martins AP. Redução de sódio em alimentos: uma análise dos acordos voluntários no Brasil. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Cadernos Idec – Série Alimentos – Volume 1. São Paulo: Idec, 2014.
- xxvii. Cadernos Idec – Série Alimentos – Volume 1. Redução de sódio em alimentos. Uma análise dos acordos voluntários no Brasil. São Paulo, 2014. Disponível em <<http://www.idec.org.br/uploads/publicacoes/publicacoes/caderno-idec-sodio-alimentos.pdf>>.
- xxviii. Brasil. Lei nº 11.265, de 3 de Janeiro de 2006. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11265.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11265.htm)>.
- xxix. São Paulo. Resolução CONANDA nº 163, de 13 de março de 2014. Disponível em <[http://www.procon.sp.gov.br/pdf/resolucao\\_conanda\\_163.pdf](http://www.procon.sp.gov.br/pdf/resolucao_conanda_163.pdf)>.
- xxx. Brasil. Lei nº 13.666, de 16 de maio de 2018. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2018/lei-13666-16-maio-2018-786690-publicacaooriginal-155573-pl.html>>.
- xxxi. Projeto de Lei nº 6670/2016. Disponível em <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2120775>>.
- xxxii. Câmara Interministerial de Agroecologia e Produção Orgânica. Plano Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica - PLANAPO. -- Brasília, DF: MDS; CIAPO, 2013. Disponível em <[http://www.mda.gov.br/sitemda/sites/sitemda/files/user\\_img\\_19/BrasilAgroecologico\\_Baixar.pdf](http://www.mda.gov.br/sitemda/sites/sitemda/files/user_img_19/BrasilAgroecologico_Baixar.pdf)>.
- xxxiii. World Health Organization. Global status report on alcohol and health, 2018. Disponível em <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>>.
- xxxiv. ACT Promoção da Saúde. Quando cerveja não é álcool: por que publicidade da bebida é liberada no Brasil e provoca polêmica, 2017. Disponível em <<http://actbr.org.br/post/quando-cerveja-nao-e-alcool-por-que-publicidade-da-bebida-e-liberada-no-brasil-e-provoca-polemica/16786>>.
- xxxv. Brasil. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9294.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9294.htm)>.
- xxxvi. Brasil. Lei nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2012/Lei/L12760.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12760.htm)>.

# Anexo I

## Entrevistas e depoimentos

### **Maria de Fatima Marinho de Souza, Diretora de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde do Ministério da Saúde**

*Como você vê a implementação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs?*

Nós temos monitorado o Plano e o que podemos dizer é que estamos perdendo espaço no tabaco. Avançamos, mas agora houve estabilização dos índices. Na alimentação, parece que teremos algum avanço, ainda que não o que gostaríamos, mas devemos conseguir reduzir o açúcar e avançar com a rotulagem, que espero que saia a aprovação original, mas não estamos seguros com relação a isso. Com relação ao álcool, temos uma estabilização do consumo abusivo e não há nenhuma projeção de melhora nesse sentido; ao contrário, observamos piora: adolescentes têm aumentado o consumo (assim como de produtos derivados de tabaco, como o narguilé). Teremos um grande problema pela frente se não começarmos a ter políticas para conter esse aumento agora. No que se refere à atuação do próprio sistema de saúde, com relação à prevenção e ao cuidado, avaliadores externos, inclusive, já revelaram avanços, como a redução de mortalidade pelas principais doenças crônicas na faixa etária prioritária (morte prematura) e redução de mortalidade por alguns tipos de câncer de detecção precoce e tratáveis (ex. redução da mortalidade de câncer de pulmão pela redução de consumo de tabaco). Apesar dos avanços, contudo, percebe-se, atualmente, uma estabilização. Tanto os dados atuais quanto os modelos que projetamos não mostram melhora e, sim, estabilização (principalmente do tabaco, que é que mais chama atenção, já que a morte por doenças cardiovasculares puxou a tendência de redução de morte por DCNTs) e mesmo uma projeção de piora.

*Na sua avaliação, quais são prioridades para reduzir o impacto das DCNTs no Brasil?*

Temos que avançar no controle dos fatores de risco, onde houve estabilização. Se não avançarmos nesse sentido, populacionalmente, teremos maior incidência de doenças e de mortalidade. O atual congelamento de gastos públicos significa que o sistema de saúde não pode expandir. Na situação de crise econômica, social e política, há maior adoecimento da população e, de 2015 a 2017, 3 milhões de pessoas perderam o seguro saúde e migraram para o SUS, sobrecarregando ainda mais o sistema. A piora na assistência é, assim, consequência de uma sobrecarga. Tomando esses cenários, apontamos que não vamos cumprir a meta 3.4 da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável de reduzir em um terço as mortes por DCNTs, apesar de, até 2015, o Brasil ter estado "on track" com os compromissos assumidos. Hoje, já vemos uma mudança nessa tendência e vamos perder o que vínhamos ganhando nos últimos anos se não dermos um alerta agora e mudarmos essa situação.

**Deborah C. Malta, Prof. Associada EE UFMG, ex-coordenadora do “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) no Brasil, 2011-2022”**

*Como você vê a implementação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs?*

Como resposta ao desafio das DCNTs, o Governo Brasileiro levou para a reunião da ONU de 2011 seu Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, que estabeleceu compromissos de gestão e priorizou ações e investimentos necessários para enfrentar e deter as DCNT e seus fatores de risco. O Plano abrangeu os quatro principais grupos de doenças crônicas - cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes - e seus fatores de risco em comum modificáveis - tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação inadequada -, e definiu três eixos estratégicos: I. Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento; II. Promoção da Saúde; e III. Cuidado Integral. O Plano também estabeleceu metas e compromissos assumidos pelo Brasil frente às DCNT, encarregando sua coordenação nacional e monitoramento à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Entre 2011 a 2015 diversas ações do Plano de DCNTs foram implantadas - destaque para a Organização da Vigilância de DCNT, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), o Guia de Alimentação saudável, políticas regulatórias do tabaco, como o Decreto Presidencial de ambientes livres do tabaco (2014), o Programa Academia da Saúde, o Programa Saúde na Escola, avanços expressivos na atenção básica, como o Mais Médicos, o programa Farmácia Popular e a distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, a organização da rede de atendimento de urgências para doenças cardiovasculares e ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento do paciente oncológico. Inúmeros inquéritos como Vigitel, PNS e PeNSE apontavam melhoria dos indicadores como redução no consumo do tabaco e no consumo regular de refrigerantes; aumento no consumo de frutas e hortaliças, na prática de atividade física e na cobertura de mamografia, além da redução da mortalidade.

No entanto, a crise econômica e política e as medidas de austeridade adotadas no Brasil nos últimos anos, consolidadas com a aprovação da Emenda Constitucional 95 em 2016, geraram desemprego, aumento da miséria, afetaram o sistema de saúde e todo o sistema de proteção social. Estas medidas afetaram o desempenho do setor saúde e piora dos resultados referentes às DCNT e aos fatores de risco e conseqüentemente, o desempenho das metas também foi afetado.

Como exemplo na piora dos indicadores - Em 2010, linha de base do Plano DCNT Brasil foi de 372,4/100.000, com declínio sucessivo, em torno de 2% ao ano no período. Em 2014 a taxa foi de 344,9/100.000 hab., em 2015 341,8/100.000 hab., e em 2016 340,4/100.000 hab.

A redução anual das taxas de mortalidade prematura padronizada por DCNT após o lançamento do Plano DCNT-Brasil foi de: 2,0% (2011), 2,2% (2012), 1,7% (2013), 1,7% (2014), e nos anos de crise tendeu-se a estabilidade com redução de 0,9% (2015) e 0,4% em (2016).

Em relação aos fatores de risco, as tendências antes favoráveis inverteram-se. Por exemplo, no caso do tabaco, a prevalência de fumantes foi de 14,1% (2010) e 10,5% (2015), nos anos seguintes, ocorreu estabilidade, (10,2% em 2016 e 10,1% em 2017). Entre 2015 a 2017, tendências anteriormente favoráveis foram revertidas para indicadores como consumo de frutas e vegetais e atividade física, estabilização das tendências do tabaco e aumento das tendências anteriormente desfavoráveis, de consumo de álcool.

Desta forma precisaremos de muita mobilização social para reversão de medidas de austeridade fiscal como a Emenda Constitucional 95, além do investimento em medidas regulatórias para que as metas dos Planos Nacionais de DCNT (2011-2022), do Plano Global de DCNT (2015-2025) e dos ODS (2015-2030), sejam atingidas.

*Na sua avaliação, quais são as prioridades para reduzir o impacto das DCNTs no Brasil?*

As evidências apontam que o controle dos fatores de risco de DCNTs é mais efetivo quando medidas regulatórias são instituídas pelo Estado, intervindo sobre o ambiente, regulando práticas de comercialização de produtos, disponibilidade e oferta de serviços, taxaço de produtos nocivos à saúde, rotulagem de alimentos, dentre outros.

Por adotar medidas regulatórias preconizadas pela OMS, o Brasil foi considerado um exemplo no mundo na redução das prevalências do tabagismo. Dentre estas medidas destacam-se a proibição da propaganda do tabaco, a ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT em 2006, a Lei no 12.546, de 2011, e decreto presidencial de 2014, que instituíram os ambientes livres do fumo, o aumento dos espaços de advertências dos cigarros, aumento da taxaço dos cigarros e definição do preço mínimo para comercialização, dentre outras. A estabilidade das prevalências do tabaco dos últimos anos aponta que novas medidas precisam ser implementadas, como adotar as embalagens genéricas, aplicar a fiscalização dos ambientes livres do tabaco e dos pontos de venda, além de impedir o comércio ilegal oriundo do contrabando, investir no apoio aos pequenos agricultores na diversificação das culturas, dentre outras.

No caso do álcool o país avançou ao aplicar a Lei Seca sobre uso do álcool e direção, bem como as medidas de fiscalização. Entretanto, novas ações são necessárias como: a) Aplicar proibiçoes ou restriçoes abrangentes sobre a exposiçoao ao anúncio de álcool (na mídia); b) Impor restriçoes sobre a comercializaçoao do álcool (reduçoao dos horários e pontos de venda); c) adotar medidas para restriçoao ou proibiçoao de promoçoes de bebidas alcoólicas em “open bar”; d) Mudança na Lei Nº 9.294/1996, que considera as restriçoes ao marketing do álcool apenas para bebidas com teor alcoólico superior a 13 graus Gay Lussac, de forma que a lei alcançaria as cervejas e bebidas *ices*.

O Brasil contabilizou inúmeros avanços na área da alimentaçoao, como o Guia Alimentar da populaçoao brasileira (2014), o incentivo ao aleitamento materno, o Programa Nacional de Aquisiçoao de Alimentos frescos, dentre outros. Para o controle da obesidade é necessário aprovar legislaçoao sobre taxaçoao de alimentos ultraprocessados, subsídios aos alimentos saudáveis, proibiçoao do marketing de alimentos para crianças. Medidas como taxaçoao dos impostos sobre bebidas açucaradas estão entre as recomendaçoes atualmente feitas pela OMS e já foram adotadas em muitos países. Deve-se estar atento a projetos de lei que tentam obstaculizar a comercializaçoao de frutas, legumes e verduras pelo pequeno

agricultor, ou a oposição da indústria nacional de alimentos à implantação de rotulagem contendo advertências sanitárias visando esclarecer o consumidor sobre os elevados teores de açúcar, sal e gorduras nos produtos ultraprocessados.

Portanto, é preciso avançar nas decisões políticas e na implementação de medidas regulatórias, que enfrentem interesses da indústria de alimentos, álcool e tabaco. O desempenho nas metas das DCNT deve ser objeto de contínuo monitoramento pelo país, pela sociedade civil, pelas instituições de ensino e pesquisa quanto às metas de reduções assumidas nos planos nacionais e globais, incluindo a Agenda 2030 do Desenvolvimento Sustentável. Deve-se também promover a sustentabilidade das ações de Vigilância de DCNT, dos inquéritos PNS, VIGITEL, PENSE, garantindo continuidade e qualidade das informações, monitorar desigualdades em saúde e mobilização da sociedade para deter cortes e desmontes.<sup>xxxvi</sup>

### **Mark Barone, Global Health Leaders Fellow, PHI e Coordenador do Fórum Intersectorial para Combate às DCNTs no Brasil**

*Como você vê a implementação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs?*

Vejo como uma iniciativa ótima, mas que obviamente tem suas limitações. Acredito que tenha sido um ótimo ponto de partida, reunindo atores importantes, mas não todos. Tenho acompanhado algumas publicações que avaliam os progressos do país de acordo com o que consta no Plano e, no geral, são avaliações positivas. Ao mesmo tempo, identificam pontos onde não progredimos, por exemplo, na redução de obesidade e alguns tipos de câncer. Isso indica que apesar de progressos em programas, políticas e até alguns resultados, ainda há muito o que fazer, pois fatores de risco para todas as DCNTs principais, como obesidade e o consumo de álcool, não cederam. Além disso, apesar das reuniões que são feitas para se discutir como está a implementação desse plano de ação, sinto falta de sua revisão e/ou emendas. Por exemplo, saúde mental foi incluída entre as cinco principais DCNTs pela ONU, mas nosso plano não prevê revisões e emendas para esse e outros tipos de inclusão.

*Na sua avaliação, quais são as prioridades para reduzir o impacto das DCNTs no Brasil?*

Temos tentado mapear isso convidando para o debate autoridades de diferentes setores no Fórum DCNTs. A resposta não é simples, mas fica claro que a prioridade deve ser envolver os diferentes setores, tanto no debate quanto no plano, para o combate e controle das DCNTs no Brasil. Aqui, como em todo o mundo, prevenção primária parece ser a melhor alternativa, pois nenhum sistema de saúde conseguirá sustentar tratamento de mais e mais pessoas com DCNTs. Mas, para isso, precisaremos de investimentos, programas e políticas concretas para alimentação saudável, redução do álcool e fumo, redução da poluição e prática de atividades físicas. Ao mesmo tempo, o estabelecimento de protocolos é fundamental para a educação e o tratamento adequado de quem já tem uma ou mais DCNTs, visto que o não tratamento ou tratamento inadequado sai ainda mais caro e tratar suas complicações ainda mais.

## **Ana Paula Bortoletto, líder do programa de Alimentação Saudável, Idec**

*Como você vê a implementação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs?*

Eu vejo que não foi dada a prioridade e urgência necessárias para a implementação do plano, tanto em relação a execução das atividades previstas, quanto em relação à articulação e à visibilidade das ações executadas. Em relação às atividades relacionadas à área da nutrição, o avanço foi aquém do necessário, principalmente na agenda regulatória como a regulação da publicidade, a adoção de políticas fiscais e a revisão das normas de rotulagem de alimentos para promoção da alimentação saudável.

*Na sua avaliação, quais são as prioridades para reduzir o impacto das DCNTs no Brasil?*

As prioridades, em minha opinião, precisam ser na adoção das políticas mais custo efetivas e recomendadas pela OMS para prevenção das DCNTs relacionadas à má alimentação: adoção da rotulagem nutricional frontal de advertência, aprovação de medida fiscal que aumente o preço das bebidas adoçadas em 20% e uma lei que regule a publicidade de alimentos ultraprocessados. Para que isso seja possível, é fundamental reduzir a interferência das grandes empresas transnacionais nos processos de aprovação das políticas públicas necessárias para reduzir o impacto das DCNTs no Brasil.

## **Ricardo Brandão de Oliveira, Prof. Adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Coordenador do Laboratório de Vida Ativa (LaVA).**

*Como você vê a implementação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs?*

Em 2011, na Reunião de Alto Nível sobre DCTNs, nas Nações Unidas, o Brasil lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022, que permitiu, desde então, importantes avanços, em especial por implementar um importante sistema de Vigilância das DCNTs e, por conseguinte, o monitoramento de metas nacionais. Contudo, talvez possamos dividir em dois importantes períodos, o cenário de avanços e desafios da implementação desta agenda. Quando observamos a prevalência dos fatores de risco, com base nos dados do Vigitel, podemos perceber importantes diferenças nos avanços obtidos entre os anos de 2010 e 2014, diferente da tendência de estagnação vista a partir de 2015. Enquanto que no primeiro período observamos uma redução do tabagismo em aproximadamente 25%, do uso abusivo do álcool em todos os níveis educacionais, do aumento no consumo de verduras e dos níveis de atividade física, no segundo período, observamos uma redução do tabagismo de apenas 3%, com aumento de sua prevalência na população com maior nível de escolaridade, um aumento do uso abusivo do álcool, redução no consumo de verduras e dos níveis de atividade física. A obesidade, por sua vez, apresentou aumento de sua prevalência no primeiro período, sem conquistas no segundo. Com isso, observamos uma redução da mortalidade de aproximadamente 2%, de 2008 até os primeiros anos do lançamento do Plano de Enfrentamento das DCNTs, seguindo por uma tendência de estabilização, a partir de 2015.

Esse nítido retrocesso parece ser fruto da importante crise econômica, política e social

brasileira, que piora as condições de vida, restringe o acesso a importantes serviços de saúde, resultante de cortes orçamentários em programas sociais estratégicos. Em 2016, este cenário piora ainda mais com a aprovação da Emenda Constitucional 95, que impõe limites ao crescimento das despesas do governo brasileiro durante 20 anos, representando um profundo golpe no SUS e em todo o sistema de proteção social, gerando desemprego, aumento da miséria da pobreza e da extrema pobreza e, por conseguinte, um retrocesso nos avanços obtidos no Plano de Enfrentamento das DCNTs.

*Na sua avaliação, quais são as prioridades para reduzir o impacto das DCNTs no Brasil?*

Avançar no combate das DCNT implica em articulações e decisões políticas e na implementação de medidas regulatórias, capazes de enfrentar os interesses comerciais das indústrias de alimentos, álcool e tabaco. Neste sentido, o governo deve cumprir o seu papel de agente regulador na implementação de leis que protegem a população, em detrimento dos interesses comerciais destas grandes indústrias, o que infelizmente não costuma acontecer sem que exista uma importante mobilização da sociedade civil organizada, hoje também ameaçada.

Em relação à atividade física, que conquistou importantes avanços a partir de 2011, com a implementação, pelo Ministério da Saúde, do Programa Academia da Saúde, dados da Pesquisa Vigitel 2017 revelaram que cresce a prática de atividade física no tempo livre de lazer. A prevalência diminui, no entanto, com a idade, sendo mais frequente entre os jovens de 18 a 24 anos. No conjunto das 27 cidades avaliadas, a frequência da prática de atividade física foi maior entre homens (43,4%) do que entre mulheres (31,5%). Esta menor prevalência de mulheres ativas não é uma realidade apenas brasileira. Esse dado é observado em muitos países e nos alerta para a importância de pensarmos políticas públicas para a promoção de atividade física voltada às mulheres. Outro dado importante diz respeito à frequência de adultos que praticam atividade física em seus deslocamentos diários (para o trabalho, por exemplo), de apenas 13,4%. Este é um ponto importante, pois acreditamos haver muito espaço para avançar neste indicador.

Estima-se que, até 2050, de 75 a 80% da população mundial viverá em grandes centros urbanos. Um dos maiores desafios que enfrentaremos nas cidades será torná-las mais inteligentes e sustentáveis. Uma das importantes soluções será o menor uso de carros e o maior uso de transportes ativos, como por exemplo, de bicicletas. Em cidades como Amsterdam e Copenhague, mais de 30% dos deslocamentos feitos diariamente são por bicicleta, enquanto no Brasil, em São Paulo, que mais faz uso de bicicletas no país, esse número não passa de 2% dos deslocamentos.

Em termos práticos, segundo o Plano Global de Enfrentamento das DCNTs 2013-2020, alguns eixos de intervenção são hoje considerados de extrema importância para o alcance da meta de redução de 10% (até 2025) ou 15% (até 2030) dos níveis de inatividade física. Dentre eles, podemos citar investimentos em programas escolares voltados à atividade física; campanhas de massa nos mais diversos canais de mídia, revalorizando culturalmente a importância da atividade física na sociedade; aumento da oferta de ambientes verdes e espaços recreacionais seguros; incentivos a programas de atividade física no ambiente de trabalho; intervenções econômicas favoráveis à prática de atividade física, como redução de impostos para venda de bicicletas e, por fim, planejamento urbano voltado ao transporte ativo.

**Silvana Rubano Turci, pesquisadora do Cetab/ENSP e coordenadora do observatório sobre as estratégias da indústria do tabaco**

*Como você vê a implementação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs?*

Vejo com preocupação. Até 2016, o Ministério da Saúde tinha um plano bem claro sobre como deveríamos enfrentar as DCNTs. Com a mudança de governo, algumas ações de prevenção e promoção da saúde foram reduzidas. Era na atenção básica que se concentravam as orientações e medidas que resultaram na redução das DCNTs, como orientações sobre a realização de exames como o Papanicolau (preventivo para câncer do colo de útero), tratamento de tabagismo, etc. Mas, com a redução no financiamento das clínicas da família, que sempre foram a porta de entrada, já é possível observar mudanças em alguns indicadores.

*Na sua avaliação, quais são as prioridades para reduzir o impacto das DCNTs no Brasil?*

O combate à iniciação ao tabagismo deveria estar no topo da lista, pois a indústria do tabaco, com o único objetivo de não perder seus consumidores, tem lançado novos produtos atraentes para crianças e adolescentes, como os cigarros eletrônicos e os cigarros aquecidos. Esses produtos, além de possuírem sabor e aromas de doces/ frutas/etc., envolvem tecnologia de ponta e isso atrai os jovens. Hoje a Anvisa proíbe a comercialização desses produtos no Brasil, mas o lobby da indústria para sua liberalização tem sido muito forte. Outro aspecto do qual a indústria do tabaco tem se valido é o discurso de que esses produtos oferecem menos riscos à saúde porque não tem alcatrão. Os produtos, entretanto, continuam possuindo nicotina e causando dependência e adoecimento. Por isso, todos os esforços devem ser feitos para que esses produtos continuem não disponíveis no Brasil.

**Bruno Helman, pessoa que vive com diabetes tipo 1, ativista, maratonista e conselheiro da ADJ - Diabetes Brasil**

*Como você vê a implementação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs?*

A implementação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs é de responsabilidade da União. Contudo os Estados e Municípios devem ser também envolvidos para que conjuntamente criem políticas públicas para garantir que a população brasileira tenha acesso democrático à práticas mais saudáveis, para assim prevenir novos casos. Os resultados em relação à população com diabetes são bastante desanimadores, já que a incidência cresceu mais de 60% nos últimos 10 anos (Vigitel,2017). Este fato mostra que, por mais que letal quando não tratada, a doença mobiliza ainda muito pouco a opinião pública, tomadores de decisão e a população de forma geral. Além disso, o enfrentamento vai muito além da prevenção, é de suma necessidade considerar as milhões de pessoas que já convivem com DCNTs e que precisam de acesso digno à educação, informação e tratamento.

*Na sua avaliação, quais são as prioridades para reduzir o impacto das DCNTs no Brasil?*

A prioridade número um é envolver as pessoas que convivem com DCNTs e os seus cui-

dados para que as suas vozes sejam ouvidas e suas demandas refletidas em ações práticas para o combate e enfrentamento das DCNTs. Estamos cansados de tomadores de decisão falando em prol de algo que têm pouco conhecimento de causa. É preciso que unamos forças e nossas expertises sejam levadas em consideração do começo ao fim para que juntos lutemos por uma vida mais saudável. Sem esquecer que, para além de prevenir novos casos, precisamos e devemos atender às demandas daqueles que já convivem com as patologias.

## Anexo II

### Definições dos indicadores de prevalência utilizadas no Vigitel

Percentual de fumantes: número de indivíduos fumantes/número de indivíduos entrevistados. Foi considerado fumante o indivíduo que respondeu positivamente à questão "O(A) sr.(a) fuma?", independentemente do número de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar.

Percentual de adultos que praticam o nível recomendado de atividade física no tempo livre: obtido pela divisão do número de indivíduos que praticam pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa pelo número de indivíduos entrevistados. Este indicador é estimado a partir das questões: "Nos últimos três meses, o(a) sr.(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?", "Qual é o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr.(a) praticou?", Secretaria de Vigilância em Saúde/MS 24 "O(A) sr.(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?", "Quantos dias por semana o(a) sr.(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?" e "No dia em que o(a) sr.(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?"

Percentual de adultos que praticam atividades físicas no deslocamento: número de indivíduos que se deslocam para o trabalho ou escola de bicicleta ou caminhando e que dependem pelo menos 30 minutos diários no percurso de ida e volta/número de indivíduos entrevistados. São consideradas as questões sobre deslocamento para trabalho e/ou curso e/ou escola, conforme a seguir: "Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?", "Quanto tempo o(a) sr.(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?", "O(A) sr.(a) está frequentando algum curso/escola ou leva alguém a algum curso/escola?", "Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?" e "Quanto tempo o(a) sr.(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?".

Percentual de adultos que costumam consumir frutas e hortaliças regularmente: número de indivíduos que consomem frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana/número de indivíduos entrevistados. O hábito foi estimado a partir de respostas às questões: "Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma comer frutas?", "Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma tomar suco de frutas natural?" e "Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?".

Percentual de adultos que consomem refrigerantes em cinco ou mais dias da semana: número de indivíduos que costumam consumir refrigerante (ou refresco/suco artificial) em cinco ou mais dias por semana/número de indivíduos entrevistados, em resposta à questão: "Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?", independente da quantidade e do tipo.

Percentual de adultos que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva: número de adultos que consumiram bebida alcoólica de forma abusiva/número de entrevistados. Foram consideradas consumo abusivo de bebidas alcoólicas cinco ou mais doses (homem) ou quatro ou mais doses (mulher), em uma única ocasião, por pelo menos uma vez nos

últimos 30 dias. Para se identificar o consumidor abusivo, considera-se a resposta sim à questão: "Nos últimos 30 dias, o sr. chegou a consumir cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?" para homens ou "Nos últimos 30 dias, a sra. chegou a consumir quatro ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?" para mulheres. Uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

Percentual de adultos com excesso de peso: número de indivíduos com excesso de peso/número de indivíduos entrevistados. Foi considerado com excesso de peso o indivíduo com Índice de Massa Corporal (IMC)  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> (WHO 2000), calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros, ambos autorreferidos, Relatório da Sociedade Civil sobre a situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 13 conforme as questões: "O(A) sr.(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?", "O(A) sr.(a) sabe sua altura?".

Percentual de adultos com obesidade: número de indivíduos com obesidade/número de indivíduos entrevistados. Foi considerado com obesidade o indivíduo com Índice de Massa Corporal (IMC)  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> (WHO 2000), calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros, ambos autorreferidos, conforme as questões: "O(A) sr.(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?", "O(A) sr.(a) sabe sua altura?".

## Anexo III

### Principais estratégias propostas no Eixo de Promoção da Saúde (Eixo II) do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) no Brasil, 2011- 2022

#### Eixo II – Promoção da Saúde

##### Objetivos

Fomentar iniciativas intersetoriais no âmbito público e privado, visando ao desencadeamento de intervenções e ações articuladas que promovam e estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, constituindo-se em prioridades no âmbito nacional, estadual e municipal. Abordar as condições sociais e econômicas no enfrentamento dos fatores determinantes das DCNT. Proporcionar à população alternativas relativas à construção de comportamentos saudáveis ao longo da vida.

##### Estratégias

#### **Estratégia 1: Garantir o comprometimento dos Ministérios e das Secretarias relacionados às ações de promoção da saúde e prevenção de DCNTs.**

##### 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 os Ministérios da Saúde e Educação, em cumprimento ao estabelecido pela Lei de Diretrizes e Bases, a qual determina a realização de duas aulas de educação física por semana nas escolas; ampliar, pela parceria entre os Ministérios da Saúde, Educação e Esportes, 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 os Ministérios da Saúde e da Cultura, 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 parceria esporte, lazer e saúde, com acordo entre os Ministérios da Saúde e Educação, 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 Relatório da Sociedade Civil sobre a situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 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 DCNTs.

3. Incentivar os formadores de opinião e participantes de redes sociais para a difusão do tema da prevenção de DCNTs 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 DCNTs 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 DCNTs 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 Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República (Secom/PR) e Assessoria de Comunicação (Ascom) Núcleo de Comunicação (Nucom), do Ministério da Saúde, 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 dos 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 DCNTs.
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 Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (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. Relatório da Sociedade Civil sobre a situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil.

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 Programa de Aceleração do Crescimento (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. Relatório da Sociedade Civil sobre a situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil.
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 Educação em Vigilância Sanitária (Educanvisa) 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 Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (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. Relatório da Sociedade Civil sobre a situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil.
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 (Ministério do Desenvolvimento Agrário), 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. Relatório da Sociedade Civil sobre a situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 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. Relatório da Sociedade Civil sobre a situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil.
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.

## **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 socio-assistenciais 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.







### **ACT Promoção da Saúde**

Rua Batataes, 602, cj 31  
CEP 01423-010, São Paulo, SP  
Tel/fax: (11) 3284-7778 / 2548-5979

Av. N. Sa. Copacabana, 330/1107  
CEP 22020-001, Rio de Janeiro, RJ  
Tel/fax: (21) 2255-0520 / 2255-0630

[actbr.org.br](http://actbr.org.br) | [act@actbr.org.br](mailto:act@actbr.org.br)