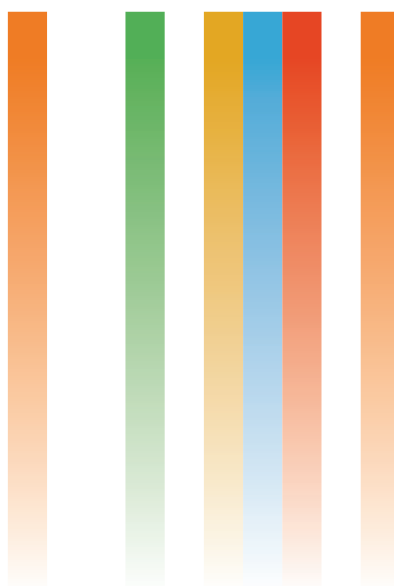




Relatório da Sociedade Civil sobre a situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: evolução dos indicadores de prevalência dos principais fatores de risco e de proteção



Ficha Técnica:

Relatório da Sociedade Civil sobre a situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil:
evolução dos indicadores de prevalência dos principais fatores de risco e de proteção

Coordenação: Ana Curi Hallal

Colaboração: Paula Johns, Mônica Andreis, Daniela Guedes

Revisão: Anna Monteiro

Projeto Gráfico: FW2 Agência Digital

Realização:



Setembro 2015

ACT | Aliança de Controle do Tabagismo

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

Tel/fax 11 3284-7778, 2548-5979

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

Tel/fax 21 2255-0520, 2255-0630

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



/actbr



/actbr

ÍNDICE

1. Sumário executivo	4
2. Quem somos	4
3. Introdução	5
4. Objetivo	6
5. Metodologia	7
6. Resultados	7
7. Discussão e Recomendações	9
8. Referências	10
9. Anexos	12
Anexo 1 - Definição dos indicadores de prevalência - VIGITEL	12
Anexo 2 - Principais ações e estratégias propostas no Eixo de Promoção da Saúde (Eixo II) do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022	13

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

1 Sumário executivo

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

O presente relatório 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.

O presente relatório analisou dados secundários, provenientes do VIGITEL, sendo a evolução temporal dos indicadores observada nos anos 2011, 2012 e 2013, período de vigência do plano nacional. Justifica-se a opção por existência de série histórica para os indicadores permitindo observar a tendência dos mesmos, 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 2011-2013, salienta-se o declínio significativo da proporção de adultos fumantes, a tendência de crescimento significativo do percentual de adultos que realiza atividade física no lazer, bem como aumento significativo da proporção de adultos que consomem regularmente frutas e hortaliças. Estes resultados contrastam com o crescimento significativo da prevalência de obesidade no país. Destaca-se que prevalência de obesidade cresceu de maneira significativa, apresentando crescimento percentual correspondente a 10,8%, entre 2011 e 2013. Em relação ao consumo nocivo de álcool, houve oscilação das taxas de prevalência.

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.

2 Quem somos

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

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

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

ORGANIZAÇÕES DA REDE DCNT

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

3 Introdução

A prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é um desafio global e levou a Organização das Nações Unidas a convocar uma reunião de Alto Nível da Assembléia Geral em 2011, que resultou no compromisso político dos países-membros, entre eles o Brasil, de trabalharem conjuntamente para deterem o crescimento das DCNT^{1,2}.

O Brasil assumiu o compromisso em relação às DCNT e, sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. O plano define e prioriza as ações para preparar o país para enfrentar e deter as DCNT nos próximos dez anos^{3,4,5}.

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

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

EIXOS DO PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO DAS DCNTS

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

AS METAS DO PLANO NACIONAL SÃO^{3,4,5}:

- 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.

4 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.

5 Metodologia

A atualização do Relatório da sociedade civil sobre a situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 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) ^{6,7,8}.

O presente relatório analisou dados secundários, provenientes do VIGITEL, sendo a evolução temporal dos indicadores observada nos anos 2011, 2012 e 2013, período de vigência do plano nacional. Justifica-se a opção por existência de série histórica para os indicadores permitindo observar a tendência dos mesmos, bem como o fato do sistema VIGITEL ser parte integrante do Sistema Nacional de Vigilância de Doenças Crônicas do Ministério da Saúde.

O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) consiste na realização anual de entrevistas telefônicas assistidas por computador 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.

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 costumam consumir frutas e hortaliças 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, 2012 e 2013 ^{6,7,8}. A definição utilizada pelo VIGITEL para cada um dos indicadores encontra-se no Anexo 1 do presente relatório.

Foi realizada a análise de tendência temporal de indicadores de prevalência de fatores de risco e de proteção para doenças crônicas não transmissíveis medidos no VIGITEL. Para tal, utilizou-se a técnica estatística de regressão linear simples. O cálculo foi realizado por meio do programa computacional Epi-info. Admitiu-se tendência linear estatisticamente significativa somente quando a probabilidade desta ter ocorrido por acaso, foi menor do que 0,05, ou seja, $p < 5\%$.

6 Resultados

Foi observado declínio de 23,6% da proporção de adultos fumantes no Brasil entre 2011 e 2013, passando de 14,8%, em 2011, para 11,3%, em 2013, correspondendo a uma redução relativa da ordem de 23% e significativa a tendência de declínio no período (Tabela 1). A meta global da Organização Mundial da Saúde (OMS) ³ é 30% de redução relativa da prevalência do consumo de tabaco atual em adultos e adolescentes. De acordo o Plano de DCNT do Brasil ³, a meta é a redução da prevalência de tabagismo em adultos de 15,1% (2011) para 9,1% em (2022) (Tabela 2). Destaca-se que segundo os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde ⁹, 14,7% das pessoas de 18 anos ou mais de idade eram fumantes de tabaco, enquanto 17,5% eram ex-fumantes de tabaco.

Quanto a realização de atividade física, foi verificado aumento do percentual de adultos que realiza atividade física no lazer entre 2011 e 2013, passando de 30,3% para 33,8%, aumento correspondente a cerca de 12%, sendo observado tendência de crescimento significativo no período (Tabela 1). A meta global da Organização Mundial da Saúde (OMS) ³ é 10% de redução relativa de prevalência de atividade física insuficiente em adolescentes e adultos. A meta do Plano de DCNT do Brasil ³ é o aumento da prevalência de atividade física no lazer, de 14,9% (2010) para 22% (2022). Os

resultados da Pesquisa Nacional de Saúde identificaram que no Brasil, em 2013, a proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que praticavam o nível recomendado de atividade física no lazer era de 22,5%.

No que se refere à alimentação, foi verificado aumento significativo da proporção de adultos que consomem regularmente frutas e hortaliças no período entre 2011 e 2013, sendo o aumento percentual da prevalência correspondente a 16,5% (Tabela 1). A meta do Plano de DCNT do Brasil³ é o aumento do consumo de frutas e hortaliças, de 18,2% (2010) para 24,3% (2022). De acordo com os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde⁹, realizada em 2013 no Brasil, 37,2% dos indivíduos com 18 anos ou mais referiram consumo de carne ou frango com excesso de gordura. Quanto ao consumo regular de frutas e hortaliças, 37,3% dos adultos referiram consumir cinco porções diárias.

Em relação ao excesso de peso, houve aumento percentual de 4,7% da proporção de indivíduos adultos com excesso de peso, com base no peso e altura referidos. Entretanto, a tendência de aumento da prevalência no período não foi estatisticamente significativa no período. Já a prevalência de obesidade cresceu de maneira significativa no período, passando de 15,8% em 2011 para 17,5% em 2013, crescimento percentual correspondente a 10,8% (Tabela 1). Para estes indicadores, segundo a OMS³ e o Plano de DCNT do Brasil³, a meta é deter o crescimento das prevalências (Tabela 2).

Quanto ao consumo nocivo de álcool, houve oscilação da proporção de indivíduos adultos que referiram consumo excessivo nos últimos 30 dias, não sendo identificada tendência significativa da prevalência no período observado (Tabela 1). Destaca-se que a meta global da OMS é de redução de 10% na magnitude da prevalência, e a meta nacional é redução das prevalências de consumo nocivo de álcool, de 18% (2011) para 12% em (2022). Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde⁹, foi observado que a proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade com consumo abusivo de álcool nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa foi 13,7%.

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 doenças crônicas não transmissíveis para os anos 2011, 2012 e 2013. A Diferença percentual foi calculada considerando a variação relativa da prevalência entre os anos 2011 e 2013 e o valor do p foi calculado considerando os anos 2011 e 2013.

Tabela 1 – Distribuição das estimativas de prevalência (IC 95%) de fatores de risco e de proteção para doenças crônicas não transmissíveis segundo ano. Brasil, 2011, 2012 e 2013.

INDICADORES VIGITEL	2011	2012	2013	DIFERENÇA %	VALOR P
Tabagismo Fumante	14,8%	12,1%	11,3%	-23,6%	0,01
Atividade Física Atividade Física no lazer	30,3%	33,5%	33,8%	11,6%	0,04
Alimentação Consumo regular de frutas e hortaliças	30,9%	34,0%	36,0%	16,5%	0,00
Excesso de peso Excesso de peso	48,5%	51,0%	50,8%	4,7%	0,08
Obesidade	15,8%	17,4%	17,5%	10,8%	0,04
Consumo de álcool Consumo excessivo nos últimos 30 dias	17,0%	18,4%	16,4%	-3,5%	0,63

Fonte: VIGITEL, 2011, 2012 e 2013^{6,7,8}

* A Diferença foi calculada considerando a variação percentual da prevalência entre os anos 2011 e 2013.

* O valor do p foi calculado considerando os anos 2011 e 2013.

Na Tabela 2 são apresentadas as estimativas de prevalência de fatores de risco e de proteção para doenças crônicas não transmissíveis em 2013, 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.

Tabela 2 – Estimativas de prevalência de fatores de risco e de proteção para doenças crônicas não transmissíveis no ano de 2013, diferença percentual e 2011, 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.

INDICADORES VIGITEL	2013	DIFERENÇA %	VALOR P	META 2022	OMS 2025
Tabagismo Fumante	11,3%	-23,6%	0,01	9,1%	↓ 30%
Atividade Física Atividade Física no lazer	33,8%	11,6%	0,04	22,0%	↓ 10%
Alimentação Consumo regular de frutas e hortaliças	36,0%	16,5%	0,00	24,3%	
Excesso de peso Excesso de peso	50,8%	4,7%	0,08	Deter crescimento	0% de crescimento
Obesidade	17,5%	10,8%	0,04	Deter crescimento	0% de crescimento
Consumo de álcool Consumo excessivo nos últimos 30 dias	16,4%	-3,5%	0,63	12,0%	↓ 10%

Fonte: VIGITEL, 2011, 2012 e 2013^{6,7,8}

* A Diferença foi calculada considerando a variação percentual da prevalência entre os anos 2011 e 2013.

* O valor do p foi calculado considerando os anos 2011 e 2013.

7 Discussão e Recomendações

Entre os principais avanços no Brasil em relação aos fatores de risco e de proteção para as DCNT, está a implantação de políticas efetivas de controle do tabagismo^{10,11,12}. A política de controle do tabagismo adotada no Brasil resultou na diminuição significativa da prevalência de tabagismo em adultos^{10,11,12}. Em 2011, foi aprovada e sancionada pela presidência da república a Lei 12.546/2011¹³, regulamentada pelo Decreto 8.262/2014¹⁴, 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. A lei¹³ foi sancionada em 31 de maio de 2014, e após mais de dois anos de espera e pressão da sociedade civil organizada, entrou em vigor em dezembro de 2014.

Embora a referida lei¹³ proíba a propaganda dos produtos de tabaco nos pontos de venda, o que significou um importante avanço na legislação nacional, ainda é permitida a exposição das embalagens nos pontos de venda, principal veículo de comunicação com o público jovem. Cada vez mais elaboradas e sofisticadas, as embalagens de cigarros são posicionadas em locais de grande visibilidade nos pontos de venda, em geral próximos a chicletes, balas e chocolates. A colocação das embalagens de cigarros em armários fechados ou sob os balcões, não visíveis, e a adoção do maço padronizado protegem as crianças e adolescentes do marketing da indústria do tabaco¹⁵.

Considerando-se os indicadores avaliados relativos à alimentação, verifica-se que os mesmos evoluíram favoravelmente no período, com tendência significativa de declínio da proporção de indivíduos adultos que consomem carne com

gordura, bem como aumento significativo da proporção de adultos que consomem regularmente frutas e hortaliças. É importante destacar que estes resultados contrastam com o crescimento significativo da prevalência de obesidade no país. Conforme já referido, a proporção de adultos obesos cresceu significativamente entre 2011 e 2013, passando de 15,8% em 2011 para 17,5% em 2013, crescimento percentual correspondente a 10,8%. As estimativas indicam que, em 2013, entre 100 adultos brasileiros, 18 são obesos e 51 tem excesso de peso.

A estratégia de estabelecer acordos voluntários^{16,17} com a indústria de alimentação e a reformulação voluntária dos alimentos processados, ainda que as partes cumpram o acordado, pode produzir efeitos negativos¹⁸. A disseminação da mensagem equivocada de que estes alimentos são saudáveis e a diferenciação de preços entre eles, fazendo com que os produtos não reformulados, mais baratos, sejam consumidos, em sua maioria, pela população com menor poder aquisitivo, são exemplos dos efeitos negativos da estratégia adotada que devem ser considerados, bem como a contribuição potencial para aumentar as iniquidades na saúde.

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 2013. Assim, em 2013, segundo as estimativas do VIGITEL, entre cada 100 brasileiros adultos, 34 deles praticam o nível recomendado de atividade física no lazer e, segundo as estimativas da Pesquisa Nacional de Saúde⁹, entre cada 100 brasileiros adultos, 22 deles praticam atividade física no lazer. Ainda que a implantação do Programa Academia da Saúde tenha sido um importante avanço^{16,19}, deve-se pontuar a necessidade de expansão e avaliação do programa. Várias outras ações para promover a atividade física propostas no plano nacional necessitam ser implantadas ou expandidas, especialmente a reformulação dos espaços urbanos, tornando-os mais saudáveis, com destaque para o Programa nacional de calçadas saudáveis, construção e reativação de ciclovias, parques, praças e pistas de caminhadas⁴.

Em relação ao consumo nocivo de álcool, a aprovação da Lei nº 12.760/2012²⁰ que alterou o Código de Trânsito Brasileiro, foi um progresso. Com destaque para o aumento do valor multa previsto, a suspensão do direito de dirigir por doze meses como penalidade para aquele que dirige sob a influência de álcool e a definição que qualquer concentração de álcool no organismo do condutor o torna passível das medidas elencadas na referida lei. Entretanto, não foi verificada tendência significativa de diminuição da proporção de indivíduos adultos que referiram consumo excessivo nos últimos 30 dias. Salienta-se que várias ações promissoras propostas no plano nacional necessitam ser incrementadas, entre elas: intensificar de ações fiscalizatórias em relação ao uso de álcool e direção motorizada; apoiar 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; e o aumento dos impostos sobre bebidas alcoólicas⁴. É imprescindível que além do incremento das ações regulatórias de publicidade e propaganda de bebidas alcoólicas, a cerveja seja incluída na definição de bebida alcoólica.

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.

8 Referências

1. General Assembly. Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. United Nations; 2011. [acessado 24 jun. 2014]. Disponível em http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1
2. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. World Health Organization, 2013 [acessado 24 jun. 2014]. Disponível em

http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

3. Malta DC, Silva Junior JB. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2013; 22(1):151-164.
4. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Malta DC, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2011; 20(4):425-438.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e de proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF; 2012.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e de proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF; 2013.
8. Malta DC, da Silva Jr. JB. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 23(3):389-395, jul-set 2014.
9. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro, RJ; 2014.
10. Schmid MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; 377: 1949–61.
11. Malta DC, Iser BPM, de Sá NNB, Yokota RTC, de Moura L, Claro RM, da Luz MG, Bernal RIT. Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do VIGITEL, 2006 a 2011. *Cad. Saúde Pública* 2013, 29(4):812-822.
12. Malta DC, Alves da Silva MM, Albuquerque GM, de Lima CM, Cavalcante T, Jaime PC, da Silva Júnior JB. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11):4301-11.2014.
13. Brasil. Lei Nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011 [acessado 24 jun. 2014]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12546.htm
14. Brasil. Decreto 8.262/2014, de 31 de maio de 2014 [acessado 24 jun. 2015]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8262.htm
15. Pantani D, Pinsky I, Monteiro A. Publicidade de tabaco no ponto de venda. São Paulo : Ed. do Autor, 2011.
16. 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.
17. Nilson EAF, Jaime PC, Resende DO. Iniciativas desenvolvidas no Brasil para a redução do teor de sódio em alimentos

processados. Rev Panam Salud Publica 2012; 32(4): 287-922.

18. 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.
19. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 [acessado 24 jun. 2014]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html
20. Brasil. Lei Nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012 [acessado 24 jun. 2014]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12760.htm

9 Anexos

Anexo 1 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 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 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) ≥ 25 kg/m² (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?”.

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) ≥ 30 kg/m² (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 2 Principais estratégias propostas no Eixo de Promoção da Saúde (Eixo II) do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022.

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

1. Garantir o comprometimento dos Ministérios e das Secretarias relacionados às ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT.
2. Realizar ações de advocacy para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis
3. Estabelecer acordo com setor produtivo e parceria com a sociedade civil para a prevenção de DCNT e a promoção da saúde, respeitando o artigo 5.3 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (Decreto nº 5.658/2006) e suas diretrizes.
4. Criar estratégia de comunicação com o tema de promoção da saúde, prevenção de DCNT e seus fatores de risco e promoção de modos de vida saudáveis.
5. Implantar ações de promoção de práticas corporais/atividade física e modos de vida saudáveis para a população, em parceria com o Ministério do Esporte (Programa Academia da Saúde e outros).
6. Estimular a construção de espaços urbanos ambientalmente sustentáveis e saudáveis.
7. Ampliar e fortalecer as ações de alimentação saudável.
8. Promover ações de regulamentação para promoção da saúde.
9. Avançar nas ações de implementação e internalização das medidas legais da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.
10. Articular ações para prevenção e para o controle da obesidade.
11. Fortalecer ações de promoção da saúde e de prevenção do uso prejudicial do álcool.

12. Implantar um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo.

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

Ações:

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

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

Ações:

1. Sensibilizar os membros do Conselho Nacional, Estadual e Municipal de Saúde para a inserção do tema da promoção

da saúde nas agendas nacional, estaduais e municipais.

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

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

Ações:

1. Estabelecer acordos com a indústria e definir metas para reformulação de alimentos processados, tais como a redução do teor de sódio, gorduras e açúcares.
2. Implementar ações de promoção da saúde no ambiente de trabalho no setor produtivo, por meio de realização de parcerias para construção de ambientes saudáveis.
3. Divulgar e monitorar os acordos e parcerias com o setor privado e a sociedade civil para alcançar as Metas nacionais propostas de redução de sal, gordura trans, açúcar e outros.
4. Estabelecer acordos com o setor produtivo para implantação de programas de atividade física como Academia da Saúde e outros.
5. Fortalecer os programas de alimentação saudável no ambiente de trabalho.

6. Estabelecer parcerias com Sistema S, Petrobras, centrais sindicais e outros para fortalecer as ações de promoção da saúde no ambiente de trabalho.
7. Estabelecer parcerias e acordos com a sociedade civil (agricultores familiares, pequenas associações e outros) para o aumento da produção e para a oferta de alimentos in natura.
8. Estimular o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de DCNT no setor de saúde suplementar.
9. Pactuar com os setores sociais um código de ética e conduta na relação público-privada para as ações de promoção da saúde/prevenção DCNT.

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

Ações:

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

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

Ações:

1. Financiar a implantação e adequação de áreas físicas para o Programa Academia da Saúde, com a devida previsão de utilização desses espaços, inclusive com orientação profissional.

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

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

Ações:

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

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

Ações:

1. Implementar os guias alimentares para fomentar, em todos os ciclos da vida, escolhas saudáveis relacionadas à alimentação.
2. Apoiar a implementação dos parâmetros nutricionais do Programa de Alimentação do Trabalhador, com foco na alimentação saudável e na prevenção de DCNT no ambiente de trabalho.

3. Promover a aquisição de alimentos saudáveis para o Programa Nacional de Alimentação Escolar, de forma a respeitar as diferenças biológicas entre faixas etárias e condições alimentares que necessitem de atenção especializada.
4. Articular ações de capacitação e de educação permanente dos profissionais de saúde, em especial na Atenção Primária em Saúde, com foco na promoção da alimentação saudável.
5. Formular a orientação técnica para a aquisição dos alimentos oriundos da agricultura familiar, conforme o Art. 14 da Lei nº 11.947/2009 – Atendimento da Alimentação Escolar.
6. Promover ações de educação alimentar e nutricional e de ambiente alimentar saudável nas escolas, no contexto do Programa Saúde na Escola.
7. Elaborar e implementar programas de educação alimentar e de nutrição, articulando diferentes setores da sociedade.
8. Fortalecer a promoção da alimentação saudável na infância, por meio da expansão das redes de promoção da alimentação saudável voltadas às crianças menores de dois anos (Rede Amamenta Brasil e Estratégia Nacional de Alimentação Complementar Saudável).
9. Fortalecer o projeto 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 Sisvan.

Estratégia 8: Ações de regulamentação para promoção da saúde.

Ações:

1. Propor a revisão do Decreto-Lei nº 986/1969, que trata da defesa e da proteção da saúde individual ou coletiva, no tocante a alimentos, desde a sua obtenção até o seu consumo.
2. Revisar e aprimorar as normas de rotulagem de alimentos embalados, atendendo a critérios de legibilidade e visibilidade, facilitando a compreensão pelo consumidor.
3. Propor e fomentar a adoção de medidas fiscais tais como: redução de impostos, taxas e subsídios, visando à redução de preços dos alimentos saudáveis (frutas, hortaliças), a fim de estimular o seu consumo.
4. Fortalecer a regulamentação da publicidade de alimentos na infância.
5. Fortalecer a regulamentação da publicidade de alimentos e bebidas não alcoólicas.

6. Apoiar a inclusão de alertas sobre riscos à saúde, a qualquer tipo de publicidade destinada à promoção de alimentos processados, conforme regulamento específico.
7. Monitorar a implementação da regulação da publicidade de alimentos.
8. Apoiar a regulamentação da publicidade de substâncias químicas, incluir advertências sobre os riscos à saúde, controlar a exposição e alcançar o banimento do amianto.
9. Fortalecer mecanismos intersetoriais de apoio a iniciativas de regulação de publicidade de alimentos, que são alvo de ações judiciais.
10. Estimular a regulamentação do fornecimento de alimentos e refeições para o setor público e privado, tais como restaurantes universitários, repartições públicas, ambientes de trabalho e outros, a fim de garantir o alcance das recomendações sobre alimentação saudável.
11. Fomentar iniciativas intersetoriais para a regulação e o controle da qualidade e inocuidade dos recursos pesqueiros destinados à alimentação humana.
12. Propor medidas fiscais como redução de impostos, taxas e subsídios, a fim de reduzir o preço de alimentos saudáveis (pescados e algas), estimulando, assim, o seu consumo.

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

Ações:

1. Fortalecer mecanismo de governança intersetorial da Política Nacional de Controle do Tabaco (Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CONICQ) e da governança setorial da implementação das ações da CQCT na agenda de saúde, em consonância com o Art. 19 e cumprindo as diretrizes do Art. 5.3.
2. Adequar a legislação nacional que regula o ato de fumar em recintos coletivos, em consonância com a diretriz da CQCT que estabelece o banimento do fumo em ambientes coletivos fechados, bem como com a legislação referente aos produtos derivados do tabaco (propaganda, rotulagem e outros).
3. Ampliar as ações de prevenção e de cessação do tabagismo em toda população, com atenção especial aos grupos mais vulneráveis (jovens, mulheres, população de menor renda e escolaridade, indígenas e quilombolas).
4. Fortalecer a implementação da política de preços e de aumento de impostos dos produtos derivados do tabaco com o objetivo de reduzir o consumo.
5. Fortalecer mecanismos intersetoriais para combate ao mercado ilegal de produtos derivados do tabaco e ratificar o protocolo sobre a eliminação de mercado ilícito de produtos derivados do tabaco.
6. Fortalecer a regulação dos produtos derivados do tabaco.
7. Fortalecer a integração do setor saúde e demais setores governamentais com o Programa Nacional de Diversificação em áreas cultivadas com o tabaco (MDA), visando à ampliação da cobertura desse programa.
8. Monitorar, avaliar e desenvolver pesquisas para subsidiar a implementação da CQCT no Brasil.
9. Participar dos mecanismos de cooperação internacional relacionados à implementação da CQCT no Brasil.

10. Monitorar as estratégias da indústria do tabaco que visam restringir a adoção das medidas da CQCT, inclusive no âmbito do Judiciário.
11. Fortalecer ações de promoção da saúde junto aos escolares por meio da parceria MS/MEC (Programa Saúde na Escola).

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

Ações:

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

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

Ações:

1. Apoiar a intensificação de ações fiscalizadoras e comércio ilegal em relação à venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos.
2. Apoiar a intensificação de ações fiscalizatórias em relação ao uso de álcool e direção motorizada.
3. Articular, com outros setores de governo nacional e interfederativos, a reabilitação e a reinserção do alcoolista na sociedade, por meio de geração de renda e do acesso à moradia saudável.
4. Apoiar iniciativas locais de redução de danos provocados pelo consumo de álcool, como a distribuição gratuita de água em bares e boates.
5. Fortalecer, no Programa Saúde na Escola, ações educativas voltadas para a prevenção e para a redução do uso de álcool.
6. Articular a rede de cuidado da Assistência Social (CRAS, CREAS) e equipes de apoio para o cuidado aos usuários dependentes de álcool.
7. Apoiar iniciativas locais de legislação específica em relação a controle de pontos de venda de álcool e horário noturno de fechamento de bares e outros pontos correlatos de comércio.

8. Apoiar os projetos de lei que regulamentam a publicidade e a propaganda de bebidas alcoólicas.
9. Apoiar o aumento dos impostos sobre bebidas alcoólicas.
10. Monitorar as ações regulatórias de publicidade e propaganda de bebidas alcoólicas.
11. Ampliar o acesso, qualificar e diversificar o tratamento a usuários e dependentes de álcool e a seus familiares, com ênfase nas populações vulneráveis, como adolescentes, adultos jovens, baixa escolaridade, baixa renda, indígenas e quilombolas.

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

Ações:

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

Inatividade física

Apresentação resumida das ações:

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

- V. Campanhas de comunicação: Criação de campanhas que incentivem a prática de atividade física e hábitos saudáveis, articulando com grandes eventos, como a Copa do Mundo de Futebol e as Olimpíadas.

Alimentação não saudável

Apresentação resumida das ações:

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

Tabagismo e Álcool

Apresentação resumida das ações:

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

Envelhecimento

Apresentação resumida das ações:

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

