

Diretrizes e Recomendações

**CUIDADO INTEGRAL DE
DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO-TRANSMISSÍVEIS**

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

**Setembro
2007**

SUMÁRIO

1	Apresentação
2	Análise da Situação de Saúde
3	Objetivos
	3.1 Geral
	3.2 Específicos
4	Cuidado Integral de DCNT: a integração de políticas públicas
5	Diretrizes
	5.1 Fortalecimento dos Sistemas de Vigilância em Saúde para o Cuidado Integral de DCNT
	5.2 Fortalecimento das Ações de Promoção da Saúde no Cuidado Integral de DCNT
	5.3 Fortalecimento e Reorientação dos Sistemas de Saúde para o Cuidado Integral de DCNT
	5.4 Monitoramento e Avaliação
6	Doenças Crônicas não Transmissíveis e as Políticas Sanitárias
7	O Governo Brasileiro e a Agenda Internacional
	7.1 Metas da OMS frente às DCNT
8	Referências Bibliográficas
9	Anexos
	9.1 Indicadores de monitoramento e avaliação da atenção básica
	9.2 Indicadores de Monitoramento do PAP
	9.3 Indicadores da Promoção no Pacto pela Saúde
	9.4 Lista de Abreviaturas
	9.5 Grupo Redator

1. Apresentação

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

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

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

Tendo em vista o estabelecimento de diversas políticas setoriais no âmbito do SUS, é objetivo deste documento iniciar uma reflexão sobre o modelo de assistência orientado para responder às necessidades das pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT, bem como propor diretrizes fundamentadas na integração das diversas políticas já existentes para convocar as diversas áreas do governo, organizações não-governamentais e a sociedade, na composição de uma rede de compromisso e solidariedade na mudança do modelo de atenção voltado às DCNT. O propósito é desencadear e fortalecer ações sinérgicas e sustentáveis de cuidado integral das DCNT que respeitem as especificidades de cada região de saúde¹.

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

Deste modo, as diretrizes e recomendações expostas no presente documento refletem um trabalho coletivo que agregou saberes e práticas de diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde², de secretarias estaduais e municipais de saúde e de instituições de ensino e pesquisa. A reunião de todos esses atores sociais em seminários e oficinas, onde

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

2 SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – SVS (Departamento de Análise de Situação de Saúde – DASIS); SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE – SAS (Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPE, Departamento de Atenção Básica – DAB, Departamento de Atenção Especializada – DAE); SECRETARIA EXECUTIVA – SE (Departamento de Apoio à Descentralização – DAD); Instituto Nacional do Câncer – INCA; Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

suas experiências eram debatidas e analisadas, produziu um material que pretende mobilizar gestores e trabalhadores da saúde para o desenvolvimento de iniciativas setoriais e intersetoriais que possibilitem a reversão do quadro das DCNT existente no Brasil.

2. Análise da Situação de Saúde

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

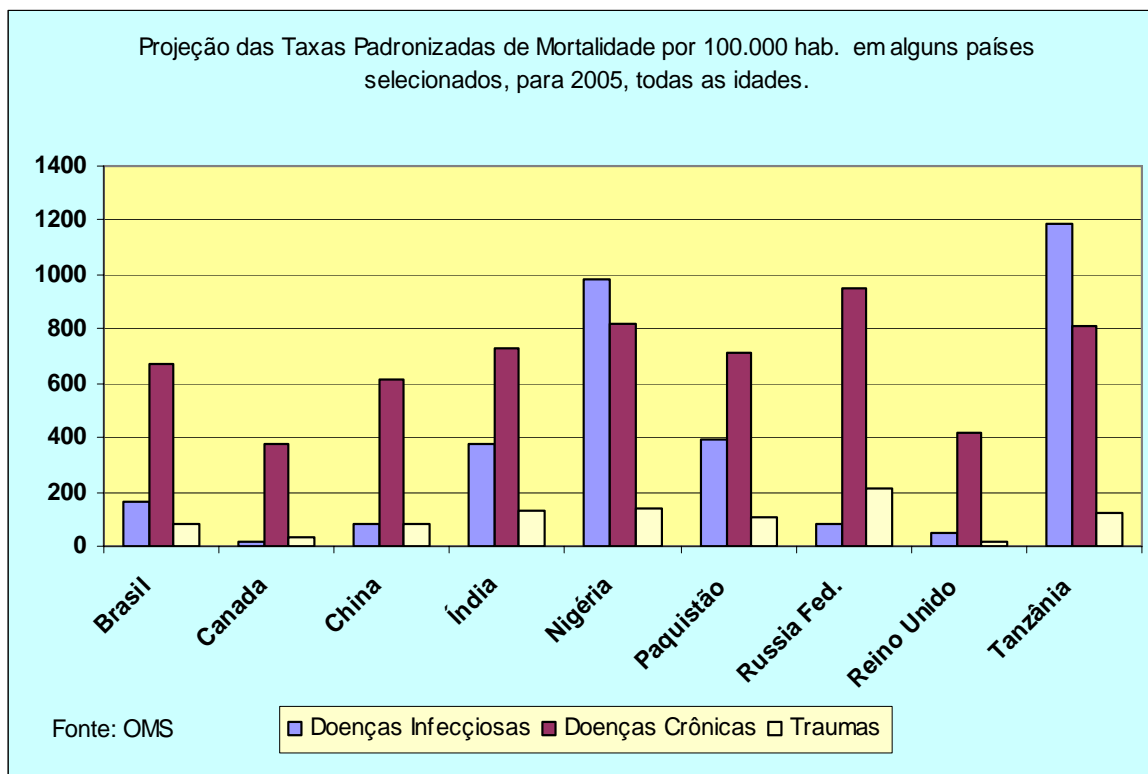
A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como doenças crônicas: as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e renovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes mellitus. A OMS também inclui nesse rol aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, famílias e sociedade;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

Doenças Crônicas Não Transmissíveis

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

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

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



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

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

Fonte: OPAS, 2005.

As DCNT se caracterizam por ter uma etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado e origem não infecciosa e, também, por associarem-se a deficiências e incapacidades funcionais.

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

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

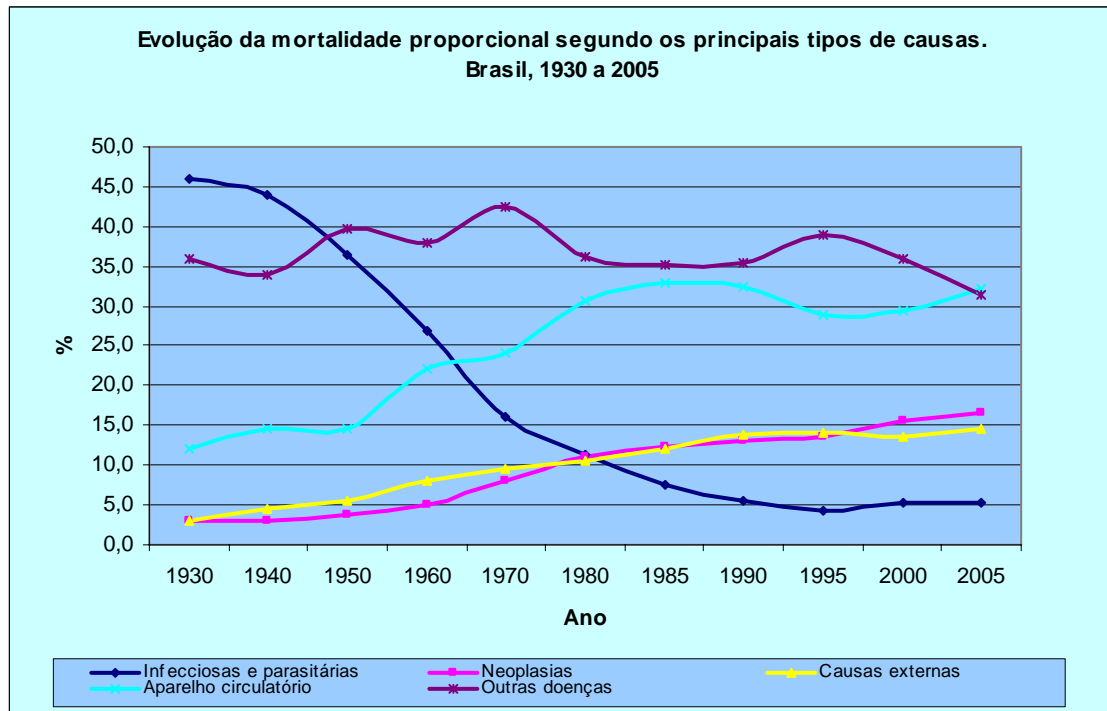
Considerado o cenário contemporâneo, no qual a competitividade e o individualismo são privilegiados como modo de existir e de relacionar-se, as ações dos fatores de risco associados ao sedentarismo, à alimentação com excesso de gorduras, de açúcares e de sal, ao consumo de tabaco, ao uso abusivo de álcool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

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

A transição epidemiológica caracteriza-se pela mudança do perfil de morbidade e de mortalidade de uma população, com diminuição progressiva das mortes por doenças infecto-contagiosas e elevação das mortes por doenças crônicas. Apresenta diversidades regionais quanto às características socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde. A FIGURA 2 apresenta as rápidas mudanças ocorridas no Brasil nas últimas décadas, no qual a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias caiu de 46%, em 1930 para 5,3% em 2005, enquanto as mortes por doenças e agravos não transmissíveis chegaram em 2005 a

representar dois terços da totalidade das causas conhecidas. Dentre elas as doenças do aparelho circulatório passaram de 10% na década de trinta para cerca de 32% em 2005, as neoplasias passaram de 2% para 16,7% no mesmo período e as causas externas representaram em 2005 cerca de 14,5%. Nos países desenvolvidos a transição epidemiológica transcorreu em um período longo enquanto que nos países em desenvolvimento ocorre de maneira rápida acarretando em profundas necessidades de adaptação dos serviços de saúde as novas realidades.

Figura 2 – A Transição epidemiológica no Brasil



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

Nas últimas décadas no Brasil, as DCNT passaram a determinar a maioria das causas de óbito e incapacidade prematura, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, e a representar uma grande parcela das despesas com assistência hospitalar no SUS e no Setor Suplementar.

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

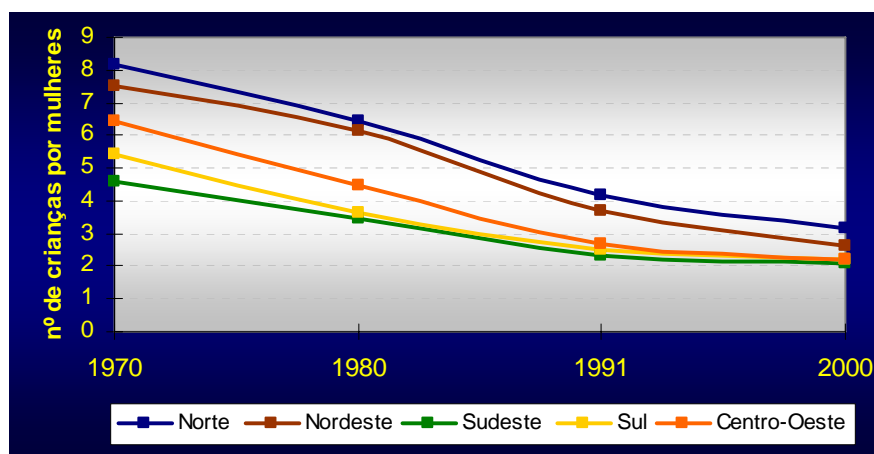
Tabela 1 - Mortalidade proporcional por categoria de causas de óbitos, com redistribuição das causas externas – Brasil, 2002 a 2004.

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

Fonte: Brasil, 2006a.

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

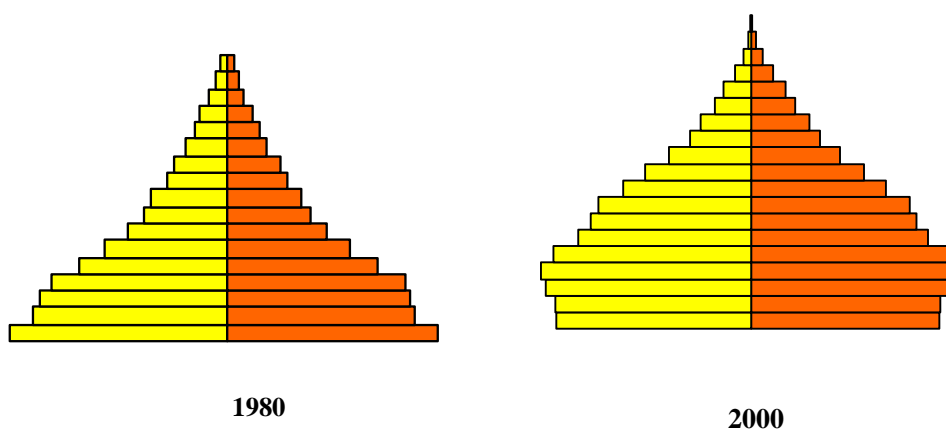
Figura 3 - A transição demográfica no Brasil, taxa de fecundidade por regiões, 1970 a 2000



Fonte: IBGE 2007 (BRASIL, 2006a).

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

Figura 4 – Pirâmides etárias no Brasil, 1980 e 2000



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

Já a transição nutricional, fato considerado marcante na esfera mundial, deve-se à urbanização e globalização, que resultaram em mudanças substanciais na alimentação, com

a crescente oferta de alimentos industrializados (muitos ricos em gorduras, açúcares e sódio), facilidade de acesso a alimentos caloricamente densos e baratos (o que afeta, em especial as famílias de baixa renda) e redução generalizada da atividade física. A figura 5 mostra a evolução da participação relativa (%) de grupos de alimentos no total de calorias determinado pela aquisição alimentar domiciliar, no período compreendido entre 1975 e 2003. Houve aumento de disponibilidade de alimentos industrializados (ricos em gordura, açúcar e sódio) e óleos vegetais e redução de alimentos mais saudáveis, como cereais, leguminosas, frutas e verduras.

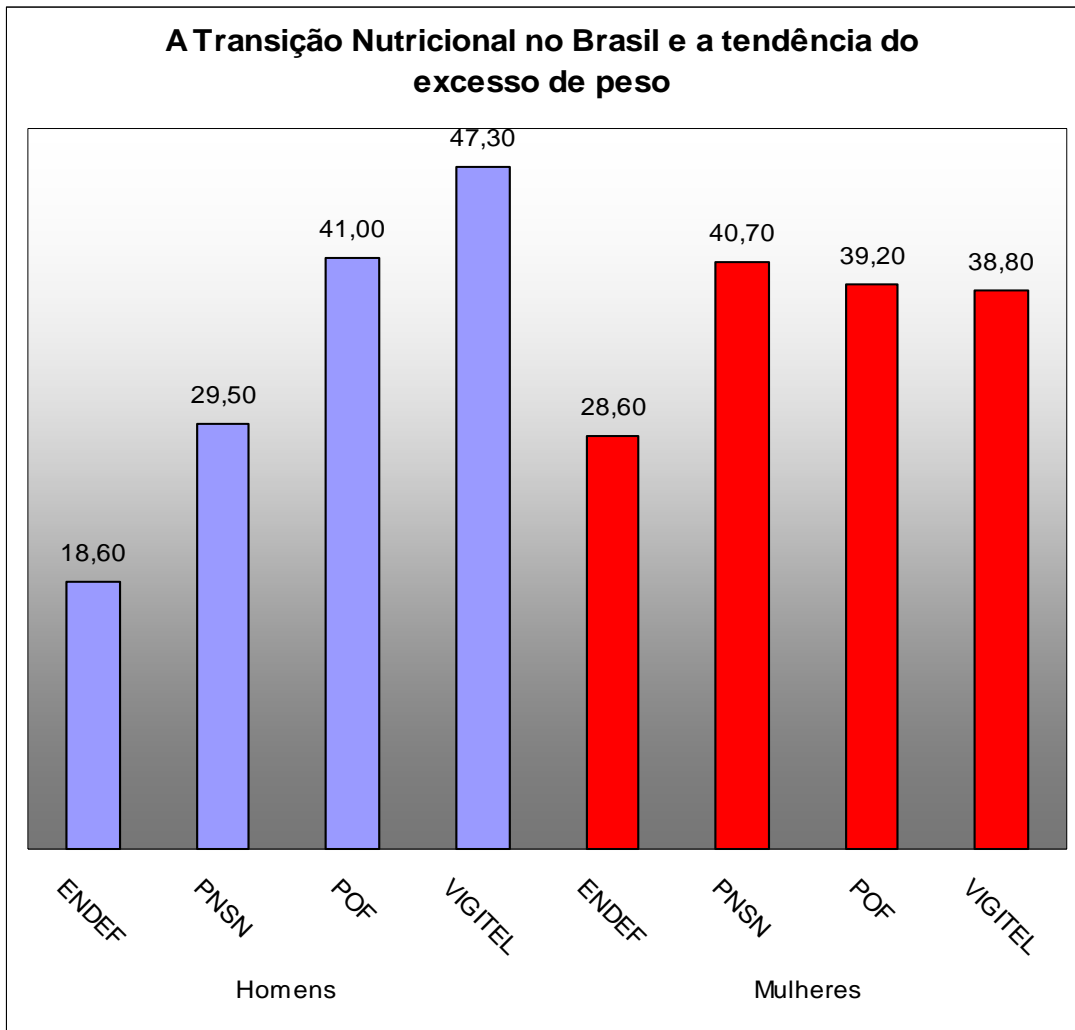
Figura 5 - Evolução da participação relativa (%) de grupos de alimentos no total de calorias determinado pela aquisição alimentar domiciliar

Grupos de Alimentos	ENDEF 1974-75	PNSN 1987 -88	PNDS 1995 - 96	POF 2002 -03
Cereais e Derivados	37,26	34,72	35,4	35,34
Feijões e outras leguminosas	8,13	5,87	5,61	5,68
Verduras e legumes	1,14	1,15	1,0	0,92
Raízes / tubérculos	4,85	4,1	3,58	3,34
Carnes / Embutidos	8,96	10,49	12,98	13,14
Leite/ derivados	5,93	7,95	8,2	8,09
Açúcar / Refrigerantes	13,78	13,38	13,86	12,41
Óleos / Gorduras Vegetais	11,62	14,61	12,55	13,45
Banha / Toucinho / Manteiga	3,04	0,95	0,77	1,08
Frutas / Sucos Naturais	2,16	2,66	2,58	2,35
Ovo	1,15	1,31	0,9	0,18
Refeições prontas e industrializadas	1,26	1,59	1,5	2,29

Fonte: POF 2002-03.

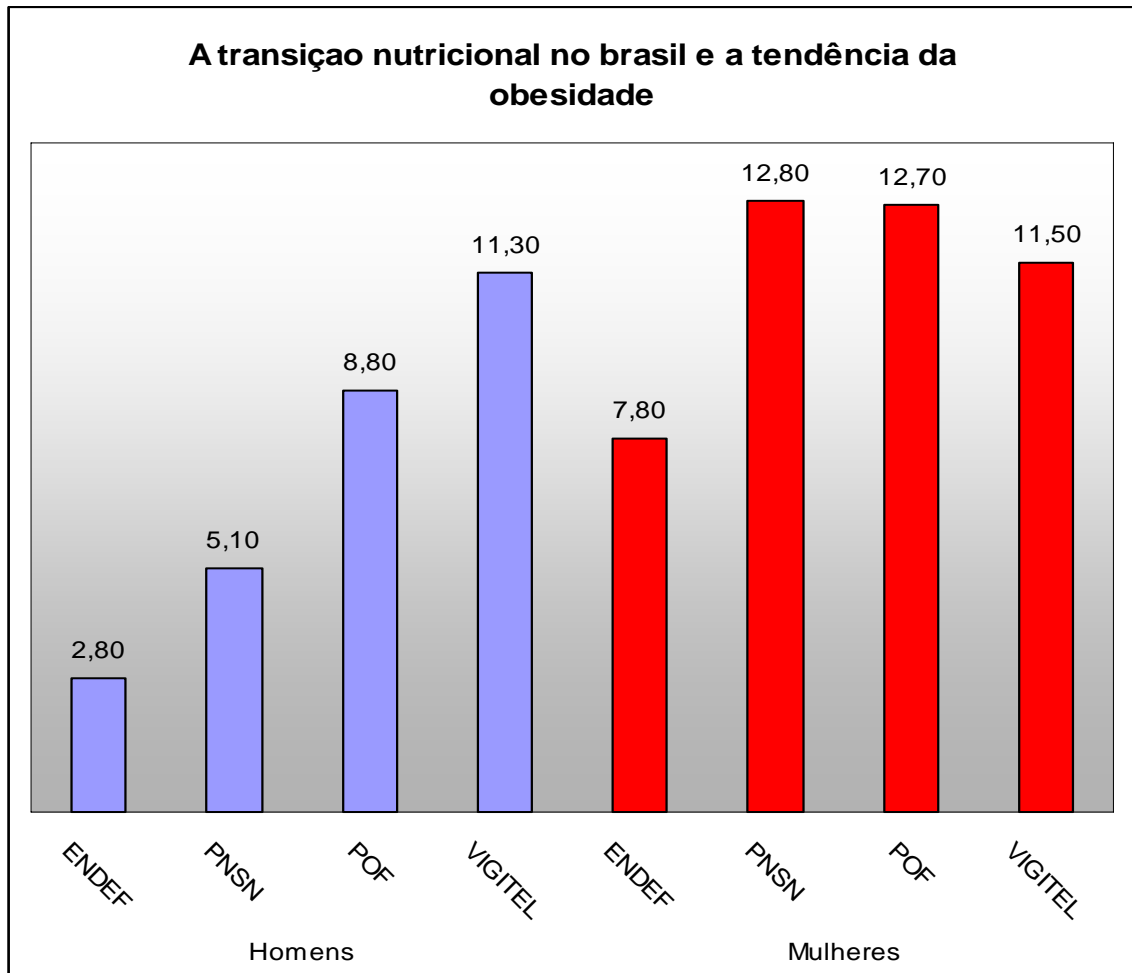
Em termos nutricionais, ocorreu a redução das prevalências de desnutrição e aumento do sobrepeso e obesidade. O excesso de peso ($IMC \geq 25\text{kg/m}^2$) em adultos aumentou de 18,6% (ENDEF, 1975) para 47,3% (VIGITEL, 2006) entre homens e, entre mulheres de 28,6% para 38,8% no mesmo período (FIGURA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

Figura 6 - A transição nutricional no Brasil e a tendência do Excesso de Peso



Fontes: 1975 - ENDEF; 1989 - PNSN; 2003 - POF; 2006 - VIGITEL (Brasil, 2007).

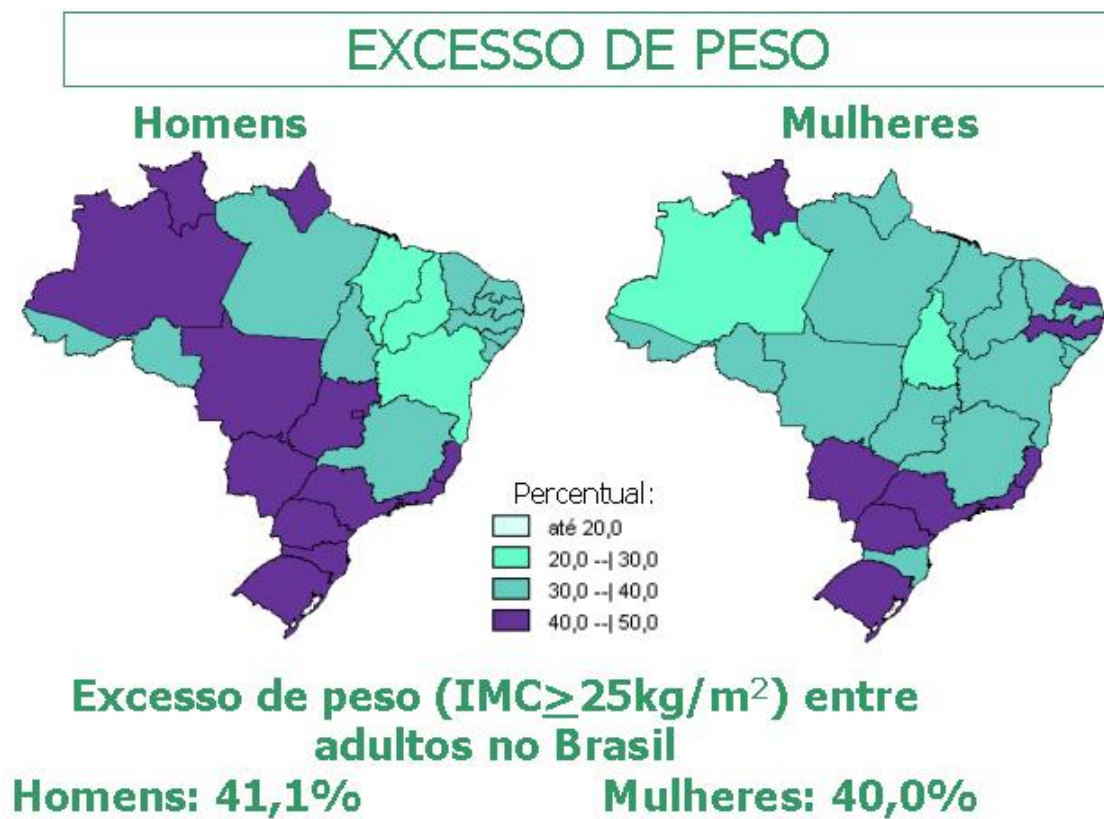
Figura 7 - A transição nutricional no Brasil e a tendência da obesidade



Fonte: 1975–ENDEF; 1989–PNSN; 2003–POF; 2006–VIGITEL (Brasil, 2007).

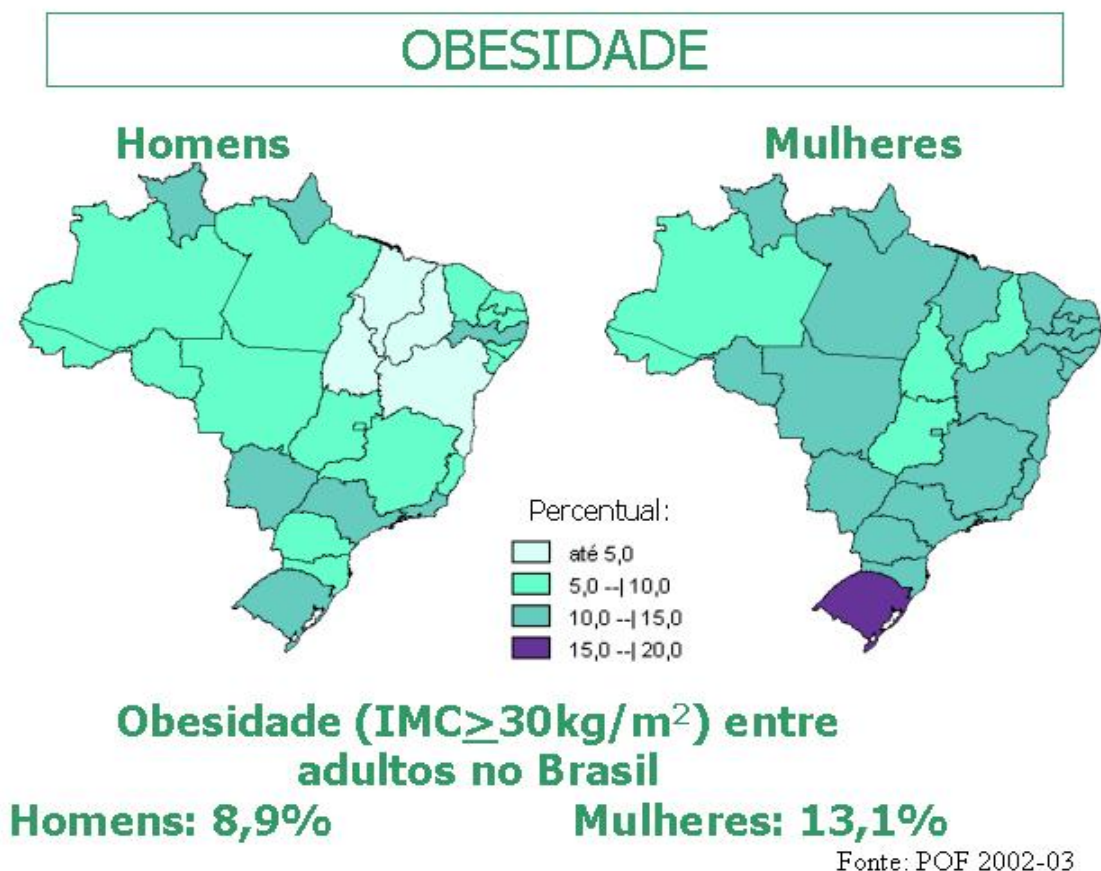
As figuras abaixo (8 e 9) representam a distribuição espacial de excesso de peso e obesidade entre homens e mulheres. Cerca de 40% dos indivíduos adultos do País apresentam excesso de peso (IMC igual ou maior do que 25 kg/m²), não havendo diferença substancial entre homens e mulheres, encontrando-se bem distribuído no Brasil, cujas menores prevalências, ao contrário do baixo peso, são encontradas na região nordeste. A obesidade (IMC igual ou superior a 30 kg/m²) afeta 8,9% dos homens adultos e 13,1% das mulheres adultas do País. As regiões Sul e Sudeste apresentam as maiores prevalências de obesidade no Brasil. (Figura 9).

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



Fonte: POF 2002-03

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



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

estimativas da OMS traduzem uma redução entre 0,5% e 1% do produto interno bruto de países como Brasil, Índia, Canadá, China, Inglaterra, Paquistão, Nigéria, entre 2005 e 2015, se não forem adotadas medidas de cuidado integral destas doenças (OMS, 2005).

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

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

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

3. Objetivos

3.1. Geral

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

3.2. Específicos

- Fortalecer ações sinérgicas entre as três esferas de gestão do SUS no que se refere ao cuidado integral de DCNT e seus fatores de risco.
- Fortalecer ações sinérgicas entre as três esferas de gestão do SUS no que se refere à promoção da saúde, em particular as prioridades referidas na PNPS referentes aos fatores de risco de DCNT (alimentação, inatividade física, tabagismo).
- Debater a importância de inclusão do cuidado integral de DCNT e a abordagem de seus fatores de risco nas ferramentas de organização, planejamento, gestão e financiamento do SUS, especificamente: os Planos de Saúde, os Planos Diretores de Regionalização e os Planos Diretores de Investimento e os Termos de Compromisso de Gestão.
- Cooperar tecnicamente para a elaboração dos Termos de Compromisso de Gestão no SUS quanto ao cuidado integral de DCNT e seus fatores de risco de forma a facilitar a implementação de estratégias sustentáveis, com possibilidade de acompanhamento e avaliação.
- Subsidiar gestores e trabalhadores do SUS para o planejamento de iniciativas de cuidado integral de DCNT e seus fatores de risco.
- Provocar o debate entre gestores e trabalhadores do SUS quanto à organização do processo de trabalho do sistema de saúde de modo a favorecer a melhoria da capacidade de resposta às necessidades de saúde das pessoas com DCNT.

- Sensibilizar gestores e trabalhadores do SUS quanto ao compromisso pela melhoria contínua da qualidade do cuidado integral realizado nos serviços de saúde.

4. Cuidado Integral de DCNT: a integração de políticas públicas.

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

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

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

Verifica-se que certa priorização das DCNT já existem, principalmente porque elas apresentam impacto significativo no planejamento e custo das ações sanitárias efetuadas pelo SUS. Além do investimento na assistência e nos medicamentos destinados aos sujeitos

com DCNT, há uma preocupação nítida com o desenvolvimento de ferramentas que permitam melhor abordagem das DCNT e seus fatores de risco. Uma análise dos editais de pesquisa divulgados em parceria pelo Ministério da Saúde (DECIT/SCTIE), Secretarias Estaduais de Saúde, CNPq e Fundações de Apoio à Pesquisa dos Estados revela o investimento em linhas de pesquisa que produzam tecnologias para o cuidado integral de DCNT e seus fatores de risco por intermédio, por exemplo, do fortalecimento da promoção da saúde, da elaboração de estratégias de prevenção, da melhoria da capacidade de mobilização social para o autocuidado e/ou da formulação de indicadores adequados à avaliação de efetividade das ações em saúde (BRASIL, 2006c).

Frente ao compromisso sanitário expresso no Pacto Pela Vida e aos objetivos e princípios do SUS expressos na Lei nº 8080/90 e considerando o impacto de DCNT na vida dos cidadãos e na gestão do setor saúde, torna-se necessário o desenvolvimento de estratégias mais efetivas de abordagem deste problema de saúde pública (BRASIL, 2006b).

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

Nessa direção, tendo em vista a regionalização como eixo estruturante do Pacto Pela Saúde, é uma premissa básica a vinculação dos Termos de Compromisso de Gestão, dos Planos de Saúde, Planos Diretores de Regionalização e dos Planos Diretores de Investimento às necessidades de saúde da população.

O (re)conhecimento da realidade sanitária das regiões de saúde em que se planejam ações integrais de saúde envolve a produção de um conjunto amplo de informações epidemiológicas, demográficas, setoriais da saúde (como: serviços e trabalhadores de saúde existentes e disponíveis), extra-setoriais (como: a infra-estrutura de outras políticas públicas presentes no espaço em análise), subjetivas (como: a necessidade sanitária percebida pela população condiz com a avaliação institucional) dentre outras.

A vigilância epidemiológica, conforme definida na Lei nº 8080/90, proporciona conhecimento, detecção ou prevenção de mudanças nos fatores determinantes e

condicionantes da saúde individual ou populacional a fim de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das enfermidades e agravos.

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

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

Considerando que a qualidade de vida da população deve ser uma preocupação de todos os setores produtores de políticas públicas e de que é sua tarefa precípua investir na sua melhoria, a intersetorialidade apresenta-se como ferramenta fundamental. O esforço para que os diferentes setores gestores das políticas públicas desenvolvam ações que ocorram de forma sinérgica, coordenada e, quando possível, integrada, pode e deve ter no Sistema Único de Saúde - SUS um ator protagonista.

O SUS, a partir do conceito ampliado de saúde que o embasa e que se expressa na Constituição Federal de 1988 e no seu marco legal, é comprometido com a criação de estratégias intersetoriais, incentivando todos os setores organizados da sociedade a adotarem políticas públicas que assegurem a oferta de bens, ambientes e serviços saudáveis. Cabe ao sistema de saúde brasileiro, pois, conforme ratificado na Política Nacional de Promoção da Saúde, estimular e desencadear ações que favoreçam o compromisso da sociedade e de seus dirigentes com a ampliação da autonomia de sujeitos e coletividades,

fortalecendo sua capacidade crítica de análise do seu contexto sócio-cultural e econômico e, conseqüentemente, propiciando e facilitando o acesso às escolhas mais saudáveis (BRASIL, 2006d).

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

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

Estudos mostram (Luz, 1997; Vasconcelos, 1998) que os sujeitos desejam mais do que diagnósticos precisos sentir-se acolhidos em suas demandas e necessidades. O desejo de sentir-se cuidado é particularmente importante quando os problemas de saúde são complexos demais para a construção de uma cura. Nessa perspectiva, o maior ou menor grau de cuidado pode implicar na redução e/ou aumento do impacto do adoecimento na vida dos sujeitos.

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

Tradicionalmente, os trabalhadores e serviços de saúde estão estruturados para atender aos sujeitos em um momento e/ou instante de sofrimento, quando este ocorre de

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

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

Cuidado Integral de DCNT – Pressupostos

- Reconhecimento de que as DCNT constituem-se num dos principais problemas de saúde pública do país, dada a magnitude de sua prevalência e os impactos sociais e econômicos que elas produzem para a sociedade;
- Reconhecimento da efetividade das medidas propostas para sua prevenção;
- Reconhecimento da necessidade de fortalecer um modelo de atenção integral à saúde, que contemple de modo mais adequado o cuidado integral das DCNT;
- A necessidade de que sejam ampliadas as ações promotoras da saúde realizadas por meio de parcerias e articulações intersetoriais.

5. Diretrizes

5.1. Fortalecimento dos Sistemas de Vigilância em Saúde para o Cuidado Integral

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

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

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

. Outro componente da análise de situação consiste na *avaliação e monitoramento* desta ações, possibilitando a retroalimentação ao processo de tomada de decisão.

As informações utilizadas no setor saúde podem ser obtidas por meio dos dados censitários; dados dos serviços de saúde referentes à produção de serviços ambulatoriais e hospitalares; dados de mortalidade, morbidade, dados referentes aos registros de câncer, dados relacionados aos inquéritos de saúde (fator de risco, morbidade referida - PNAD, etc); dados clínicos (resultante de registros de prontuários, laboratórios), dentre outros (Viacava, 2002).

O SUS dispõe de diversos sistemas de informação em saúde, entre eles o SIM criado em 1975 que possibilita a obtenção regular de dados sobre mortalidade, de forma

abrangente e confiável. O sistema proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde, permitindo estudos não apenas do ponto de vista estatístico epidemiológico, mas também do sócio-demográfico. Mediante grandes esforços e investimentos do MS, SES e SMS, o SIM tem ampliado a sua cobertura e qualidade nos últimos anos, mas ainda existem estados e regiões com coberturas ainda insuficientes para o cálculo direto das taxas de mortalidade. Em função disto, ainda são adotados métodos indiretos, utilizando as estimativas do IBGE para o cálculo das taxas em determinadas localidades. Outro problema em determinadas regiões refere-se à qualidade dos dados, contendo grande percentual de variáveis ignoradas, refletindo na maioria das vezes, dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A melhoria dos Sistemas de Informação tem uma perspectiva estratégica na estrutura organizacional, na avaliação e monitoramento da qualidade dos serviços.

Para estudos da **morbidade** o SUS dispõe de sistemas administrativos que gerenciam diversas modalidades assistenciais, onde é possível a obtenção de informações sobre as doenças que motivaram a procura pelo serviço. Entre esses, o mais importante é o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) que gerencia as internações realizadas em toda a sua rede hospitalar conveniada ao SUS, e que corresponde a aproximadamente 80% do movimento hospitalar do país. Mesmo não abrangendo a totalidade das internações, os dados desse sistema permitem, de forma indireta, conhecer o comportamento temporal da ocorrência das doenças no país. O Sistema de Informação ambulatorial coleta informações sobre atendimentos ambulatoriais. O Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC, registra a realização de procedimentos ambulatoriais de diagnóstico e terapias de alta complexidade (por exemplo: quimio e radioterapia, Terapia renal substitutiva, exames de tomografia, dentre outros). O país dispõe ainda dos Registros de Câncer de Base Populacional – RCBP, implantados em 19 cidades e Registros Hospitalares de Câncer, coordenados pelo Instituto Nacional do Câncer, que produzem informações sobre a ocorrência de casos dessas doenças e subsidia a produção de estimativas futuras de incidência de câncer.

Existem outros sistemas de informação como o SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica), que coleta informações do Programa de Saúde da Família, o SISCOLO (Sistema de Informação de Colo Uterino), HIPERDIA (Cadastro de hipertensos e

diabéticos), possibilitando o monitoramento de determinadas populações de risco, planejamento de ações, cálculo de consumo de medicamentos. Para vigilância do estado nutricional o Brasil possui o SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), fonte de informações contínua sobre a situação alimentar e nutricional da população brasileira.

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

5.2. Fortalecimento das Ações de Promoção da Saúde no Cuidado Integral

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

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

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

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

O planejamento e gestão de estratégias de Promoção da Saúde, notadamente àquelas marcadas pela intersetorialidade, alcança maior potência, maior efetividade, à medida que promove a autonomia e o envolvimento de sujeitos e coletivos para que todos sejam protagonistas e identifiquem-se às propostas desenvolvidas. A construção coletiva é

fundamental para que as ações de Promoção da Saúde tenham maior sustentabilidade e reduzam o investimento necessário em arranjos curativos e farmacêuticos, reduzindo os riscos ao adoecer e as intercorrências clínicas.

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

Na PNPS (Portaria nº 687 – 30/03/2006), os gestores do SUS construíram e deliberaram uma agenda de ações específicas e prioritárias para a primeira fase de implementação da Promoção da Saúde no SUS. Das ações priorizadas para os anos de 2006, a 2008, quatro estão diretamente relacionadas ao cuidado integral para as DCNT: Alimentação Saudável, Atividade Física/Práticas Corporais, Prevenção e Controle do Tabagismo e Redução da morbimortalidade decorrente do Uso Abusivo de Álcool e Outras Drogas.

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

Neste sentido, da adoção de um planejamento em saúde que se centre na busca pelas articulações de atores sociais, pela ampliação da autonomia e pelo foco na consolidação de sinergias a partir de dado território sanitário e/ou região de saúde, há que se considerar a importância da Atenção Básica para a Promoção da Saúde.

Na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB afirma-se que os sujeitos devem ser considerados em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural (Brasil, 2006e). Há, pois, grande identidade entre a PNPS e a PNAB, reforçando um vínculo há muito identificado por suas próprias equipes de profissionais e gestores na

abordagem dos condicionantes do processo saúde-doeecer e nas maiores ou menores possibilidades de viver de um modo mais saudável.

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

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

5.3. Fortalecimento e Reorientação dos Sistemas de Saúde para o Cuidado Integral

Reorientar os modelos de atenção à saúde requer a compreensão da situação de saúde de dado local para poder atuar na realidade de saúde. Em se tratando das DCNT, elas têm sua especificidade, especialmente no que diz respeito a qualidade de vida das pessoas e de suas famílias. Portanto, nesta perspectiva, há de se destacar o controle integrado e a tomada de decisão baseada em evidências científicas.

O controle integrado

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

Nesta dimensão, está a importância de integrar os diversos níveis de atenção do sistema de saúde, onde acesso e resolutividade são palavras-chave e onde ganham espaço as chamadas linhas de cuidado. As linhas de cuidado constituem-se em políticas de saúde matriciais que integram ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e de terapêutica, mas, também, uma visão global das suas condições de vida.

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

O Brasil é caracterizado por possuir uma política de saúde de Estado, que sustenta um sistema de saúde estruturado na defesa dos direitos de cidadania. O SUS, como um movimento vivo, tem progredido por meio da melhoria de suas ferramentas de planejamento e gestão e de sua capacidade de responder às necessidades de saúde

específicas de cada parcela da população, mantendo-se fiel ao princípio da universalidade e, ao mesmo tempo, atento à equidade.

Assim, cabe, diante da epidemia de DCNT, agregar tecnologias orientadas e preparadas para a abordagem de processos de adoecimento de mais longo prazo e de causalidade complexa, na qual se articulam diferentes fatores individuais, coletivos, sócio-políticos, culturais, históricos e econômicos.

A ação integrada com outros setores

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

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

No caso do tabagismo já existem evidências da importância da ação integrada do Estado, seja na regulação da propaganda, controle dos pontos de venda, taxaço de produtos do cigarro, dentre outros que resultaram em evidente redução da venda de

produtos, declínio na prevalência de tabagistas no país, bem como nas taxas de mortalidade por câncer de pulmão entre homens abaixo de 65 anos (Monteiro et al, 2007; Malta et al, 2007).

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

Nessa perspectiva a possibilidade do autocuidado e a tomada individual de decisões voltadas para melhoria da qualidade de vida torna-se possível, melhorando os resultados das políticas de controle.

Tomada de decisão baseada em evidências científicas

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

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

Nesse sentido, a integração com Universidades e outros Centros Colaboradores é muito importante, aproximando a Academia da Prática e qualificando a atenção á saúde.

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

5.4. Monitoramento e Avaliação

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

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

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

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

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

Algumas etapas do processo avaliativo consistem em: envolver os diferentes atores implicados no processo, descrever o programa (conhecer seu marco lógico), escolher métodos adequados e coletar informações, definir indicadores para avaliação, fundamentar as conclusões: interpretação, julgamento, recomendações, assegurar a aplicação e compartilhar as lições aprendidas (CDC, 2005).

No marco do Pacto Pela Saúde, o SUS trabalhou na produção de um conjunto de indicadores unificados para o monitoramento do desempenho do serviço e situação de saúde da população (Portaria GM nº 91, 10/01/2007). Esses indicadores organizam-se em dois grupos: 38 indicadores principais e 12 indicadores complementares. Os indicadores principais da pactuação unificada prestam-se a avaliação do Pacto Pela Saúde e os indicadores complementares são de pactuação opcional por parte de municípios, estados e do Distrito Federal e serão monitorados pelo gestor federal com

base nos sistemas de informação em saúde caso não tenham sido objeto de pactuação por municípios, estados e o Distrito Federal (Brasil, 2007a).

Dentre os indicadores de monitoramento do Pacto Pela Saúde encontram-se:

INDICADORES PRINCIPAIS	INDICADORES COMPLEMENTARES
Índice de Alimentação Regular das Bases de Dados Nacionais	Proporção de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos
Razão entre exames preventivos do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina neste faixa etária	Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados
Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)	Proporção de portadores de diabetes mellitus cadastrados
Proporção de internações por complicações de diabetes mellitus	
Concentração de mamografia em mulheres de 40 a 69 anos	
Proporção de punção de mama dos casos necessários	

Outros indicadores de monitoramento constituem na Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (Anexo 9.1), nos indicadores de DCNT da PAP (2005 e 2006) (Anexo 9.2).

O Ministério da Saúde desenvolveu também alguns Marcadores do Pacto pela Saúde dentre os quais se destacam aqui aqueles que se referem à Promoção da Saúde (Anexo 9.3).

6. Doenças Crônicas Não Transmissíveis e as Políticas Sanitárias

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

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

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

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

Tomando como exemplo o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabete, pode-se identificar as chamadas linhas de cuidado, que têm início na atenção básica e acompanham o paciente nas ações de média e alta complexidade. No âmbito da atenção básica, estão as mudanças de hábitos alimentares, a prática de atividade física, a avaliação clínica sistemática e o acesso aos medicamentos capazes de manter sob controle os níveis da pressão arterial e da glicemia. Por outro lado, também incluem a organização da atenção especializada, capaz de dar respostas efetivas às complicações que porventura surgirem, evitando a morte precoce e a incapacidade.

O mesmo pode ser percebido nas políticas de atenção à saúde da mulher, que incluem a atenção ao pré-natal e ao parto, bem como informações para o auto-cuidado, na realização do exame das mamas e das colpo-citologias sistemáticas para prevenção do

câncer de colo de útero, sem deixar de estabelecer as referências para as cirurgias que se fizerem necessárias, ou mesmo os procedimentos da atenção oncológica.

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

Na mesma linha, as políticas nacionais de Atenção ao Portador de Doença Renal e de Assistência Cardiovascular, demandam a garantia de resolutividade na rede básica, por meio da detecção precoce das alterações da função renal e cardíaca, do tratamento adequado das formas leves, da integração de terapias alternativas e da atuação de equipes multi-profissionais. Ao mesmo tempo, incluem as redes organizadas para o atendimento de alta complexidade, de modo a garantir a integralidade da atenção.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (Brasil, 2001) retoma o tema da segurança alimentar e dentre suas diretrizes define a importância de trabalhar a prevenção de DCNT, por meio do acesso na alimentação saudável e, posteriormente, a Portaria Interministerial nº 1010, de 8 de maio de 2006, os Ministérios da Saúde e da Educação elegem a escola como espaço privilegiado para orientação nas escolhas alimentares adequadas, enfatizando o consumo de frutas e legumes e apontando para o aproveitamento dos produtos regionais, como forma de respeito às diversidades culturais. A criança passa a valorizar as coisas que lhe garantem melhor qualidade de vida podendo influenciar nas decisões dos adultos (Brasil, 2006a).

Do ponto de vista do desenvolvimento local, as cidades têm oportunidade de explorar o cultivo desses produtos e alimentos, utilizando manejos adequados em relação a agrotóxicos e qualidade da água; é a chamada Agricultura Orgânica Familiar, que mantém a qualidade da produção e garante o sustento da família.

Outros programas são voltados especificamente ao controle de fatores de risco como é o caso daquelas destinadas ao controle do tabagismo, que incluem a informação e contam

com a decisão própria do paciente, além de fornecer instrumentos de apoio, seja referente a medicamentos, seja de suporte psicológico. O Programa Nacional do Tabagismo organizado desde 1996 tem sido modelo mundial por articular políticas públicas, desenvolver legislação específica com ênfase no controle de propaganda, taxaço dos derivados do tabaco, dentre outros.

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

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

Política Nacional sobre o Álcool – (MS, 2007)
Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (MS, 2006),
Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (MS, 2006),
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI (MS, 2006),
Política Nacional de Atenção Oncológica (MS, 2005),
Engajamento do Brasil na Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física
– Projeto “Pratique Saúde” – 2005
Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (MS, 2004),
Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (MS, 2004),
Política Nacional de Saúde Bucal (MS, 2004),
Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras
Drogas (MS, 2003),
Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (MS,
2002),
Programa “Ambientes de Trabalho Livres do Tabaco”, Programa “Saber Saúde” e
Programa “Cessação de Fumar”
Plano de reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus (MS,
2001)
Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência (2001),
Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN (MS, 1999),
Política de indução de ações de Promoção à Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, no
âmbito do Setor de Saúde Suplementar, visando à integralidade da Atenção à Saúde.-
Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
Programa VIVA MULHER (MS, 1996),
Iniciativas na Saúde Mental – CAPS

7. O Governo Brasileiro e a Agenda Internacional

A ameaça das DCNT é um problema mundial que acomete o desenvolvimento econômico e social, tanto de países ricos como pobres, o que configura a necessidade de uma nova abordagem dos tomadores de decisão quanto a medidas custo-efetivas que possam impactar as condições de saúde das populações. Faz-se necessária, portanto, uma aliança global no desenvolvimento de políticas e programas voltados à reversão do quadro contemporâneo. Neste sentido, as ações devem se dar de forma cooperativa de modo a garantir a participação efetiva dos âmbitos internacional, nacional, regional e local, com vistas a uma resposta eficaz e integral.

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

Ressalta-se o engajamento do Brasil na Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física que, por meio do Projeto “Pratique Saúde”, iniciado em 2005, aborda dois dos principais fatores de risco das DCNT: o sedentarismo e a dieta inadequada. O objetivo é o de despertar a população para as causas destas doenças e seus principais fatores de risco: excesso de peso ou obesidade, consumo de tabaco, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e o consumo inadequado de certos alimentos.

Outra importante adesão do país neste processo foi a convocação da OPAS para a construção de uma *Estratégia Regional e Plano de Ação com enfoque integrado da prevenção e controle de doenças crônicas, inclusive dieta, atividade física e saúde* que reuniu técnicos de setores de governo e da sociedade civil na elaboração de uma agenda de

atividades para América Latina e Caribe. No caso brasileiro, a convocação impulsionou um processo iniciado há algum tempo (relatado no item 7.1) e este documento já se configura como um desdobramento.

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

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

Consciente destas circunstâncias e reconhecendo a necessidade do manejo integrado, pontua-se que a abordagem deva ser apropriada, respeitando as especificidades e as características culturais e socioeconômicas nas diferentes regiões de saúde do país. Assim, a formulação destas estratégias deve se dar nos locais em que as ações são executadas, embasadas em diretrizes de âmbito global e nacional.

7.1. Metas da OMS frente às DCNT

Globalmente das 58 milhões de mortes em 2005, 35 milhões referem-se à DCNT, A projeção mostra um aumento futuro de 17% nos próximos 10 anos. O custo da inação é inaceitável, assim a OMS propôs aos países prioridade no enfrentamento deste tema. A OMS descreve 10 mitos que comumente acompanham as DCNT e as tornam negligenciadas na sua abordagem mundial entre governos, mídia e população em geral (OMS, 2005). Os 10 (dez) mitos são:

- *“DCNT afetam predominantemente os países ricos”*. – o que se revela errôneo, pois 4 em cada 5 mortes por DCNT ocorrem em países em desenvolvimento.

- *“Países em desenvolvimento poderiam controlar as doenças transmissíveis antes das DCNT”*. – também é uma falsa questão, pois nos países em desenvolvimento convive-se com velhos e novos desafios e dupla carga de doenças, que devem ser ambos objeto de intervenção.

- *“DCNT afetam predominantemente pessoas ricas”* - o que se revela errôneo, pois as pessoas pobres são mais afetadas, pois, na maioria das vezes não tem acesso a escolhas saudáveis, e menor acesso a tratamento adequados. Além disto, as DCNT podem levar pessoas e famílias a aumentar sua pobreza, por reduzir sua capacidade de trabalho e resultar em maiores gastos.

- *“DCNT afetam predominantemente pessoas idosas”* – a maioria das DCNT afetam pessoas com menos de 70 anos de idade, levando a mortes e incapacidades prematuras.

- *“DCNT afetam predominantemente homens”* – na verdade afetam igualmente homens e mulheres. Dados da OMS revelam que as Doenças cardiovasculares produziram no mundo em 2005, 3,6 milhões de mortes em mulheres (47% das mortes por esta causa).

- *“DCNT são resultado de estilos de vida não saudáveis”* - a responsabilidade individual ocorre apenas quando o indivíduo pode ter acesso à opção de escolhas saudáveis. Os governos têm um papel crucial em prover escolhas saudáveis, em especial para providenciar proteção social para grupos vulneráveis. Isto é especialmente verdadeiro para crianças, que não podem escolher o ambiente em que vivem, sua dieta, a exposição ao tabaco, etc.

- *“DCNT não podem ser prevenidas”* - Esta atitude pessimista não corresponde à realidade. A eliminação dos fatores de risco pode eliminar pelo menos 80% das doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e AVC e 40% dos cânceres.

- *“Prevenir DCNT é muito caro”* – a maioria das intervenções de prevenção de DCNT são custo efetivas em todas as regiões do mundo. Investir nestas ações custa muito pouco e tem ótimo resultado.

- *“Algumas pessoas tem muitos fatores de risco e vivem muito tempo”* – Estes casos certamente existem, mas não são muito freqüentes, na maioria das vezes, as pessoas que tem um ou mais fator de risco desenvolvem doenças e ou morrem precocemente.

- *“Todo mundo irá morrer um dia”* – Isto é fato, mas a morte não precisa ser lenta, prematura ou dolorosa.

A superação destes mitos é essencial na definição de políticas públicas de cuidado integral das mesmas. A OMS propôs a meta de reduzir as taxas em 2% ao ano até 2015, estabelecendo compromissos entre os países membros, seja no estabelecimento de ações integradas, desenvolver políticas de prevenção, vigilância e controle de DCNT, envolver os diversos setores na proposição de planos de ação e programas integrados (OMS, 2005; OMS, 2007).

8. Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 737/GM de 16 de maio de 2001. Institui a Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Brasília, DF, 2001. Disponível em:< <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf> > Acesso em: 14 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao *diabetes mellitus*: hipertensão arterial e *diabetes mellitus*. Brasília, DF, 2001a. Disponível em:<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/hipertensaodiabetes/documentos/publicacoes/miolo2002.pdf> Acesso em: 14 ago.2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1575 de 29 de agosto de 2002. Consolida o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e dá outras providências. Brasília, DF, 2002. Disponível em: < <http://www.saude.rj.gov.br/docs/tabagismo/Portaria%20n%C2%BA%201575%20de%2029-08-2002.pdf> > Acesso em: 14 ago. 2007.

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1169/GM de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, e dá outras providências. Brasília, DF, 2004a. Disponível em:<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1169.htm>> Acesso em:13 ago. 2007.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF, 2004c. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>Acesso em: 14 ago.2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2439 de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF, 2005a. Disponível

em:< <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>> Acesso em:13 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Projeto Pratique Saúde. Brasília, DF, 2005b. Disponível em:< http://200.214.130.38/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21858>. Acesso em: 14 ago. 2007.

BRASIL. Programação Pactuada de Vigilância em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2006. Mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Pacto Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Diretrizes Operacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Programa VIVA MULHER. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher/documentos/vivamulher_faseI.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências e Tecnologia. Edital MS/CNPq/FAPES – nº 13/2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24224 Acessado em: 2007 Fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências e Tecnologia. Edital MS/CNPq/FAPES – nº 024/2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24224 Acessado em: 2007 Fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências e Tecnologia. Edital MS/CNPq/FAPES – nº 026/2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24224 Acessado em: 2007 Fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências e Tecnologia. Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS) Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sctie/decit/pesquisa_sus/decit/menu_principal_ap.asp Acessado em: 2007 Fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 6.117 de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade. Brasília, DF, 2007. Disponível em:< http://www.in.gov.br/imprensa/jsp/jsp/jornaiscompletos/visualizacao/pdf/visualiza_pdf_do_1.jsp?data=23/05/2007&jornal=do&segedicao=&secao=1&pagina=5> Acesso em:13 ago. 2007.

BRASIL. VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pacto Pela Saúde*. Portaria GM nº91 – 10/01/2007. Define indicadores para monitoramento do desempenho dos serviços. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Department of Health and Human Services. *Physical Activity Evaluation Handbook*. Atlanta, GA. EUA. U.S.; 2002.

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

FUNDAÇÃO IBGE. Consumo Alimentar; Antropometria. Rio de Janeiro (1977) Estudo Nacional da Despesa Familiar – ENDEF, v.1: Dados Preliminares, Regiões I, II, III, IV e V.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de Índices de Preços. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: primeiros resultados. Rio de Janeiro, 2004b. 276p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais. Estimativas por métodos demográficos. Censos demográficos de 1970 a 2000. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 06 fev.2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar PNAD. Suplemento de acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro, 2003.

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

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (INAN) Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição: condições nutricionais da população brasileira: a adultos e idosos. Brasília, 1991.

SILVA-JUNIOR, J. B. ; GOMES, Fábio de Barros Correia ; CEZÁRIO, Antônio Carlos ; MOURA, Lenildo . Doenças e Agravos Não-Transmissíveis: Bases Epidemiológicas. In: Maria Zélia Roquayrol; Naomar de Almeida Filho. (Org.). Epidemiologia & Saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica LTDA, 2003, v. , p. 289-312

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

MALTA, Deborah Carvalho; CESÁRIO, Antônio Carlos; MOURA, Lenildo de; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JÚNIOR, Jarbas Barbosa da. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006.

MALTA, Deborah Carvalho; MOURA, Lenildo de; SOUZA, Maria Fátima Marinho de; CURADO, Maria Paula; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; ALENCAR, Airline Pereira. Tendência de mortalidade do Câncer de pulmão traquéia e brônquios no Brasil - 1980-2003. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Ribeirão Preto, 2007.

Monteiro CA ou Monteiro C ; CAVALCANTE, T. M. ; Moura EC ; CLARO, R. M. ; SZWARCOWALD, C. L. . Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil. (1989-2003).. Bulletin of the World Health Organization, v. 85, p. 527-534, 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Preventing Chronic Diseases a vital investments. 1ª. ed. Geneva:, 2005. v. 01. 182 p.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Who Expert Consultation on Preventing Chronic Diseases: A framework for action. Geneva. 2007. Mimeo

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde – **CARMEN- Iniciativa para Conjunto de Ações para Redução Multifatorial de Enfermidades Não Transmissíveis** - outubro – 2003.

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde – Planos Regionais de Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Maio 2006. Mimeo.

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

VASCONCELOS, FAG. Avaliação nutricional de coletividades: textos de apoio didático. Florianópolis: Ed. UFSC, 1995.

VALLA, V. V.; LACERDA, A. . As Propostas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.D.. (Org.). *Cuidado: As Fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004, v. , p. 91-103.

VIACAVA, F. **Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais**. *Ciênc. saúde coletiva*, 2002, vol.7, no.4, p.607-621. ISSN 1413-8123

9. ANEXOS

9.1. Indicadores de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica

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

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

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

Ambas as dimensões abordam aspectos referentes ao cuidado integral de DCNT, logo o AMQ pode ser utilizado como ferramenta de monitoramento das ações das ESF a partir dos padrões de qualidade relacionados às DCNT que estão descritos abaixo:

INSTRUMENTO Nº 04 – CONSOLIDAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF	
1. A ESF utiliza as informações do SIAB para o planejamento do trabalho?	SIM () NÃO ()
PROMOÇÃO DA SAUDE	
2. São desenvolvidas estratégias para o estímulo da alimentação saudável, respeitando a cultura local?	SIM () NÃO ()
3. A ESF realiza ações educativas e de convivência dos hipertensos em acompanhamento?	SIM () NÃO ()
4. A ESF realiza ações educativas e de convivência com os diabéticos em acompanhamento?	SIM () NÃO ()
5. E realizado acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos e fortalecimento de rede social e comunitária?	SIM () NÃO ()
VIGILÂNCIA A SAÚDE – AÇÕES GERAIS DA ESF	
6. A ESF desenvolve ações de monitoramento da situação alimentar e nutricional da população?	SIM () NÃO ()
7. Os profissionais da ESF realizam busca ativa para detecção de novos casos de hipertensão arterial sistêmica na população?	SIM () NÃO ()
8. Os profissionais da ESF realizam busca ativa para detecção de novos casos de diabetes na população?	SIM () NÃO ()

INSTRUMENTO Nº 05 – ATENÇÃO A SAUDE

SAUDE DAS MULHERES E HOMENS ADULTOS	
1. A ESF possui registro atualizado dos hipertensos da área?	SIM () NÃO ()
2. A ESF possui registro atualizado dos diabéticos da área?	SIM () NÃO ()
3. A ESF monitora a frequência dos hipertensos às atividades agendadas?	SIM () NÃO ()
4. A ESF monitora a frequência dos diabéticos às atividades agendadas?	SIM () NÃO ()
5. Os hipertensos em acompanhamento são atendidos em consulta individual, no mínimo, uma vez por trimestre?	SIM () NÃO ()
6. 80% dos diabéticos em acompanhamento são atendidos em consulta individual, uma vez por trimestre?	SIM () NÃO ()
7. A ESF desenvolve ações sistemáticas coletivas e individuais, de prevenção de colo uterino e controle de câncer de mama?	SIM () NÃO ()

8. A ESF faz busca ativa dos casos de citologia de colo uterino positivas?	SIM () NÃO ()
9. A atenção de população de hipertensos e realizada a partir da classificação de risco?	SIM () NÃO ()
10. A atenção de população de diabéticos e realizada a partir da classificação de risco?	SIM () NÃO ()
11. A medida do IMC de todos os hipertensos em acompanhamento pela ESF e realizada trimestralmente?	SIM () NÃO ()
12. A medida do IMC de todos os diabéticos em acompanhamento pela ESF e realizada trimestralmente?	SIM () NÃO ()
13. O exame dos pés nos diabéticos em acompanhamento e realizado em todas as consultas?	SIM () NÃO ()
14. A ESF analisa semestralmente a população de hipertensos em acompanhamento, considerando a prevalência estimada?	SIM () NÃO ()
15. A ESF analisa semestralmente a população de diabéticos em acompanhamento, considerando a prevalência estimada?	SIM () NÃO ()
16. O exame clínico da mama e uma rotina estabelecida no serviço?	SIM () NÃO ()
17. A ESF desenvolve ações de sensibilização junto a população masculina para detecção precoce do câncer de próstata?	SIM () NÃO ()
18. A ESF mantém acompanhamento do tratamento pela referência dos usuários de álcool e outras drogas?	SIM () NÃO ()
19. Houve redução do número absoluta de internações por AVC?	SIM () NÃO ()
20. Houve redução do número absoluto de internações por Infarto agudo do miocárdio?	SIM () NÃO ()
20. Houve redução do número absoluto de internações por complicações decorrentes do Diabetes mellitos?	SIM () NÃO ()

9.2. Indicadores de Monitoramento do PAP

QUADRO DE INDICADORES DA PAP VS

O monitoramento por meio de indicadores torna-se relevante para verificar o alcance de programas e intervenções. Em 2004 foram realizados três Fóruns Regionais de DANT e consensados indicadores de monitoramento relativos aos fatores de risco e à morbi-mortalidade, que têm sido adotados por gestores estaduais e municipais de saúde. Em 2006, a PPI-VS – Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde foi revisada, sendo que alguns dos seus indicadores passaram a integrar o conjunto de indicadores do Pacto pela Saúde, conforme Portaria GM nº91/2007. O conjunto restante passou a denominar-se PAP-VS – Programação das Ações Prioritárias na Vigilância em

Saúde. Ainda em 2006 foi implantado o sistema VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

Indicadores de Fatores comportamentais de Risco (caso disponível):

FATORES	INDICADORES
TABAGISMO	- Percentual de fumantes por sexo e faixa etária (maior de 18 anos) - Percentual de ex-fumantes por sexo e faixa etária (maior de 18 anos)
ALIMENTAÇÃO	- Percentual de indivíduos que consomem frutas e hortaliças 5 ou mais dias por semana por sexo e faixa etária (maior de 18 anos)
ATIVIDADE FÍSICA	- Percentual de indivíduos fisicamente inativos por sexo e faixa etária (maior de 18 anos)
CONSUMO DE ÁLCOOL	- Percentual de homens que nos últimos 30 dias, consumiram mais que 5 doses de bebida alcoólica em único dia por faixa etária (maior de 18 anos) - Percentual de mulheres que nos últimos 30 dias, consumiram mais que 4 doses de bebida alcoólica em único dia por faixa etária (maior de 18 anos)

A Linha de base destes indicadores consiste no inquérito de Fatores de risco de DANT em 2002/2003. A partir de 2006 estes indicadores estão sendo monitorados pelo VIGITEL anualmente.

FATORES	INDICADORES
Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças Cérebro-vasculares (I60 a I69) por sexo e faixa etária (20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos). • Doenças Isquêmicas do coração (I20 a I 25) por sexo e faixa etária (20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos).

	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes (E10 a E 14) por sexo e faixa etária (20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos). • Câncer de traquéia, brônquios e pulmão (C33 a C34) por sexo e faixa etária (20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos). • Câncer de mama (C 50) por faixa etária (20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos). • Câncer de cólon e reto (C 18 a C20) por sexo e faixa etária (20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos). • Câncer de colo de útero (C 53) por faixa etária (20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos). • Câncer de colo de útero de porção não especificada (C 55) por faixa etária (20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos).
<p>Mortalidade por acidentes e violências</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acidente de transporte (V01-V99) por sexo e faixa etária (< 5, 5 - 9 , 10 -19 , 20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos). • Suicídio (X60-X84) por sexo e faixa etária (5 -9 , 10 - 19 , 20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos). • Agressão (X85-Y09) por sexo e faixa etária (5 -9 , 10 -19 , 20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos). • Eventos de intenção indeterminada (Y10 –Y34) por sexo e faixa etária (5 -9 , 10 -19 , 20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos). • Quedas (W00-W19) por sexo e faixa etária (5 -9 , 10 -19 , 20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos).

9.3. Indicadores da Promoção da Saúde no Pacto Pela Saúde

Além de indicadores principais e complementares, a Portaria GM nº 91/2007 apresenta as prioridades e objetivos que não demandam preenchimento das planilhas de indicadores. Dentre elas estão os seguintes itens referentes à Promoção da Saúde:

- A) Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde, contemplando as especificidades próprias da esfera de gestão e iniciar sua implementação.
- B) Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.
- C) Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros.
- D) Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável.

Prioridade	Objetivo	Marcador Federal	Marcador Estadual	Marcador Municipal	Marcador DF	Meta Parâmetro	FONTE	Situação 2006
Promoção da saúde	i.Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde, contemplando as especificidades próprias da esfera de gestão e iniciar sua implementação.	Plano Nacional de Saúde com ações de promoção da saúde incluídas aprovado no Conselho Nacional de Saúde e homologado na CIT e o instrutivo de promoção da saúde e prevenção de DCNT publicado	Plano Estadual de Saúde com ações de promoção da saúde incluídas aprovado no Conselho Estadual de Saúde e homologado na CIB	Inserir a Promoção à Saúde como prioridade nos planos municipais de saúde e termos de responsabilidade e a serem pactuados pela SMS e MS	Plano Distrital de Saúde com ações de promoção da saúde incluídas aprovado e homologado no Conselho Distrital de Saúde	Promoção à Saúde pactuada nos planos estaduais e/ou municipais de saúde e termos de responsabilidade e em 70% das SES e capitais	SISPACTO	Monitoramento da Área Técnica (SE e SVS)

	<p>Reduzir os Fatores de Risco de DCNT no país (tabagismo, sedentarismo e alimentação saudável, dentre outros)</p>	<p>Análise anual dos dados de monitoramento dos Fatores de Risco de DCNT nas capitais (tabagismo, sedentarismo e alimentação saudável, dentre outros) e induzir políticas públicas de prevenção de DCNT</p>	<p>Análise de situação de saúde dos estados quanto aos fatores de risco para DCNT (tabagismo, sedentarismo e alimentação saudável, dentre outros) e a agenda local de promoção de saúde.</p>	<p>Análise de situação de saúde dos estados quanto aos fatores de risco para DCNT (tabagismo, sedentarismo e alimentação saudável, dentre outros) e a agenda local de promoção de saúde.</p>	<p>Análise de situação de saúde dos estados quanto aos fatores de risco para DCNT (tabagismo, sedentarismo e alimentação saudável, dentre outros) e a agenda local de promoção de saúde.</p>	<p>Aumentar a prevalência de pessoas que praticam atividade física em 0,5% ano. Parâmetro: 14,5% em 2006 -Meta: 17,5% em 2010</p>	<p>VIGITEL; SIM; SINASC; SIH; APAC; Vigilância em Saúde Ambiental</p>	<p>Parâmetro: 14,5% em 2006 Meta: 17,5% em 2010</p>
	<p>Induzir políticas públicas de promoção à saúde/ práticas corporais e/ou atividades físicas em estados e municípios</p>	<p>Financiar projetos de promoção de práticas corporais e/ou atividades físicas em estados e municípios</p>	<p>Projetos de Atividade Física aprovados com melhoria de desempenho ao final de 12 meses</p>	<p>Projetos de Atividade Física aprovados com melhoria de desempenho ao final de 12 meses</p>	<p>Projetos de Atividade Física aprovados com melhoria de desempenho ao final de 12 meses</p>	<p>Ampliar o financiamento de projetos da AF em SES e SMS.</p>	<p>Area técnica - SVS</p>	<p>Parametro: 132 projetos em 2007 Monitoramento da área técnica</p>

	iv.Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;	iv.Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;	Implementar a Portaria 1010 /2006, que define as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas (parâmetros:SI SVAN escolar, capacitação de educadores, incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras)	- Plano Estadual para implantar a proposta nos municípios aprovado na CES	- Implementação da proposta em escolas públicas e privadas da área geográfica coberta pelas UBS		Monitoramento o área técnica (CGPAN/DAB / SAS)
--	--	--	---	---	---	--	--

9.4. Lista de Abreviaturas

ABREVIATURA	DESIGNAÇÃO POR EXTENSO
ANEPS	Associação Nacional de Educação Popular em Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CONAB	Companhia Nacional de Abastecimento
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONIQ	Comissão Nacional para a implementação da Convenção Quadro
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar
COSEMS	Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEC	Instituto de Defesa do Consumidor
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MAPA	Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MDA	Ministério do Desenvolvimento Agrário
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MEC	Ministério da Educação
MPO	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostras Domiciliares
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
RCBP	Registro de Câncer de Base Populacional
RCH	Registro de Câncer de Base Hospitalar
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SISAN	Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional
SISCOLO	Sistema de Informação Laboratorial do Câncer de Colo Uterino
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
VIGITEL	Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e DCNT a partir de entrevistas telefônicas

9.5 Grupo Redator

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

ORGANIZAÇÃO: Adriana Miranda de Castro, Christinne Gonçalves, Deborah Carvalho Malta, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha, Carmen de Simoni.