

Anais

Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde

**Anais do Seminário Nacional de Vigilância
em Doenças e Agravos Não Transmissíveis
e Promoção da Saúde**

Brasília
20 a 22 de setembro de 2005

© 2006 Ministério da Saúde.

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

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

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série D. Reuniões e Conferências

Tiragem: 1ª edição – 2006 – 3.000 exemplares

Elaboração, edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Organização: Departamento de Análise de Situação da Saúde, Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Produção: Núcleo de Comunicação e Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Endereço

Esplanada dos Ministérios, Bloco G

Edifício Sede, sobreloja

CEP: 70.058-900, Brasília, DF

E-mail: svs@saude.gov.br

Endereço eletrônico: www.saude.gov.br/svs

Produção editorial

Organização: Cristiane Scolari Gosch, Adriana Castro, Deborah Carvalho Malta

Revisão: Mara Pamplona

Projeto gráfico: Fabiano Camilo, Sabrina Lopes

Capa e diagramação: Sabrina Lopes

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação da Saúde.

Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde : Brasília, 20 a 22 de setembro de 2005 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

100 p. – (Série D. Reuniões e Conferências)

ISBN 85-334-1275-4

1. Promoção da saúde. 2. Doenças e agravos não transmissíveis. 3. Vigilância epidemiológica. I. Título. II. Série.

NLM WA 590

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2006/1089

Títulos para indexação

Em inglês: Annals of the National Seminary of Diseases and no Transmissibles Damages and Health Promotion: Brasília, September 20th to 22nd, 2005

Em espanhol: Anales del Seminario Nacional de Enfermedades y Agravos no Transmisibles y Promoción de la Salud: Brasília, 20 a 22 de septiembre de 2005

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

**Anais do Seminário Nacional de Vigilância
em Doenças e Agravos Não Transmissíveis
e Promoção da Saúde**

Brasília
20 a 22 de setembro de 2005

Série D. Reuniões e Conferências

Brasília, DF • 2006

Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde

Promotores

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação da Saúde
Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Comissão organizadora

Antonio Carlos Cezário, Adriana Castro, Cristiane Scolari Gosch, Deborah Carvalho Malta, Eduardo Marques Macário, Eugênia Maria Silveira Rodrigues, Lenildo de Moura, Marta Maria da Alves da Silva, Nilma Batista César, Otaliba Libânio de Moraes Neto, Suely Maria Souza de Andrade, Valter Chaves Costa

Apoio

Sandra Gomes Pereira, Gabriela da Silva Barbosa,
Fabiola de Oliveira Braga, Rosemaire Ulhoa Santana

Participantes

Gestores do SUS
Estudiosos e Pesquisadores do tema

Sumário

7 Apresentação

9 Introdução

11 Vigilância das Dant no contexto da Vigilância em Saúde no Brasil

Jarbas Barbosa da Silva Júnior

16 Agenda de prioridades da Vigilância e Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Seminário Nacional de Dant

Deborah Carvalho Malta

20 A construção da Vigilância de Dant na Secretaria Municipal de São Paulo

Luís Gracindo Costa Bastos

23 Agenda de Violência, Prevenção e Controle de Acidentes e Violências: uma proposta para a promoção da cultura da paz

Marta Maria Alves da Silva

28 Experiência do Município de Goiânia na Atenção à Violência

Maria Cláudia Honorato da Silva e Souza

32 Projeto de Redução de Morbimortalidade por acidentes de trânsito em Belo Horizonte

Roberto Marini Ladeira

34 Conhecendo o perfil dos atendimentos decorrentes de causas externas nas emergências hospitalares

Vilma Pinheiro Gawryszewski

36 Política Nacional de Promoção da Saúde

Otaliba Libânio de Moraes Neto, Adriana Castro e Cristiane Scolari Gosch

40 Escolas Promotoras de Saúde: a estratégia do Estado do Tocantins

Regiane Rezende

42 A Experiência da Academia das Cidades – Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Danielle Keila Cruz

- 44 Conversando com... Paulo Capucci e Ruben Matos – Integralidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade na Promoção da Saúde**
Adriana Castro e Cristiane Scolari Gosch
- 48 Análise da situação dos agravos e doenças crônicas não transmissíveis no Estado do Rio de Janeiro, 2005**
Mariza Grimmer
- 51 Doenças e agravos não transmissíveis e Promoção da Saúde: Fortaleza, 1998-2003**
Maria Zélia Rouquayrol e Maria Vilma Neves de Lima
- 54 Situação epidemiológica das doenças e agravos não transmissíveis no Estado de Goiás**
Maria Lucia Carnellosso, Ana Lúcia Ignacio Oliveira, Magna Maria de Carvalho, Petronor Carvalho da Fonseca, Reginaldo José R. Menezes, Sergio Baiocchi Carneiro, Claudia Regina Carvalho
- 61 O Controle do Tabagismo e Intersetorialidade**
Tânia Maria Cavalcante
- 67 Anexos**
- 69 Anexo A**
Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde
- 72 Anexo B**
Agenda de Prioridades na implementação da Vigilância, Prevenção e Controle de DCNT – Seminário Nacional de Vigilância de Dant e Promoção da Saúde – Brasília, 20 a 22 de setembro de 2005

Apresentação

Desde 2003, o Ministério da Saúde assumiu o desafio de construir e consolidar estratégias de produção da saúde que ainda encontram resistência para garantir seu espaço entre as políticas públicas sanitárias do Brasil. Atento à grave situação de saúde quando analisadas as informações epidemiológicas para doenças e agravos não transmissíveis e conectado aos esforços mundiais para a redução dessa epidemia contemporânea, o Ministério da Saúde criou a Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDant), que objetiva estruturar a vigilância, o controle e a prevenção de doenças e agravos não transmissíveis e coordenar a Política Nacional de Promoção da Saúde.

A realização do Seminário de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, em setembro de 2005, envolvendo gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) dos níveis estaduais e municipais, instituições de ensino e pesquisa e técnicos de diversas áreas do Ministério da Saúde, fortaleceu e consolidou os esforços na construção de um SUS que trabalhe efetivamente com o conceito ampliado de saúde, protagonizando ações e estratégias que reduzam a vulnerabilidade e os riscos à saúde da população.

Fabiano Geraldo Pimenta Júnior
Secretário de Vigilância em Saúde

Introdução

O Brasil, seguindo a tendência mundial, tem passado por processos de Transição Demográfica, Epidemiológica e Nutricional desde a década de 60. Tais transições colocam ao país o desafio de encontrar mecanismos para o enfrentamento de patologias de etiologia incerta e marcadas pela complexa relação entre a saúde e seus determinantes. Os estudos realizados apontam que os mecanismos mais efetivos e eficazes na redução da vulnerabilidade da população a essas “novas epidemias” e na defesa da vida saudável são aqueles que operam na prevenção das doenças e na promoção da saúde.

No mesmo período, o mundo e o país assistiram também ao crescimento assustador da morbimortalidade por violências. As violências tornaram-se um grave problema de saúde pública, afetando a saúde individual e coletiva e atingindo patamares constrangedores como, por exemplo, ser a primeira causa de óbito em adolescentes e adultos jovens.

As conseqüências das violências para o sistema de saúde e para a sociedade ratificam a necessidade de aperfeiçoamento e implementação da vigilância destes agravos, com vistas a subsidiar políticas públicas para a promoção da saúde, prevenção do problema e atendimento às vítimas.

Desde o ano 2000, o Brasil, primeiro no Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) e agora na Secretaria de Vigilância em Saúde, oficializou a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, por meio da criação da Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CGDant), e tem investido na implementação de ações junto aos estados e municípios para conhecer melhor as múltiplas causas da morbimortalidade por doenças crônicas e violências a fim de subsidiar os gestores do SUS na elaboração de respostas sanitárias factíveis e sustentáveis.

Nesse intuito, foram realizados em 2004 três Fóruns Regionais de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (Norte/Centro-Oeste; Nordeste; Sul/Sudeste), nos quais estiveram presentes técnicos de vigilância epidemiológica de todas as Secretarias Estaduais de Saúde e de Secretarias Municipais de Saúde das Capitais. Os Fóruns Regionais debateram a necessidade de avançar na construção da Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis, os desafios colocados para concretizá-la no país e a metodologia/indicadores para o monitoramento em estados e municípios de capitais. Também em 2004, a CGDant assumiu a tarefa de elaborar, consolidar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Durante o ano de 2005, realizou-se um esforço concentrado para garantir que o documento da PNPS refletisse o conhecimento e as experiências de promoção da saúde produzidas no Brasil, legitimando-se como uma política pública reconhecida e integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, foram analisados diversos documentos de políticas do Ministério da Saúde e de outros ministérios, bem como o Plano Nacional de Saúde, a fim de consolidar a PNPS como mecanismo de articulação da agenda sanitária brasileira, respeitando a composição tripartite da gestão do SUS. Este processo culminou na aprovação da PNPS e sua publicação na Portaria GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006.

O Seminário de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, realizado em Brasília no período de 20 a 22 de setembro de 2005, constituiu-se num importante espaço para a institucionalização da Vigilância em Dant quanto da PNPS, bem como para o fortalecimento da integração desses campos de reflexão e atuação no Ministério da Saúde e no SUS.

O Seminário objetivava consolidar as áreas de doenças crônicas não transmissíveis, violências e acidentes e promoção da saúde no SUS e, concomitantemente, validar uma Agenda Nacional de Prioridades em Dant. Para tanto, reuniram-se 200 técnicos de Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais de Capitais de todo o país, representantes de instituições de ensino e pesquisa e profissionais de diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde, que trabalharam em 20 grupos temáticos na análise da Agenda de Prioridades em Dant.

Espera-se que a riqueza da produção deste I Seminário fique registrada com a publicação do presente material.

Organizadores

Vigilância das Dant no contexto da Vigilância em Saúde no Brasil

Jarbas Barbosa da Silva Junior¹

Transição Demográfica, Epidemiológica e Nutricional

A transição demográfica é descrita como sendo resultante das mudanças no ritmo de crescimento da fecundidade, natalidade e mortalidade que repercutem diretamente na estrutura populacional (VERMELHO & MONTEIRO, 2003).

A teoria da transição demográfica postula que os países tendem a percorrer, progressivamente, quatro estágios na sua dinâmica populacional. O primeiro caracterizado por um equilíbrio populacional decorrente das altas taxas de natalidade e mortalidade; o estágio seguinte, derivado da redução da taxa de mortalidade infantil e a conservação da alta taxa de fecundidade; o terceiro decorre da redução das taxas de fecundidade e mortalidade, que levam ao fenômeno do envelhecimento da população, processo no qual o Brasil se encontra (SCHKNOLKIK, 1998) e o último estágio caracteriza-se por baixas taxas de fecundidade e mortalidade, que proporcionam um equilíbrio populacional (PEREIRA, 1995).

No Brasil alguns indicadores de fecundidade, mortalidade e envelhecimento da população demonstram com clareza o processo de transição demográfica no qual o país se encontra.

Segundo os quatro últimos Censos Demográficos – IBGE houve uma queda acentuada da fecundidade, que em 1980 era de 4,4 crianças por mulher e em 2000 de 2,3 filhos por mulher, sendo que o declínio ocorreu em todas as regiões brasileiras.

Ao analisar a mortalidade proporcional entre os anos de 1930 e 2003, observa-se acentuada transformação no perfil de morte da população brasileira. As mortes por doenças infecciosas e parasitárias caiu de 46% para 5% no período e ao contrário, as relacionadas às Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT (aparelho circulatório, neoplasias e causas externas) tiveram um aumento substancial chegando em 2003 a dois terços da totalidade das causas conhecidas de morte. Uma observação a ser ressaltada é que todas as outras causas de morte mantiveram seus percentuais ao longo do período.

Uma das conseqüências da transição demográfica no Brasil é a mudança no desenho da pirâmide populacional, que refletiu o aumento da expectativa de vida e o número crescente da população com idade superior a 65 anos que entre os anos de 1980 e 2000, aumentou 45,9%.

Concomitante à transição demográfica, ocorrem mudanças nos padrões de morbimortalidade de uma comunidade, o que se convencionou chamar de transição epidemiológica. Este processo de modificação nos padrões de adoecer e morrer ocorrem em estágios sucessivos, quais sejam: 1) período das pragas e da fome; 2) período do desaparecimento das pandemias; 3) período das doenças degenerativas e provocadas pelo homem; 4) período do declínio da

¹Secretário Executivo do Ministério da Saúde.

mortalidade por doenças cardiovasculares, modificações no estilo de vida, doenças emergentes e ressurgimento de doenças; 5) período de longevidade paradoxal, emergência de doenças enigmáticas e capacitação tecnológica para a sobrevivência do inapto (BARRETO & CARMO, 1995).

Para a maioria dos países da América Latina, observa-se um modelo tardio e polarizado da transição epidemiológica, no qual coexistem as doenças ditas de atraso (doenças infecciosas e parasitárias) sobre as doenças da modernidade (DCNT). No Brasil, nas últimas décadas, importantes transformações no padrão de morbimortalidade, relacionadas, principalmente, com as seguintes condições: 1) a redução da mortalidade precoce, especialmente aquela ligada a doenças infecciosas e parasitárias; 2) o aumento da expectativa de vida ao nascer, com o conseqüente incremento da população idosa; 3) e o processo acelerado de urbanização e de mudanças socioculturais que respondem, em grande parte, pelo aumento dos acidentes e das violências (MINAIO, 2002; SILVA Jr. & GOMES, 2003).

Para exemplificar este processo contemporâneo de transição epidemiológica acelerada no País temos: as doenças cardiovasculares respondendo por cerca da metade das DCNT, contribuindo para a mortalidade precoce, perda de qualidade de vida e despesas médico-hospitalares, os acidentes e as violências que geram grande número de vítimas e influem de modo negativo na expectativa de vida e, ainda, as prevalências de DCNT que são diretamente proporcionais ao envelhecimento da população.

Dentro do modelo polarizado de transição epidemiológica brasileiro, configura-se o modelo análogo de transição nutricional, no qual a coexistência dos extremos nutricionais – obesidade e subnutrição –, este fato marcante já é uma questão mundial relevante observada principalmente nas últimas três décadas. Seu conceito refere-se a mudanças seculares nos padrões de nutrição devido a modificações da ingestão alimentar, como conseqüência de transformações econômicas, sociais, demográficas e sanitárias (OPAS, 2000).

No Brasil, os determinantes desta transição nutricional são resultantes das mudanças na alimentação e na redução da atividade física conseqüentes da difusão rápida de hábitos e padrões comportamentais advindos da globalização. As mudanças na alimentação se devem, entre outros motivos, pela oferta crescente de alimentos industrializados, redução do tamanho da família aumentando a disponibilidade de alimento, facilidade de acesso da população inclusive a de baixa renda a alimentos muito calóricos contendo altas concentrações de açúcares e gorduras.

Diante do aumento da prevalência da obesidade e de patologias decorrentes da evolução social, como câncer e doenças cardiovasculares, que nos remete à complexidade da situação epidemiológica e nutricional pela qual passa o Brasil, são exigidas medidas para preveni-las e controlá-las a partir da agenda do setor Saúde. Considerando a integralidade, equidade e universalidade na criação ou ajuste de intervenções condizentes com a dinâmica desses processos demográficos, nutricionais e epidemiológicos.

Vigilância de DCNT e fatores de risco como oportunidades de Prevenção e Controle

A vigilância em DCNT reúne o conjunto de ações que possibilitam conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar o planejamento, execução e avaliação da prevenção e controle das mesmas. A prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco são fundamentais para evitar um crescimento epidêmico dessas doenças e suas conseqüências nefastas para a qualidade de vida e o sistema de saúde no país.

Os fatores de risco podem ser aqueles em que não se pode interferir nomeados de Não-Modificáveis (sexo, idade e herança genética), ou os Comportamentais (tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas) que são potencializados pelos fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais.

Em levantamento realizado em 2002, nas Américas, os principais fatores de risco de mortes atribuíveis foram: tabagismo, consumo de álcool, hipertensão, excesso de peso, dislipidemias e falta de consumo de frutas e verduras. Já no inquérito realizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Inca em 15 capitais brasileiras, entre os anos de 2002 e 2003, constatou-se que a prevalência de excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) variou entre 32,5% e 46,4%, 37% de inatividade física e um percentual que variou entre 17,9% a 28,2% da população masculina > de 15 anos com consumo regular de cigarro.

Deve-se considerar também que os acidentes e as violências no Brasil configuram um outro problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência que também têm provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população. Alguns exemplos disso são o aumento de internação no SUS por causa externa e como conseqüência do aumento da taxa de violência, a diminuição da expectativa de vida.

A Prevenção de DCNT reflete no melhoramento dos indicadores de morbimortalidade

A expectativa de outros países mostra que o sucesso das intervenções de saúde pública no que se refere aos fatores de risco e à redução da prevalência das DCNT, tem sido atribuído ao enfoque na vigilância de fatores comuns de risco e na promoção de modos de viver favoráveis à saúde e à qualidade de vida, tendo um custo menor do que as abordagens para as doenças específicas (BRASIL, 2004).

Alguns exemplos de intervenção: redução no consumo de sal baixou significativamente a pressão arterial e a mortalidade por doenças cardiovasculares no Japão, a prevalência de fumar entre adolescentes escolares caiu de 22% em 1986 para 11% em 1996 em Pelotas (RS). A grande redução de tabagismo no Brasil reduziu consideravelmente a mortalidade por câncer de pulmão, brônquios e traquéia em anos recentes, outro fato é que a Campanha Nacional de Desarmamento reduziu o número de mortes por arma de fogo no Brasil em 2004 (após 13 anos de tendência crescente desse indicador), e ainda que a implantação do novo Código

Nacional de Trânsito reduziu imediatamente, após sua promulgação (1998), 5 mil mortes por acidentes de transporte terrestre no Brasil (BRASIL, 2004).

Cenário Atual do Brasil

Alguns pontos que viabilizam a vigilância e controle das DCNT no Brasil: reconhecimento crescente no país sobre a importância das DCNT e a necessidade de ações para prevenir e controlar estas doenças; os sistemas de informação de mortalidade e morbidade avançados e abrangentes no Ministério da Saúde, que tem a liderança na área de vigilância epidemiológica, e muitas experiências relevantes e exitosas devem resultar em uma agenda de vigilância, prevenção e controle integrado em DCNT na ótica da promoção da saúde.

O enfoque deve ser dado na redução dos níveis de exposição de indivíduos e coletividades aos principais fatores de risco, redução da morbimortalidade precoce por DCNT e prevenção da violência, reduzindo também as desigualdades em saúde e fortalecendo redes, parcerias e estratégias nacionais.

As prioridades que se deve dar dentro da Política Nacional de Promoção da Saúde são: a estratégia global, a prevenção das violências, a promoção de ambientes saudáveis, a reorientação dos serviços de saúde, a construção dos planos diretores dos municípios e o incentivo da cultura de solidariedade e da responsabilidade social.

Referências bibliográficas

- BARRETO, M. L; CARMO, E. H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: Conceitos e Métodos. In: MONTEIRO, C. A. *Velhos e novos males de saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis*: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Inca, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde*. Brasília, 2004.
- _____. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis*: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília, 2005.
- FREDERIKSEN, H. Feedbacks in economics and demographic transition. *Science*, [S.l.], v. 166, p. 837-847, 1969.
- FRENK, J. et al. La transición epidemiológica en América Latina. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, [S.l.], v. 111, n. 6, p. 485-496, 1991.
- MINAYO, M. C. Temos um tipo de violência que não é só brasileiro. *Revista de saúde: o Brasil falando como quer ser tratado*, ano 3, n. 3, dez. 2002.
- OMRAN, A. R. *The epidemiologic transition in the Américas*. [S.l.]: Pan-American Health Organization & University of Maryland at College Park, 1996.
- OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem. Fund. Q.*, [S.l.], v. 49, p. 509-583, 1971.
- PEÑA, M.; BACALLAO, J. (Ed.). *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2000. (Publicación Científica, n. 576).
- PAES, N. A.; SILVA, L. A. A. Infectious and parasitic diseases in Brazil: a decade of transition. *Pan American Journal of Public Health (PAHO)*, [S.l.], v. 6, p. 99-109, ago. 1999.
- RECINE, E.; RADAELLI, P. *Obesidade e desnutrição*. Brasília: NUT/FS/UnB, 2001.
- SILVA JR., J. B; et al. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. *Epidemiologia & saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2000.
- VERMELHO, L. L.; MONTEIRO, M. F. G. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. *Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003. p. 91-103.
- SCHKOLNIK, S. Tendencias demográficas en América latina: desafíos para la equidad en el ámbito de la salud. In: REUNIÓN CONJUNTA DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE ESTADÍSTICOS ESPECIALIZADOS EN ENCUESTAS Y LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE ESTADÍSTICOS OFICIALES SOBRE ESTADÍSTICAS PARA EL DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL, 1998, México. *Anais...* México: [s.n.], 1998.
- PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

Colaboração: Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha, nutricionista, especialista em epidemiologia, mestre em Saúde Pública, consultora técnica do Dasis/SVS/MS.

Agenda de prioridades da Vigilância e Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Seminário Nacional de Dant

Deborah Carvalho Malta¹

As doenças e os agravos não transmissíveis (Dant) são responsáveis por uma parcela grande e crescente da carga de doenças no Brasil. Atualmente, cerca de dois terços da carga de doenças no País deve-se a doenças não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, diabetes e outras) e causas externas (acidente e violências). O aumento das Dant se deve em função da transição epidemiológica e demográfica nas últimas décadas, além da urbanização, melhorias nos cuidados com a saúde, mudança nos estilos de vida e da globalização. A maior parte dessa carga de doenças não é um resultado inevitável de uma sociedade moderna – trata-se de um mal que pode ser prevenido, e geralmente a um custo baixo.

As Dant são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de riscos modificáveis como o tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada, a obesidade e a dislipidemia e o álcool. O compartilhamento de fatores de risco, somado à urgência de deter o crescimento das Dant no país, justificam a adoção de estratégias integradas e sustentáveis de prevenção e controle dessas doenças assentadas nos seus principais fatores de risco modificáveis – o tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada e o álcool.

Experiências de sucesso de intervenções de saúde pública com reversão e/ou mudanças positivas nas tendências de morbimortalidade por doenças cardiovasculares em diversos países mostram que a vigilância de Dant e ações integradas são aspectos cruciais para o desenvolvimento de estratégias efetivas de promoção da saúde na população geral.

O Ministério da Saúde assumiu como prioridade a estruturação de um sistema de vigilância específico para essas doenças e seus fatores de risco, em função de suas peculiaridades e das possibilidades existentes para sua prevenção e controle. A partir de 2000 no Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) foram iniciadas ações de estruturação da área de Dant, o que se consolidou em 2003, com a criação da Coordenação-Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis (Dant) no contexto da Secretaria de Vigilância em Saúde, cuja missão consistia em criar a vigilância de Dant em todas as esferas do Sistema de Saúde, em todas as unidades da Federação.

Outros marcos consistiram em novembro de 2004, na integração da área de Prevenção de Violências da SAS à CGDant e em dezembro de 2004, as ações de promoção à saúde, à cargo da Secretaria-Executiva, também vieram integrar esta Coordenação.

Com o objetivo de induzir a construção da Vigilância de Dant nos estados e municípios foram realizados três Fóruns Regionais de Dant, com a participação de gestores locais, no qual se pactuou um conjunto de indicadores para a análise de situação de saúde, bem como

¹Médica sanitária, doutora em Saúde Coletiva, professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Coordenadora-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças não Transmissíveis.

metodologias de estruturação da área de Dant em Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde. Nos dias 20 a 22 de setembro de 2005 foi realizado em Brasília o Seminário Nacional de Dant e Promoção da Saúde. Nessa ocasião, o Ministério da Saúde apresentou uma proposta de agenda em plenária para a Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Crônicas e outra para Vigilância, Prevenção e Controle de Agravos (acidentes e violências). As agendas foram discutidas em 20 grupos temáticos, nos quais participaram representantes dos gestores e outras instituições participantes, sendo debatidos e enviados para a discussão plenária, onde foi aprovado. Os eixos na Agenda de DCNT referem-se:

i) Estruturação do Sistema de Vigilância de DCNT e seus fatores de risco (FR) e protetores (FP); ii) Gestão (regulamentação, financiamento, RH, participação e controle social, responsabilidade, sustentabilidade); iii) Intervenções para prevenção (promoção da saúde, interface com assistência, intersectorialidade, integralidade); iv) Avaliação e apoio à pesquisa.

A seguir são descritos alguns pontos principais desta agenda, que foi submetida aos grupos de trabalho e aprovada pelos mais de duzentos participantes (representantes de gestores estaduais e municipais) presentes a este encontro. A agenda completa se encontra no Anexo da publicação.

i) Estruturação do Sistema de Vigilância de DCNT e seus Fatores de Risco (FR) e Protetores (FP)

A Vigilância em Dant reúne o conjunto de ações que possibilitam conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessas doenças e agravos (cardiovasculares, cânceres, violências e causas externas), por meio de fontes secundárias de informações e no monitoramento contínuo dos fatores de risco, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar o planejamento, execução e avaliação da prevenção e controle das mesmas.

O monitoramento das Dant pressupõe o fluxo sistemático de dados secundários e primários. As principais fontes de dados são os sistemas de informação em mortalidade e internações hospitalares e os inquéritos de saúde periódicos e especiais. Além do Inquérito Nacional de Fatores de Risco realizado em parceria com SVS e Inca em 16 capitais, em 2003, está em fase de implantação o monitoramento dos fatores de risco e protetores entre escolares, por serem os mesmo de um grupo populacional-chave para o desenvolvimento de estilos de vida e padrões de comportamento saudáveis. O primeiro inquérito de escolares irá a campo em 2006. Em 2006, também será iniciada a coleta de dados de fatores de risco utilizando linhas telefônicas, o que irá possibilitar o monitoramento contínuo e rápido dos fatores de risco para DCNT em todas as capitais brasileiras.

Outra importante ação consiste em disseminar informações e promover a sensibilização dos gestores, técnicos e conselheiros de saúde sobre a importância das doenças crônicas não transmissíveis e a necessidade de desenvolver e fortalecer ações integradas de prevenção e controle das DNT e seus fatores de risco. Além de atuar de forma intersectorial, visando ao desencadeamento de ações articuladas em comunidades e grupos populacionais específicos, com vistas a promover comportamentos e estilos de vida saudáveis. A vigilância em Dant deverá, portanto, trabalhar com as áreas da saúde, estabelecendo parcerias com setores da administração pública (educação, meio ambiente, agricultura, trabalho, indústria e comércio,

transporte, direitos humanos, entre outros), empresas e organizações não-governamentais com o objetivo de induzir mudanças sociais, econômicas e ambientais que favoreçam a redução dessas doenças.

ii) Gestão (regulamentação, financiamento, RH, participação e controle social, responsabilidade, sustentabilidade)

Este eixo visa fortalecer a gestão do sistema de vigilância, sensibilizando gestores de saúde e capacitando pessoas para a vigilância de Dant, em estados e municípios, no investimento na capacitação de recursos humanos. Têm sido desenvolvidas iniciativas no investimento na formação e capacitação de recursos humanos em Dant, por meio de cursos de curta duração e longa duração, já aprovados e em fase de contratação por meio de instituições de ensino e pesquisa no país, tendo como clientela técnicos de estados e municípios.

Para a implantação da Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física foi criada uma Comissão Intra-Ministerial com participação de diferentes áreas do Ministério da Saúde, que tem discutido a proposta de criação do Comitê Inter-Ministerial para implementação das recomendações da Estratégia Global e reforçar ações de Regulamentação quanto ao consumo e produção de alimentos.

iii) Intervenções para prevenção (promoção da saúde, interface com assistência, intersetorialidade, integralidade)

A indução das ações de prevenção de Dant e promoção da saúde constituem-se em principais atividades da área de vigilância. A adesão do Brasil às Diretrizes da Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física tem articulado objetos de ação comuns à vigilância de Dant e a promoção da saúde, fortalecendo parcerias intersetoriais. Estas ações estão centradas na diminuição do hábito de fumar, no fomento à alimentação saudável e práticas de atividade física.

As ações em curso articulam parcerias nas diferentes áreas do Ministério da Saúde como:

- a) área de Alimentação e Nutrição (projetos como de alimentação saudável nas escolas, estímulo ao consumo de frutas, legumes e verduras);
- b) Coordenação Saúde da Criança nos projetos de Aleitamento Materno e alimentação complementar;
- c) Inca (parcerias no programa de controle de tabagismo, ambientes livres do tabaco, Saber Saúde, a implantação do Plano Nacional de Prevenção e Atenção ao Câncer de Colo Úterino e Mama);
- d) Coordenação de Atenção ao Idoso/SAS (ações de promoção à saúde do idoso, visando ao envelhecimento ativo);
- e) Coordenação Diabetes/Hipertensão/SAS (visando à implantação de ações de prevenção e controle).

iv) Avaliação e apoio à pesquisa

Acompanhar o desenvolvimento e avaliar as intervenções propostas é um dos componentes principais das atividades da Vigilância de DCNT. Essas atividades permitem retro-alimentar os programas e projetos no sentido de readequar atividades de prevenção e promoção da saúde.

A partir da proposição da Opas, o Ministério da Saúde do Canadá está coordenando o Observatório de Políticas de Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis (DCNT), juntamente com Brasil e a Costa Rica. Este projeto tem por objetivo inicial a realização de um estudo de caso para avaliar e comparar formulações de políticas e processos de implementação em três países participantes da rede Carmen (Conjunto de Ações para Redução Multifatorial das Enfermidades Não Transmissíveis – Opas/OMS). No Brasil, o foco da investigação será um estudo da implementação da Política de Alimentação e Nutrição (PNAN), e das políticas para enfrentamento do tabagismo, hipertensão/diabetes, atividade física e vigilância de DCNT. Os estudos desse observatório já estão sendo desenvolvidos, com os primeiros produtos previstos para serem divulgados ainda em 2006.

Ainda nesse campo, como integrante da Rede Carmen, o Brasil está responsável pela elaboração de um Guia Metodológico para avaliação das ações de vigilância, prevenção e controle das DCNT e iniciativa das Carmen nas Américas, cujo trabalho está em andamento.

Outro campo de estudos consiste na proposição da Tabela Brasileira com Indicadores de Doenças Evitáveis.

Visando ainda o monitoramento e avaliação da efetividade das intervenções propostas estão em curso parcerias com universidades (centros colaboradores).

Conclusão

A condução da epidemia de DCNT impõe grandes desafios aos responsáveis pela saúde pública no país. Em primeiro lugar, a decisão política do Sistema Único de Saúde de priorizar a vigilância e a prevenção de DCNT. Em segundo, conhecer o modo de manifestação dessa epidemia na população. A alteração deste quadro só se tornará possível na medida que forem sensibilizados outros setores da sociedade, no sentido da produção de modos de vida saudáveis. Os primeiros passos estão sendo dados, mas muito investimento há que ser feito para reversão deste quadro.

A construção da Vigilância de Dant na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Luís Gracindo Costa Bastos¹

A adesão da cidade de São Paulo ao Sistema Único de Saúde foi tardia em relação ao país devido à escolha do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), em detrimento da pactuação do SUS. Com a extinção do PAS e reformulação da Secretaria Municipal de Saúde (2001), o município adere ao conceito de Vigilância em Saúde, implantando a Coordenação de Vigilância em Saúde – Covisa, em 2003. No bojo desta discussão, começa a se discutir a criação da Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant). Entre 2001 e 2003, a equipe era composta unicamente por Evaldo Kuniyoshi, que participou da criação da área de Dant no Ministério da Saúde. Em 2004, foi instituída a Subgerência de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant), vinculada ao Centro de Controle de Doenças, responsável pela área de vigilância epidemiológica no município. A equipe foi ampliada, sendo composta atualmente por 12 pessoas: cinco médicos, duas enfermeiras, duas psicólogas, duas assistentes sociais e uma nutricionista. A missão da Subgerência de Vigilância de Dant é recolher, sistematizar e analisar toda a informação sobre doenças e agravos não transmissíveis, seus fatores de risco e de proteção, apoiando e participando das iniciativas que visem à redução da morbimortalidade por essas doenças, dentro dos princípios da promoção de saúde. Os seus objetivos são: integrar as ações de vigilância e o gerenciamento dos programas de prevenção e controle de doenças, tornando-os mais efetivos; atualizar a prática de vigilância em saúde, incluindo importantes áreas que agora passam a ser monitoradas para prevenir riscos e subsidiar ações por parte do SUS; propor indicadores/instrumentos para o painel municipal de monitoramento das doenças e agravos não transmissíveis.

São Paulo pode ser considerado um município privilegiado na área de informação em saúde, contando com condições que permitiram uma taxa de mortalidade por causas mal-definidas muito baixa (1,7%), como o Programa de Aperfeiçoamento da Informação em Mortalidade (Proaim), que, em 2004, completou 15 anos de atividade. A informação da morbidade hospitalar é prejudicada pela relativamente reduzida população SUS-dependente, cerca de 52% do total. No que diz respeito a fatores de risco e morbidade referida, nos primeiros 5 anos da década foram conduzidos quatro diferentes inquéritos de saúde no município, coordenados pela Secretaria Estadual de Saúde-SP/Unifesp (2002), pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde/Inca (2002), pela Secretaria Municipal de Saúde/Faculdade de Saúde Pública da USP (2003), e mais uma parceria com a Faculdade de Saúde Pública da USP, numa metodologia de entrevistas por telefone (2003).

¹Prefeitura da Cidade de São Paulo/Coordenação de Vigilância em Saúde/Subgerência de Vigilância de Dant. Página na internet: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/vigilancia_saude/dant/0001
E-mail: lbastos@prefeitura.sp.gov.br Tel: (11) 3350-6746

A primeira atividade da nova subgerência foi mapear a rede de prevenção de Dant e promoção da saúde da Prefeitura da Cidade de São Paulo, buscando assim, parcerias para o desenvolvimento de projetos. Na estrutura da Secretaria de Saúde, temos a Coordenação de Atenção Básica, responsável pela implantação do PSF no município, e as áreas temáticas de Saúde Mental, Saúde do Adulto, Saúde da Criança, Medicinas Tradicionais e Práticas Complementares de Saúde e o Projeto Resgate Cidadão, que tem como objetivo tecer a rede de atenção às pessoas em situação de violência e a introdução da Cultura da Paz. Fora da Secretaria, mas ainda dentro da Prefeitura, o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (Comusan) e os programas da Secretaria de Esportes. Em 2004, foi implantado um programa intersecretarial chamado Agita Sampa, com o objetivo de promover a atividade física nas diferentes instâncias da Prefeitura.

Este alinhamento com o corpo de atividades de promoção da saúde e prevenção de Dant foi coroado com o 1º Fórum Municipal de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. O I Fórum Dant aconteceu em 17 de novembro de 2004, tendo contado com mais de 150 participantes, entre conselheiros de saúde, representantes dos serviços, órgãos do governo e organizações sociais, possíveis parceiros da construção da vigilância de Dant. Foi a oportunidade de se apresentarem os dados do Inquérito de Saúde da Capital, que enriqueceram o debate seguinte, acerca dos dados epidemiológicos municipais e das possibilidades de intervenção nas áreas de Atividade Física, Alimentação Saudável, Tabagismo, Alcoolismo, Hipertensão e Diabetes, Acidentes e Violências e Estresse. Como resultado, temos a carta de intenções da vigilância de Dant, que serve como base para a estruturação da área.

Para a pactuação das atividades de vigilância de Dant nas diferentes esferas do município, que subdivide-se administrativamente em 31 subprefeituras, concertou-se que cada Supervisão de Vigilância em Saúde (Suvis) deveria disponibilizar oito horas de um funcionário de seu quadro para a interlocução da vigilância de Dant na sua região. O papel do interlocutor de Dant é:

- Reconhecer o perfil epidemiológico e de serviços de prevenção de Dant na região;
- Cooperar na implantação da vigilância de violência e acidentes;
- Articular-se com os programas, painel de monitoramento e atenção básica;
- Participar das capacitações promovidas pela Covisa.

A prioridade da Subgerência de Vigilância de Dant do CCD-Covisa está voltada para a produção de informação para a gestão, na forma de boletins epidemiológicos de mortalidade e morbidade, e a produção de informação para nível local, o Almanaque Dant. Um outro investimento é a formação de vigilantes em Dant no nível local, profissionais vinculados com a assistência e no nível regional, nas Suvis. Apoiado pelo recurso do Vigisus, pretende-se realizar uma Capacitação para Sistematização do Saber em Doenças e Agravos Não Transmissíveis, com o objetivo de estabelecer o olhar da vigilância em saúde nas políticas de prevenção e controle de Dant desenvolvidas no município.

Profissionais da rede de atenção à saúde do município serão capacitados em métodos para o diagnóstico, intervenção e monitoramento em Dant, de maneira a envolver, em todos os passos da investigação e da intervenção, a rede social, incluindo a comunidade e parceiros, como as

universidades locais. Com o foco na avaliação da efetividade da promoção da saúde em Dant, pretende-se também documentar o conhecimento adquirido de forma que este possa ser compartilhado com a sociedade. No momento que antecede a capacitação, a proposta está sendo reconstruída, na relação com os gestores da política municipal nos diversos níveis, sociedade civil e universidades. A previsão é que o curso se desenvolva entre outubro e junho de 2005, desencadeando processos locais com envolvimento da comunidade e parceiros, como as universidades locais.

Agenda de Violência, Prevenção e Controle de Acidentes e Violências: uma proposta para a promoção da cultura da paz

Marta Maria Alves da Silva¹

I – Violência como um problema de Saúde Pública

Ao tratarmos da saúde das populações em situação de violência e a forma de prevenção de violências e de promoção da saúde, é importante compreendermos a violência como um fenômeno de conceituação complexa, que abriga eventos de natureza diversa e multicausal.

Conforme conceituação da Organização Mundial da Saúde (OMS), considera-se “violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. Salienta-se a forte associação da violência com a pobreza e a desigualdade, estando vinculada aos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Desta forma, é preciso entender a violência dentro das estruturas sociais, econômicas e políticas, como também em relação aos aspectos culturais e comportamentais.

A violência tornou-se um grave problema de saúde pública no mundo, que afeta a saúde individual e coletiva, e que vem acarretando um grande incremento na morbimortalidade por causas externas notadamente nos últimos anos, sendo a 1ª causa de óbito em adolescentes e adultos jovens.

Ao se falar de violência como problema de saúde pública, é importante resgatar alguns elementos da epidemiologia, quais são:

- a **magnitude** deste problema, com grande número de eventos a cada ano, sejam agravos, lesões ou mortes;
- a **gravidade**, com aumento na mortalidade por causas externas, notadamente por homicídios, e aumentos no número de internações e seqüelas, principalmente por acidentes de transporte terrestre e quedas, o que tem contribuído pela queda na expectativa de vida de jovens;
- a **vulnerabilidade**, em que se observa pessoas ou populações em situação maior de risco de violência. No caso de causas externas em geral e de homicídios, tem-se que homens jovens da cor preta ou parda (afrodescendentes) e pobres são os mais vulneráveis; as mulheres estão mais vulneráveis às situações de violência sexual e doméstica;

¹Médica sanitária, Especialista em Medicina do Trabalho e Mestre em Saúde Coletiva, Coordenadora da Área de Vigilância e Prevenção de Violências, CGDant/Dasis/MS.

- os **impactos** sociais, econômicos e emocionais são enormes, com altos custos com assistência à saúde, com auxílios previdenciários (auxílios-doença e aposentadorias precoces), absenteísmo no trabalho, entre outros custos, além do grande sofrimento pessoal e coletivo com desestruturação familiar;
- a **prevenção** existe e é possível mediante a formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor Saúde, por meio de ações que atuem sobre fatores de risco, como é o uso abusivo de álcool e outras drogas, e que atuem sobre os condicionantes e determinantes da violência na lógica da promoção da saúde.

II – Marcos referenciais do Ministério da Saúde para o enfrentamento das violências

Em relação à vigilância e prevenção de violências, algumas estratégias e ações têm sido implementadas pelo Ministério da Saúde com a definição de portarias e normativas ministeriais. Destacam-se aqui três marcos referenciais como eixos norteadores da proposta de intervenção do Ministério da Saúde, quais são: Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, Rede Nacional de Prevenção da Violência e a Política Nacional de Promoção da Saúde.

1) Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

Em 2001 definiu-se, por meio da Portaria MS/GM nº 737 (BRASIL, 2001), a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências cujo principal propósito é a concepção de saúde como um direito e o fortalecimento da capacidade dos indivíduos, das comunidades e da sociedade em geral para desenvolver, melhorar e manter condições e estilos de vida saudáveis, buscando promover a adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis.

Esta política está em conformidade com os seis passos recomendados pela Organização Mundial da Saúde, quais são: a implementação de um sistema de informação, desenvolvimento de pesquisas sobre violências, promoção de prevenção primária, promoção de igualdade e equidade social e de gênero, atendimento às vítimas e qualificação dos serviços de saúde e o desenvolvimento de um plano nacional de enfrentamento das violências.

Em relação ao sistema de informação sobre violências, estas são oriundas principalmente do setores Saúde e Justiça. Na área da saúde, utilizam-se informações sobre mortalidade e morbidade hospitalar, além da realização de um inquérito em adolescentes sobre fatores de risco para violências. Quanto à justiça, a principal fonte de informações são os registros de ocorrências policiais. Está em processo de sistematização uma pesquisa nacional sobre vitimização.

Outra importante frente no sistema de informações é o trabalho intersetorial desenvolvido junto à Ripsa/Opas, que é a definição de indicadores básicos de violências e acidentes, que

permitirá monitorar e avaliar as ações implementadas de prevenção às violências.

Quanto ao sistema de informação, alguns resultados são aqui apresentados a partir de análises de situação realizadas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informação Hospitalar (SI-AIH). Em 2003, de um total de 1.002.340 óbitos, 12,6% foram devidos às causas externas, sendo que destes, 40,3% foram devidos a homicídios e 26,2% a acidentes de transporte terrestre. A grande maioria dos óbitos ocorreu em pessoas do sexo masculino (84,4% do total de óbitos por causas externas).

Do total de causas externas, observou-se que 10% eram devidas a outras formas de violências, 7% eram devidas a suicídio e 5% decorrentes de quedas.

Nota-se que a maioria dos óbitos ocorrem em homens com predomínio na faixa etária de adultos jovens – dos 20 aos 39 anos, principalmente devido a homicídios e acidentes de trânsito terrestre. Verificou-se também grande concentração de óbitos por causas externas em idosos com mais de 75 anos, que são devidos às quedas.

Com relação à raça/cor, quando analisamos a taxa de mortalidade em homens padronizada por homicídios (por 100 mil), verificou-se que a maioria destes ocorreram em pessoas da cor preta e parda.

Quanto às internações realizadas no serviço público no ano de 2004, observou-se que 41% destas são devidas às quedas, 32% outras formas de violência e 15% por acidentes de transporte.

As análises destas informações obtidas a partir dos bancos de dados do setor Saúde e de outras fontes, como a realização de inquéritos e pesquisas em parceria com instituições de ensino-pesquisa, têm gerado algumas publicações específicas, inclusive com importantes parcerias, como com a Opas, o Centro Latino Americano de Estudos e Pesquisas sobre Violências da Fiocruz-Claves e com o Núcleo de Estudos sobre Violências da USP.

2) Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e os Núcleos de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde

Em 2004, por meio da Portaria GM/MS nº 936 (BRASIL, 2004), criou-se a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde com a implantação de Núcleos de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde, cujos propósitos são a promoção e a participação de políticas e ações intersetoriais, a articulação da gestão do conhecimento, a formulação de indicadores para monitoramento, a disseminação de conhecimentos e práticas, a implantação da notificação de violências, etc.

Em relação à atenção às vítimas e aos cuidados de saúde, propõe-se a articulação e integração intra-setorial, com fluxos de referência e contra-referência, visando à atenção integral e humanizada à pessoa em situação de violência. Esta rede envolve os serviços de saúde, de assistência social e jurídica, como as delegacias de polícias, os conselhos tutelares da infância e adolescência, além de organizações não-governamentais, entre outras instituições.

3) Política Nacional de Promoção da Saúde

A Portaria GM/MS nº 1.190, de 14/7/2005 (BRASIL, 2005) instituiu o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, cujo propósito é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos condicionantes e determinantes da morbimortalidade por causas violentas.

Esta é uma política transversal, integrada e intersetorial, que se propõe a articular as diversas áreas do setor Sanitário, os outros setores do Governo e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade com a qualidade de vida da população em que todos são partícipes no cuidado com a vida. Possui como princípios: Integralidade, Intersetorialidade, Informação/ Educação/Comunicação, Mobilização e Participação Social.

Nesta política coloca-se como prioridade a redução da carga de morbimortalidade decorrente dos agravos por causas externas – acidentes e violências e a promoção de comportamentos, ambientes e entornos saudáveis.

III – Uma proposta de enfrentamento às violências – A agenda de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências 2005-2007

A partir dos marcos teóricos do Ministério da Saúde para a prevenção de acidentes e violências e promoção da saúde, definiu-se e pactuou-se uma Agenda 2005/2007 de enfrentamento das violências; esta tem quatro eixos de intervenção: vigilância de acidentes e violências, gestão, intervenção, avaliação e apoio a pesquisas.

Quanto à vigilância de acidentes e violências, propõe-se a implantação, em municípios prioritários e de alto risco para violências, de uma rede de serviços sentinela que propicie o conhecimento da realidade a partir das informações e análises, que permitam definir propostas de intervenções, monitoramento e avaliação das mesmas. Para tanto, o Ministério da Saúde construiu e pré-testou a “Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais”, que será implantada no país. Esta ficha é fruto das discussões e encaminhamentos surgidos a partir da obrigatoriedade da notificação de violência contra a mulher, preconizado pelo Decreto-Lei nº 5.099, de 3/6/2004 (BRASIL, 2004), que regulamenta a Lei nº 10.778/03.

Na área de gestão, as prioridades concentram-se na responsabilização dos vários setores governamentais e não-governamentais, na educação permanente em saúde, na participação e controle social, na garantia da sustentabilidade, regulação e financiamento das ações e atividades propostas na agenda.

Quanto às ações de intervenções propostas na agenda, estas incluem desde a assistência às pessoas em situação de violências, visando à integralidade da atenção à saúde por meio da articulação intra-setorial nas três esferas do governo, considerando os ciclos de vida e gênero, priorizando pessoas e coletivos mais vulneráveis às violências ou em situação de violência. As intervenções também englobam estratégias de promoção da saúde por meio da articulação intersetorial.

IV – Alguns resultados alcançados pelo Ministério da Saúde

A partir das ações implementadas no Brasil, os principais resultados alcançados foram:

- estruturação da Rede Nacional de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde, que atualmente possui 55 núcleos implantados no país;
- consolidação de parcerias inter-institucionais;
- construção da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais (em processo de implantação);
- publicação de pesquisas;
- estudo analítico apontando a redução no número de internações hospitalares e na mortalidade por armas de fogo, ou seja, 5.000 vidas foram poupadas em função da definição de indicadores de monitoramento para violências – parceria com Ripsa/Opas;
- validação do *handbook* da OMS, a partir do projeto de Prevenção da Violência Armada; publicações de pesquisas.

V – Considerações finais

Portanto, os desafios da saúde para o enfrentamento das violências exigem esforços do setor Saúde articulados com os demais setores governamentais, não-governamentais e privados, tanto na formulação, no desenvolvimento e na implantação e implementação de políticas específicas, que articulem e integrem ações de vigilância, prevenção, assistência, reabilitação e promoção da saúde produzindo qualidade de vida e cidadania.

Promover saúde e qualidade de vida, promover cidadania e inclusão social... este é o nosso desafio!

Referências bibliográficas

BRASIL. Decreto nº 5.099, de 3 de junho de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 jun. 2004. Seção 1, p. 3.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.190, de 14 de julho de 2005. Institui comitê gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jul. 2005. Seção 1, p. 108.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001. Aprova, na forma do anexo desta Portaria, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 maio 2001. Seção 1, p. 3.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 936, de 18 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004. Seção 1, p. 52.

Experiência do Município de Goiânia na Atenção à Violência

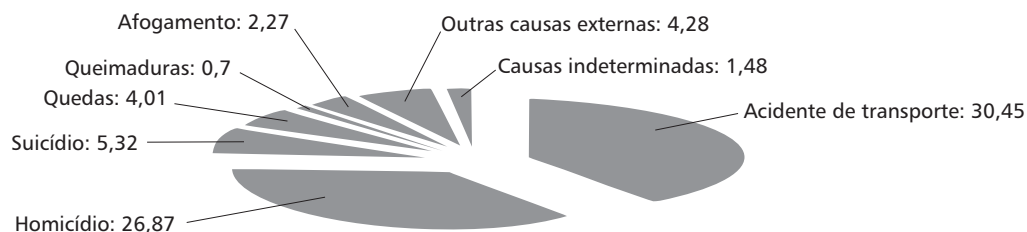
Maria Cláudia Honorato da Silva e Souza¹

Goiânia é uma cidade relativamente nova, 72 anos, situa-se no Planalto Central, distando 209 km de Brasília e sua população estimada no ano de 2005, segundo Datasus/IBGE foi de 1.201.007 habitantes. Por meio da Secretaria Municipal de Saúde, vem integrando as discussões sobre a Prevenção das Violências junto ao Ministério da Saúde.

O perfil da mortalidade no município tem mostrado padrão parecido com outros centros urbanos: predominam as mortes por doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas. Entre estas causas estão os homicídios e acidentes de trânsito como causas principais.

Em Goiânia, a mortalidade por acidente de transporte terrestre configura-se como a primeira causa de morte no conjunto das Causas Externas, diferentemente do Brasil que é a segunda, conforme figura abaixo:

Mortalidade (100.000 hab.) por causas externas segundo tipo de causa.
Residentes de Goiânia, 2003.



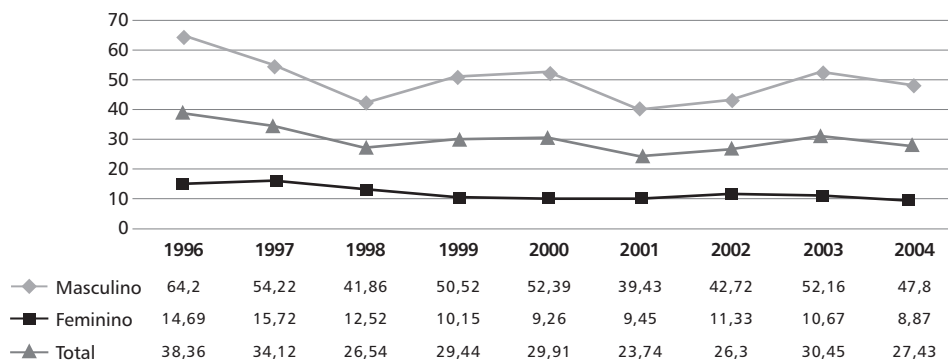
Fonte: SIM/SMS-GO

Os homens são as principais vítimas dessas ocorrências. São eles que determinam o padrão da curva de mortalidade por acidentes de transporte terrestre da população em geral.

Entre as mulheres, o maior risco de morrer por esta causa é na sua condição de pedestre e na faixa etária dos 75 anos ou mais, quando as dificuldades de locomoção aumentam, conforme mostra o gráfico a seguir:

¹Nutricionista, Especialista em Nutrição Clínica e Saúde Pública, Diretora do Departamento de Rede Básica, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

Taxa de Mortalidade (100.000 hab.) por Acidente de Transporte Terrestre, segundo sexo, residentes em Goiânia, 1996-2004.



Fonte: SIM/SMS-GO

A Secretaria Municipal de Saúde, a partir dessas informações, implantou em agosto de 2004, o Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, que teve como objetivo articular entre os diversos setores públicos e organismos privados a implementação de Políticas Intersetoriais, visando reduzir a morbimortalidade por acidentes de trânsito em Goiânia.

As ações desenvolvidas foram:

- Lançamento do Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito para imprensa, legislativo municipal e estadual, gestores municipais, instituições, órgãos ligados ao trânsito, educação, meio ambiente, universidades, organização da sociedade civil e terceiro setor;
- Seminário: Saúde e Segurança no Trânsito;
- Ações Intersetoriais e Interdisciplinares no Trânsito e Atividades Culturais e de Educação no Trânsito no Araguaia Shopping, com vários parceiros;
- Prêmio Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde no Trânsito, nas categorias:
 - a) Educação (redação, poesia e desenho) além de Projetos Educacionais de Trânsito, em fase de implantação ou desenvolvidos nos períodos letivos de 2003 e 2004.
 - b) Jornalismo: Televisão – Semana Nacional de Trânsito 2004, em Busca da Consciência Coletiva; Rádio; Mídia impressa – Série de Reportagens sobre Violência no Trânsito; Fotojornalismo – “Famílias Inteiras são Dizimadas na Estrada”.

Diante da preocupação com o fenômeno da violência, no ano 2000 a Secretaria Municipal de Saúde implantou a Rede de Atenção a Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência fruto da articulação do Fórum Goiano pelo Fim da Violência Sexual Infanto-juvenil e o Fórum Goiano de Mulheres com as instituições/órgãos ligados às áreas de saúde, assistência social e educação.

Hoje, consolidada, a Rede é integrada por mais de 30 organizações governamentais e não-governamentais de Goiânia e Região Metropolitana. Tem, como objetivos principais: promover a articulação dos atores sociais envolvidos na elaboração de estratégias de enfrentamento da violência; capacitar profissionais para o atendimento especializado das pessoas em situação de violência, seja de ordem física, psicológica ou sexual; ampliar e implantar serviços no atendimento à violência; otimizar recursos humanos e materiais na construção de um modelo de atendimento para outras cidades do Estado de Goiás e do Brasil.

Foram confeccionados vários materiais educativos, dos quais destacamos um folder que apresenta o mapa do município com todos os equipamentos especializados que atendem os casos de violência. Contém ainda o fluxo do atendimento das diversas instituições com seus respectivos endereços.

Atualmente, a Rede vem realizando a supervisão com os profissionais sensibilizados e capacitados como uma forma de incrementar a troca de experiência, superar os entraves referentes ao fluxo de encaminhamento e dar apoio aos profissionais que atendem as pessoas em situação de violência. O incentivo à criação de grupos de apoio e auto-ajuda e a criação de uma central de dados que agregue todos os casos atendidos e seus encaminhamentos por meio do registro do Formulário Único de Notificação utilizado pelas instituições, são os desafios enfrentados pela Rede.

A experiência com a consolidação da Rede passando por duas gestões municipais fez com que Goiânia fosse chamada a integrar a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde por meio da criação de seu Núcleo, a partir de novembro de 2004.

O Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção à Saúde vem assim desenvolver no município um conjunto de ações sistematizadas, intersetoriais, articuladas com entidades governamentais e não-governamentais, movimentos sociais organizados, órgãos municipais, departamentos, divisões, distritos sanitários, com perspectivas de prevenção à violência. Tem como atribuições:

- Fortalecer as políticas e ações intra-setoriais na abordagem das violências e causas externas;
- Garantir a implantação e implementação da notificação de maus-tratos e outras violências/acidentes, possibilitando a melhoria na qualidade da informação e participação nas redes locais de atenção integral para populações estratégicas (mulheres, crianças, adolescentes, jovens, pessoas idosas);
- Promover e apoiar estudos e pesquisas que permitam a identificação de fatores de risco e de proteção aos envolvidos nos acidente e violências e identificação de áreas e grupos sociais mais vulneráveis a esses agravos;
- Contribuir com a educação permanente dos profissionais que atuam no atendimento à violência;
- Contribuir para o fortalecimento da Rede de Atenção a Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência;
- Contribuir para a implementação do Programa de Redução de Morbimortalidade por Acidente de Trânsito, mobilizando a sociedade e promovendo a saúde;
- Desenvolver metodologia, criar e produzir materiais educativos de prevenção à violência/causas externas;

- Captar informações provenientes de vários bancos de dados;
- Construir Painel de Monitoramento (avaliação permanente e construção de indicadores de violências/acidentes);
- Organizar (digitação, sistematização) e analisar dados/informações relacionados às violências/acidentes.

Sendo assim, são atribuições dos gestores municipais, frente a este grande desafio do enfrentamento do fenômeno da violência, fortalecer as políticas intersetoriais e implementar projetos como estes, fundamentados na filosofia da Promoção da Saúde, com o objetivo de diminuir os acidentes e violências, transformando nossa sociedade em um lugar melhor para se viver.

Projeto de Redução de Morbimortalidade por acidentes de trânsito em Belo Horizonte

Roberto Marini Ladeira¹

Os acidentes de trânsito ocuparam, ao longo das últimas décadas, lugar de destaque entre as causas de morbimortalidade em Belo Horizonte. No período compreendido entre 1980 e 1998, foram a principal causa de morte por acidentes e violências, e em 2003 representaram o segundo motivo mais freqüente de internações por causas externas no município. A partir de 1998, vem ocorrendo queda progressiva na mortalidade por acidentes de trânsito.

Desde o início da década 90, compreendendo a complexidade deste agravo, a Secretaria Municipal de Saúde de BH desenvolve um trabalho conjunto com a BHTRANS, empresa municipal responsável pela gestão do transporte e trânsito na cidade. Em 1994, foi realizado um projeto “Acidentes de Trânsito em Belo Horizonte – Precisamos frear estes números”, com o objetivo de conhecer a realidade da morbimortalidade hospitalar de acidentes de trânsito.

Os resultados da pesquisa subsidiaram uma série de ações conjuntas das duas instituições, principalmente na identificação de locais de ocorrência de acidentes e o desenvolvimento de intervenções para modificar a realidade.

Num momento seguinte, foram realizadas experiências de trocas de informações e de utilizar dados provenientes de diversos bancos de dados disponíveis, produzidas por diferentes órgãos e instituições (Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM), Boletins de Ocorrências produzidos pela Polícia Civil e dados do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar.

Em 2003, foi realizada nova pesquisa com a mesma metodologia utilizada em 1994, com objetivo de estudar eventuais modificações no quadro de morbimortalidade, levando-se em consideração o início de funcionamento do serviço de atenção pré-hospitalar em 1995, a entrada em vigor do Código de Trânsito Brasileiro, em 1998, e a queda da mortalidade por acidentes de trânsito detectada a partir do final dos anos 90. No período de 10 de novembro a 14 de dezembro, foram identificadas 1.663 vítimas de acidentes de trânsito, ocorridos em Belo Horizonte, atendidas em três hospitais públicos do município. Destacou-se o importante aumento do número de vítimas que eram motociclistas (30,5% contra 10,3% em 1994) e a permanência da relevância dos atropelamentos, embora com diminuição do percentual (25,0% contra 34,9% em 1994). Evidenciou-se também a relevância do atendimento pré-hospitalar das vítimas, responsáveis pelo transporte de 47,1%.

Em 2003/2004, foi iniciado o Projeto de Redução de Morbimortalidade por acidentes de trânsito em Belo Horizonte, com financiamento mediante acordo Pnud/Ministério da Saúde,

¹Médico Epidemiologista da Gerência de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

visando implementar e avaliar ações de promoção à saúde e prevenção a acidentes de trânsito, e melhorar a qualidade da informação sobre os acidentes.

Foi constituída a Comissão Intersetorial de Prevenção e Combate aos Acidentes de Trânsito, composta por diversas instituições de saúde, trânsito, educação, além de organizações não-governamentais. O principal objetivo da Comissão é otimizar os recursos utilizados na prevenção dos acidentes de trânsito e realizar a troca de experiências na área.

A continuidade do Projeto de Redução prevê: a realização de pesquisas qualitativas envolvendo grupos identificados como mais vulneráveis aos acidentes de trânsito (motorista jovem, infrator contumaz, *motoboy* e pedestre); desenvolvimento de metodologia que possa unificar informações de diversos bancos de dados sobre acidentes de trânsito (AIH, SIM, Boletins de Ocorrência, Samu, etc.).

Concluindo, para que haja uma concreta ação na vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, consideramos essencial a manutenção da integração entre as diversas instituições e entidades envolvidas com o trânsito e suas repercussões sobre a saúde, bem como o constante aprimoramento das informações sobre este grave problema de saúde pública.

Conhecendo o perfil dos atendimentos decorrentes de causas externas nas emergências hospitalares

Vilma Pinheiro Gawryszewski¹

Desde o início da década de 80, as causas externas passaram a representar a segunda causa de morte para a população brasileira, tornando-se assim, um importante problema de Saúde Pública. Particularmente a questão do aumento das violências virou uma preocupação pública e, por isso, a sua prevenção se constitui num premente desafio para a sociedade como um todo.

As conseqüências dos acidentes e violências para o sistema de saúde e para a sociedade apontam para a necessidade de aperfeiçoamento do sistema de informações de mortalidade e morbidade por causas violentas, com vistas a subsidiar políticas públicas para o controle do problema, orientando intervenções viáveis e pactuadas por toda a sociedade. Este sistema deve permitir identificar alguns dos fatores de risco que contribuem para estas ocorrências, e entre estes, aqueles passíveis de medidas de intervenção.

Na maioria dos países do mundo, o conhecimento do impacto do problema das causas externas se dá por meio da análise dos dados de mortalidade, sendo poucos os países que conhecem a morbidade hospitalar por estas causas. Os dados dos atendimentos realizados nas emergências hospitalares são ainda pouco estudados em todo mundo, devido ao volume e características deste tipo de atendimento. No Brasil, o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) é considerado de boa qualidade, permitindo ter um quadro fidedigno dos principais tipos de acidentes e violências que determinam mortes. Também é possível conhecer as informações acerca das internações hospitalares por estas causas realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS/Datasus). O acesso a esses bancos é fácil e disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Porém, para se obter um quadro mais completo do problema, é preciso avançar em direção ao desafio que é estabelecer uma proposta para a vigilância epidemiológica dos acidentes e violências nos serviços de emergências hospitalares.

O presente estudo tem como objetivo levantar a morbidade por causas externas em serviços de emergência sentinelas no Estado de São Paulo, com vistas a conhecer a magnitude do problema, identificar os tipos de causas externas atendidos e subsidiar o estabelecimento de sistema de vigilância que incorpore tanto as informações de mortalidade quanto às de morbidade. É importante ressaltar que estudos desse tipo ainda são poucos e pontuais em nosso meio, uma vez que a sua operacionalização costuma ser trabalhosa, havendo pouca experiência acumulada nessa área.

O levantamento é uma iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e foi iniciado em três emergências hospitalares, selecionados por serem referências de atendimento em

¹Médica Doutora em Saúde Pública, Coordenadora do Grupo Técnico de Prevenção de Acidentes e Violências, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

suas áreas geográficas. Dois deles estão localizados na zona sul do Município de São Paulo e o outro serviço está localizado no interior do estado. Esta escolha foi norteada também pela tentativa de verificar a existência de diferenças entre os resultados obtidos na capital e no interior. O período de estudo correspondeu a seis meses, novembro de 2004 a abril de 2005. Os resultados preliminares aqui apresentados referem-se aos 20.430 atendimentos realizados neste período.

Entre os principais resultados e conquistas podem ser destacados: 1) a verificação de diferenças em relação às análises provenientes das informações de mortalidade e internações (a demonstração da importância do problema dos acidentes com motociclistas, que os homens ainda predominam, mas em proporções menores e que as crianças são responsáveis por altas proporções desses atendimentos); 2) identificação de problemas ocultos como a casa como um importante local de ocorrência de lesões; 3) o aprimoramento da ficha de coleta a partir da experiência em curso.

Coletar dados em serviços de emergência tem um propósito maior do que produzir informações. Estes serviços são especialmente relevantes na detecção de casos de agressões contra grupos específicos, tais como as mulheres e crianças. Além disso, as emergências também são locais privilegiados para o estabelecimento de estratégias de prevenção, visto que se constituem, muitas vezes, na primeira oportunidade para crianças e adultos, vítimas de violência, encontrarem suporte, assistência e proteção. Estes profissionais encontram-se assim numa posição especial para ajudar aqueles que estão sob o risco.

Por fim, é importante assinalar que esta valiosa experiência somente foi possível com a colaboração de vários profissionais em diferentes locais e serviços, mas especialmente daqueles que participaram corajosamente da coleta no Hospital do Grajaú, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e Hospital Pedreira.

Referências bibliográficas

KRUG, E. et al. (Ed.). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.

DESLANDES, S. F. Prevenção numa hora dessas? *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

Política Nacional de Promoção da Saúde

Otaliba Libânio de Morais Neto¹

Adriana Castro²

Cristiane Scolari Gosch³

O Sistema Único de Saúde (SUS), política construída em amplo debate com vários setores da sociedade e marcada pela defesa da vida e garantia da autonomia dos sujeitos e coletivos, tem princípios absolutamente sinérgicos àqueles elaborados pelo Movimento Internacional de Promoção da Saúde, investindo seus esforços na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos.

Evidente que o alargamento do conceito de saúde e dos compromissos do setor sanitário expresso pela perspectiva da promoção da saúde e na consolidação do SUS exige outros modos de construir os conhecimentos e os fazeres do setor sanitário e dos profissionais de saúde brasileiros. Produzir saúde, pois, não se pode circunscrever aos serviços de saúde nem aos setores governamentais diretamente implicados na gestão sanitária, caracterizando-se por ser uma ação intersetorial.

O Ministério da Saúde, compreendendo a importância da construção de uma proposta promocional que opere por meio do SUS na melhoria dos modos de gestão que aí são operados e na elevação das condições de vida de sujeitos e coletividades, provocou o debate em torno da formulação e implementação da Política Nacional de Promoção à Saúde.

A promoção da saúde ganhou institucionalidade no Ministério da Saúde com a formalização, em 1999, de um projeto de cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), que estava sob responsabilidade da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) até o final do ano de 2002: o Projeto *Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção*. Contudo, entre 1999 e 2002 verifica-se uma série de dificuldades em articular a perspectiva da promoção da saúde ao SUS, que implicou num modo fragmentado de operação do Projeto e, ao mesmo tempo, adiou a pactuação e a implementação de uma Política Nacional.

Entre agosto de 2003 e dezembro de 2004, coube à Secretaria-Executiva (SE) do MS a gestão da PNPS, entendendo que ela deveria operar como dispositivo integrador da agenda dos vários segmentos sanitários. No período, foram mapeadas as principais iniciativas e experiências em curso no país, convocadas oficinas de trabalho para o debate da PNPS junto às instituições de ensino e pesquisa e aos gestores da saúde, e construído um documento preliminar.

¹Médico Sanitarista, Doutor em Epidemiologia, Professor de Departamento de Saúde Coletiva da UFG, Diretor do Dasis/SVS/MS.

²Mestre em Psicologia, Consultora técnica do Dasis/SVS/MS para a Política Nacional de Promoção da Saúde.

³Doutora em Psicologia, Consultora técnica do Dasis/SVS/MS para a Política Nacional de Promoção da Saúde.

No final de 2004, com as mudanças na gestão do MS, a PNPS deslocou-se para a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDant) na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

O Ministério da Saúde seguiu apostando que a promoção da saúde deveria operar transversalmente, produzindo uma rede de co-responsabilidade pela melhoria da qualidade de vida. Dessa maneira, publicou a Portaria MS/GAB nº 1.190, em 14/7/2005 (BRASIL, 2005), que instituiu o Comitê Gestor da PNPS. O Comitê Gestor, formado por diferentes secretarias e órgãos do MS, tem as seguintes atribuições: consolidar proposta da PNPS; coordenar a sua implantação e a articulação com demais setores governamentais e não-governamentais; incentivar estados e municípios a elaborar Planos de Promoção da Saúde; articular e integrar ações de Promoção da Saúde no SUS; monitorar e avaliar as estratégias de implementação da PNPS e seu impacto.

Entre julho e dezembro de 2005, houve um processo de trabalho intenso para garantir que o texto da PNPS fosse amplamente divulgado, discutido e pactuado a fim de assegurar sua aprovação na Comissão Intergestores Tripartite (onde se reúnem MS, Conass e Conasems para deliberar políticas, programas e ações no e do SUS). Tal esforço resultou na publicação em 30 de março de 2006 da Portaria MS/GM nº 687 (BRASIL, 2006), que instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde.

O objetivo central da PNPS é a promoção da qualidade de vida e a redução de vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Na PNPS entende-se que para produzir a melhoria da qualidade de vida é fundamental que a produção da saúde se oriente por algumas diretrizes, como: busca da equidade, estímulo às ações intersetoriais, fortalecimento da participação social, adoção de práticas horizontais de gestão, incentivo à produção de conhecimento em promoção da saúde no cenário brasileiro, e a divulgação das iniciativas bem sucedidas de promoção da saúde aos profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS.

O documento aprovado da PNPS destacou uma agenda estratégica para o biênio 2006/2007, na qual foram priorizadas ações voltadas à:

- 1. Divulgação e implementação da PNPS** – Embora esteja presente em todos os discursos no campo da saúde, a promoção da saúde ainda precisa ser melhor compreendida e conhecida no SUS. A intenção do MS é justamente convocar uma mobilização nacional acerca da perspectiva promocional, visibilizando os esforços e sucessos que já estão em curso por iniciativa de estados, municípios, instituições de ensino e pesquisa e organizações da sociedade civil.
- 2. Alimentação Saudável** – A PNPS foi elaborada em sinergia com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição e com a Estratégia Global de Alimentação Saudável e Atividade Física. Na conexão com estes documentos e com estratégias desenvolvidas por outros setores das políticas públicas ficou evidente a importância do espaço escolar como lócus ótimo de pro-

dução de escolhas alimentares saudáveis. Assim, elaborou-se um plano de atividades para o biênio priorizando o ensino fundamental, no qual se destacam as ações de implementação dos *Dez passos para alimentação saudável* e de execução e análise da Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares.

3. **Prática Corporal/Atividade Física** – O reconhecimento da importância das práticas corporais para a redução dos riscos às doenças crônicas não transmissíveis e melhoria da qualidade de vida dos sujeitos não é novo no SUS. Várias atividades de estímulo às práticas corporais já são desenvolvidas pela Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família e por meio da PNPS serão fortalecidas, uma vez que há o incentivo às articulações intersetoriais para melhoria das condições dos espaços públicos e viabilização das atividades fora das unidades de saúde. Nessa direção, a SVS, por meio da Portaria MS/GM nº 2.608 de 28 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005), fez um primeiro movimento repassando recursos para estados e capitais a fim de induzir o desenvolvimento de ações quanto às ações específicas de alimentação saudável e práticas corporais/atividade física previstas na PNPS para o biênio 2006/2007.
4. **Prevenção e Controle do Tabagismo** – O Brasil já possui uma legislação definida quanto ao desestímulo ao hábito de fumar, a Lei nº 9.294/1996 (BRASIL, 1996), e, em 2005, ratificou sua posição como signatário da Convenção Quadro de Controle do Tabagismo. Contudo, ainda faz-se necessária maior sensibilização e conscientização da população e, principalmente, dos donos de estabelecimentos comerciais, quanto aos malefícios do consumo de tabaco (tanto por fumantes quanto por fumantes passivos). Assim, a PNPS definiu como prioridade ações educativas e de implementação de ambientes públicos livres de tabaco.
5. **Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas** – Há evidências científicas suficientes para que se afirme a associação entre o consumo abusivo de álcool e outras drogas e as violências (acidentes de trânsito, homicídios e suicídios). Dessa maneira é importante que se sensibilize e mobilize a sociedade quanto aos malefícios do uso abusivo do álcool. Bem como analisar as informações produzidas sobre a prevalência de violências e seu geo-referenciamento a fim de propor e/ou apoiar a restrição de acesso a bebidas alcoólicas.
6. **Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito** – Os acidentes de trânsito representam a segunda causa de mortes entre as causas externas, causando, além disso, enorme quantidade de seqüelas entre as suas vítimas que conseguem sobreviver. O Código Nacional de Trânsito provocou a redução dos acidentes. No entanto, percebe-se que há a retomada do crescimento das taxas de morbimortalidade por acidentes de trânsito. Percebe-se que se fazem necessárias ações educativas em vários níveis e dirigidas a diferentes parcelas da população para garantir que as mudanças de hábitos e comportamentos persistam.

7. Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz – A violência é, sem dúvida, uma grande preocupação no Brasil. Têm-se taxas crescentes de mortalidade e de internações por causas externas, em especial pelos homicídios com armas de fogo. Além disso, as armas de fogo cada vez mais potentes, quando não matam imediatamente, ocasionam ferimentos com índices de gravidade crescentes, os quais significam incremento nos gastos do setor sanitário. A PNPS, portanto, investe na promoção de modos de vida menos violentos, apoiando o desenvolvimento de Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência e da Rede Nacional de Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde.

8. Promoção do desenvolvimento sustentável – Pensar o conceito ampliado de saúde implica reconhecer que é preciso investir na construção de políticas públicas integradas e intersetoriais que sejam capazes de alterar os determinantes sociais da saúde de modo positivo. Ou seja, as ações do setor sanitário devem integrar-se na preocupação com o desenvolvimento das cidades e a preservação dos ambientes. Nesse sentido, a PNPS propõe a mobilização das instâncias deliberativas do SUS e dos movimentos sociais que militam pela saúde no processo de elaboração dos Planos Diretores Participativos das Cidades e de suas Agendas 21, fortalecendo instâncias intersetoriais de planejamento e gestão dos estados e municípios.

O Ministério da Saúde por meio da publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde e da constituição de seu Comitê Gestor que integra as suas várias áreas técnicas, entende que dá um passo decisivo na melhoria da qualidade da atenção à saúde oferecida à população e, concomitantemente, assume seu papel de protagonizar o debate acerca das condições de vida no país, convocando os demais setores das políticas públicas e da sociedade para a produção de escolhas mais saudáveis e de possibilidades de uma melhor qualidade de vida no Brasil.

Referências bibliográficas

BRASIL. Lei n.º 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4.º do art. 220 da Constituição Federal. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1996. Seção 1, p. 13074.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 1.190, de 14 de julho de 2005. Institui comitê gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jul. 2005. Seção 1, p. 108.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 2.608, de 28 de dezembro de 2005. Define recursos financeiros do teto financeiro de vigilância em saúde, para incentivar estruturação de ações de vigilância e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis por parte das secretarias estaduais e secretarias municipais de saúde das capitais. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. 2005. Seção 1, p. 114.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 mar. 2006. Seção 1, p. 138.

Escolas Promotoras de Saúde: a estratégia do Estado do Tocantins

Regiane Rezende¹

A escola é um espaço educativo formal, mas também um espaço institucional, social e político, permeado pela cultura. Estes aspectos tornam-se importantes para o suporte e sustentabilidade de estratégias voltadas para a promoção da saúde. Neste contexto, destacamos a interdependência entre gestão, formação e processo ensino/aprendizagem para efetivação da intersectorialidade, os resultados e impacto. A Estratégia Escolas Promotoras de Saúde desenvolvida no Tocantins considera estas dimensões indissociáveis, tomando-as como eixos estruturantes.

A Estratégia está organizada de forma a promover a descentralização e horizontalização da gestão, produzindo espaços coletivos de participação, envolvimento, produção de subjetividade, percepção sobre a necessidade de transformação e o desenvolvimento da autonomia local, contribuindo para a construção de objetivos e objetos de investimento comum e a consolidação de compromissos e co-responsabilidade na produção e promoção da saúde.

A estratégia é então gerenciada em nível estadual, municipal e local por meio das Equipes de Gerenciamento Integrado, formando um sistema de co-gestão entre saúde e educação.

Um dos desafios da intersectorialidade é provocar a inquietação em relação à resistência a mudanças, desta forma possibilita releituras da realidade a partir de um novo olhar de um outro setor, e nessa troca pode provocar reflexões e suscitar transformações em ambos os setores.

Implantada em março de 2002, atualmente abrange 205 escolas, com 96 Unidades de Saúde de Referência, 222 Agentes Escolares de Saúde em dez municípios, atendendo a cerca de 32% das crianças matriculadas na rede pública. A articulação entre a escola e a unidade de saúde permite que o escolar seja assistido em seus principais âmbitos de convivência: escola, família e comunidade e tem possibilitado a inclusão das Escolas na rede de cuidados progressivos com a saúde.

Buscando fortalecer a autonomia municipal e local para o desenvolvimento e gerência e da Estratégia a implantação é realizada em cinco etapas com duração total de um ano.

A operacionalização da estratégia Escolas Promotoras de Saúde do Tocantins requer mudanças conceituais e o desenvolvimento de habilidades diferenciadas, neste sentido a formação e a capacitação dos diversos atores assumem importância central no processo de implantação.

O empoderamento e a inclusão promovidos, contribuem para a sustentabilidade dos projetos produzidos, em decorrência da participação instrumentalizada, consciente, crítica e

¹Coordenadora da Atenção Básica e Gerente da estratégia Escolas Promotoras de Saúde – Secretaria Estadual de Saúde, Tocantins.

criativa dos atores no processo de trabalho, favorecendo a adequação das propostas ao contexto e aos meios materiais e subjetivos necessários para o seu desenvolvimento, facilitando simultaneamente a adesão e a responsabilização.

A oportunidade de “problematizar” e discutir sobre desenho e desenvolvimento de programas pontuais que contribuem para fortalecer a segmentação do setor Saúde sendo, contudo, também reflexos dele e sobre a complexidade do processo de adoecimento e cura, evidenciando as várias dimensões que envolvem a qualidade de vida, reforça o compromisso de promover sempre a releitura e adequação de propostas nacionais, ou mesmo estaduais, com a perspectiva da integralidade, da promoção da saúde, do empoderamento e desenvolvimento da autonomia local.

O processo de educação permanente orientado pelo modelo da educação popular, a constante revisão dos objetivos e caminhos percorridos, a gestão estratégica e participativa favorecem a apropriação do processo de trabalho pelos atores, estimulando o empoderamento, desenvolvimento de competências e adoção de estratégias e decisões voltadas para as necessidades e de acordo com as condições e potencialidades locais, construindo compromissos, solidariedade e ampliando a capacidade de reflexão.

A mobilização para o desenvolvimento da Estratégia envolve negociação, partilha de poder, reconhecimento de limitações, desprendimento, disponibilidade e disposição para o trabalho em equipe e valorização de outros saberes: aspectos fundamentais para a Promoção da Saúde.

A Experiência da Academia das Cidades – Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Danielle Keila Cruz¹

Idealizado e implementado em 2002, na cidade do Recife, o Programa Academia da Cidade caracteriza-se como uma política de promoção da saúde nos âmbitos da atividade física e do lazer, que tem como objetivo central contribuir para a promoção da saúde coletiva, potencializando os espaços públicos de lazer requalificados, com ações referentes à prática de atividades físicas, lazer, avaliações nutricionais e de aptidão física, que incidam na melhoria da qualidade de vida da população.

Formado por equipes multiprofissionais congregando as áreas de Educação Física, Nutrição e Medicina que atuam nos pólos do Programa existentes nos espaços públicos de lazer, nos Centros de Atenção Psicossociais (Caps) e num Centro Médico – este último denominado de Projeto Bom Dia e acessível apenas para usuários do Centro – o Programa qualifica sua prática à luz dos condicionantes e determinantes socioculturais e econômicos do modo de viver da população, que se manifestam no cotidiano das ações e conclamam a resignificação das intervenções dos profissionais envolvidos, no sentido de dotá-las de instrumentos problematizadores da realidade, buscando a superação da mesma pelo coletivo.

Para tanto, o Programa Academia da Cidade possui como diretrizes a promoção da intersetorialidade, a potencialização dos espaços públicos de lazer, o favorecimento do protagonismo social, a intergeracionalidade, o resgate da cultura local e o fortalecimento da participação popular na perspectiva da co-responsabilidade social.

O Programa oferece à população as condições básicas necessárias para que a atividade física regular e/ou a prática do lazer estejam acessíveis aos cidadãos de todas as camadas sociais e faixas etárias, de segunda a sexta-feira nos horários de 5h30 às 8h30 e de 17h30 à 20h30, não sendo necessário efetivar inscrição para participar das atividades.

Nos pólos do Programa são disponibilizados serviços de avaliação da aptidão física, prescrição de exercícios, avaliação nutricional, orientação da caminhada ou corrida, aulas de ginástica e dança, palestras com temáticas da saúde. Nestes espaços também são desenvolvidas atividades culturais, como grupos de dança folclórica, festivais de dança e comemoração de festas populares, bem como apresentação e divulgação das políticas de gênero, idoso, tabagismo, população negra, redução de danos, além de campanhas nacionais da saúde.

Na rede de saúde, o Programa está na atenção básica à saúde, sendo espaço de referência para grupos de pessoas com diabetes e hipertensão organizados pelas equipes de saúde da família.

¹Especialista em Saúde Pública. Coordenadora Geral do Programa Academia da Cidade Recife – Pernambuco.

Em 2005, o Programa Academia da Cidade atendeu 298.093 pessoas nos pólos localizados nos espaços públicos de lazer e no Centro Médico e, aproximadamente, 4.500 pessoas nos Caps Álcool e Droga e Transtorno.

Apresenta como principais resultados 13 espaços públicos de lazer requalificados (praças, parques e orlas marítima e fluvial), beneficiando a população de cinco, das seis regiões político-administrativas existentes no município; formação de 21 grupos de convivência, que se caracterizam pela aproximação dos usuários da proposta do Programa e sua participação efetiva na construção do planejamento das atividades de cada pólo; redução do consumo de medicamentos em 22,4% dos usuários que participam do Programa no Centro Médico, e relatos deste benefício pelos usuários dos demais pólos; inclusão social caracterizada pelo retorno de usuários às atividades rotineiras e ao trabalho; realização de atividades culturais nos pólos que entraram para o calendário da comunidade local; redução da violência nos locais onde foram implantados pólos, bem como o retorno da comunidade aos espaços públicos; 26 delegados eleitos entre usuários e trabalhadores do Programa para participar da VII Conferência Municipal de Saúde visando fortalecer a política de promoção da saúde do Recife, legitimando o PAC junto aos usuários e à Secretaria Municipal de Saúde como uma via para divulgação e instrumentalização da população sobre a importância da participação nas instâncias de controle social; formação de grupos culturais com os usuários que realizam apresentações nos eventos organizados pelos Distritos Sanitários.

O Programa Academia da Cidade busca sua incorporação ao cotidiano da população, para que se constitua numa via de promoção da saúde na perspectiva da melhoria da qualidade de vida, colaborando para o efetivo controle social e para a construção de políticas de saúde equânimes e com justiça social.

Conversando com... Paulo Capucci e Ruben Matos

Integralidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade na Promoção da Saúde

Adriana Castro¹

Cristiane Scolari Gosch²

Conversando com... Foi um espaço de debate que teve como objetivo envolver todos os participantes do Seminário Nacional de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde no diálogo sobre conceitos fundamentais para a Política Nacional de Promoção da Saúde. Aos nossos convidados cabia lançar o marco conceitual de onde as reflexões partiam e, “conversando com” a platéia, consolidar pistas e aproximações para uma práxis sanitária baseada na reflexão crítica e no compromisso ético com a garantia do direito à saúde.

Aliás, foi nesse ponto que nosso “bate-papo” iniciou. Tanto o Dr. Paulo Capucci (Secretário Municipal de Saúde de Guarulhos/SP) quanto o Dr. Ruben Matos (Diretor do Instituto de Medicina Social/UERJ) recuperaram em suas falas iniciais a marca do Movimento Brasileiro da Reforma Sanitária: “a saúde é direito de todos e dever do Estado”.

A partir do olhar “gestor da saúde”, Dr. Paulo Capucci falou da insegurança em trabalhar com um novo referencial de conhecimento e prática que nos coloca o desafio do “inter”, da interação entre setores, disciplinas e divisões produzidas sócio-historicamente. De acordo com sua análise, os gestores do Sistema Único de Saúde permanecerão “reféns de demandas” assistenciais se não puderem processá-las, do ponto de vista de sua origem e de seus determinantes, qualificando-as.

Nesse sentido, Dr. Paulo ratificou que é necessário fazermos “constantemente, diariamente, institucionalmente” a revisão de nossas práticas, políticas e objetos dos estudos e pesquisas propostos de modo que tenhamos clareza na produção do “viver bem”, da qualidade de vida. A compreensão de que “viver bem” e qualidade de vida não podem ser abordadas numa perspectiva fragmentária é, para ele, o grande ponto de transformação na construção de uma práxis integradora, baseada na “cidadania”. E, ao mesmo tempo, a possibilidade de remontarmos a defesa do direito à saúde a partir da “percepção do sujeito fundamental”, “aquele que nos [setor Saúde] procura”.

Na construção desse olhar integral acerca dos sujeitos e da sua saúde parece fundamental reconhecer a dificuldade que o próprio setor Saúde tem na concretização de seu acolhimento. Treinados, formados e habituados em acolher os sujeitos quando suas demandas por atenção

¹Mestre em Psicologia, Consultora técnica do Dasis/SVS/MS para a Política Nacional de Promoção da Saúde.

²Doutora em Psicologia, Consultora técnica do Dasis/SVS/MS para a Política Nacional de Promoção da Saúde.

à saúde estão referidas aos sintomas, às urgências; os trabalhadores da saúde devem, também, ser acolhidos e compor como sujeitos o processo de transformação dos modos de trabalhar as relações entre saúde e adoecimento.

A integralidade, então, construir-se-ia a partir da “remontagem” do objeto “direito à saúde”, uma vez que colocaria no centro da cena o sujeito que procura os serviços de saúde e a sua percepção acerca de seu próprio estado de saúde.

O Dr. Ruben Matos parte da “saúde como direito de todos e dever do Estado” para argüir a importância de discutirmos intersetorialidade, interdisciplinaridade e integralidade na formulação das respostas estatais aos problemas e agravos da saúde e no modo como elas se constroem.

As respostas dos governos ao adoecimento e, em especial, às doenças não transmissíveis, devem se pautar numa premissa fundamental: “o adoecimento, o próprio processo de adoecimento e as características das doenças e agravos em geral, se relacionam às condições de vida”. Tal fundamento se expressa em duas formas distintas. Por um lado, falamos de um quadro de péssimos indicadores sociais para denunciar as condições de vida que se referem à miséria e à desigualdade, é a falta de saneamento, moradia, alimentação, renda, etc.

Por outro lado, falamos de condições de vida quando, diante da melhoria dos indicadores e da transição demográfica, temos que lidar com o “estilo de vida, o jeito de viver, o modo de andar”, “descobrir que efetivamente [...] as possibilidades de desenvolvimento de certos hábitos ou de certas práticas que a gente sabe pela epidemiologia são mais saudáveis, se distribuem desigualmente”. Nesse sentido, as análises das condições de vida passam a exigir aproximações quanto a um modo de organização da vida nos diferentes territórios.

Há, portanto, diferentes respostas ao direito à saúde. Respostas que são dadas aos doentes, respostas que prestam a informação necessária para que as pessoas tomem decisões que eventualmente evitem o adoecer – repostas características do campo do setor sanitário.

No entanto, existem as repostas dos governos quanto às condicionalidades para uma escolha mais ou menos saudável. Aqui, impõe-se a intersetorialidade, cuja primeira “faceta” remete à garantia de sinergias entre a política de saúde e as outras políticas para garantir acesso a uma condição de vida com menos sofrimento e que permita o “alargamento da vida”.

Segundo Dr. Ruben, a interdisciplinaridade também é exigida pela compreensão de que quando falamos de saúde trata-se de um sujeito e seus modos de viver. Ele foge da abordagem mais comum da interdisciplinaridade – “a equipe de vários” –, para chamar à atenção “da realidade da doença, que é a doença que é constituída socialmente”. Doença que é constitutiva de um modo de viver doente, de um jeito de se colocar na vida, um jeito construído num território, numa determinada sociedade e seus valores, linguagens, etc. Uma doença que exigirá aproximações de várias disciplinas porque é múltipla na sua existência.

Intersetorialidade e interdisciplinaridade podem ser analisadas como conceitos e práticas que emergiram numa relação saúde-adoecimento que é efeito de condições de vida e dotada de múltiplos sentidos. Porém, quando abordamos a integralidade outra questão se apresenta: os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua existência legal.

A integralidade, princípio sanitário presente na Constituição Federal de 1988, afirma a impossibilidade de uma resposta governamental em saúde que separe promoção, prevenção e assistência.

Assim, no campo político a integralidade implica num certo modo de organização dos serviços uma vez que serão necessários arranjos institucionais que garantam, em todos os níveis do sistema, a efetivação de ações de promoção, ações de prevenção e ações que respondam ao sofrimento manifesto pelos sujeitos eventualmente. “Não pode ter a equipe de PSF que só faz promoção, não tem sentido nenhum, ela tem que ser capaz de responder à agudização do doente crônico, se ela não é capaz de responder à agudização eu estou quebrando a tal integralidade”

Porém, um modo de organizar o trabalho em saúde não se faz apenas na consolidação de um arranjo institucional. É necessário pensar políticas que se remetam ao encontro das pessoas à medida que as práticas sanitárias, sobretudo no que diz respeito às doenças crônicas, envolvem propostas tanto de mudanças de hábitos preventivos como de tratamentos que são também mudanças do modo de andar a vida; expressando, como diria Canguilhem, modos de andar a vida mais estreitos. “Nós precisamos ter um conjunto de profissionais que sejam capazes de diante de um sujeito concreto, indivíduo concreto ali na frente, de compreender qual é o significado do estreitamento de vida que a doença lhe coloca, bem como o significado da proposta que eu faço para ele, se eu vou propor para alguém cuja única possibilidade de lazer é o churrasquinho do final de semana”

A abordagem feita por Dr. Ruben da integralidade no campo de tensão entre a “regra”, o “não pode isso ou aquilo” para melhorar a saúde e o “desejo”, as possibilidades de prazer disponíveis que também constroem a qualidade de vida (percepção de bem-estar, como disse Dr. Paulo), chamaram a atenção: como articular o encargo social de produzirmos saúde, promovermos saúde, e a autonomia de sujeitos e coletividades na realização de suas escolhas, de seus modos de andar a vida?

De acordo com Dr. Paulo, é possível sair desse impasse à medida que nos propusermos ao encontro, ao diálogo. Para ele, é nos serviços de saúde onde nos confrontamos com o modo como as coisas deveriam ser e como elas de fato acontecem, que se abre o espaço necessário para as negociações quanto ao projeto terapêutico adequado, viável, significativo para aquele sujeito singular à nossa frente. Um projeto terapêutico que não seja calcado exclusivamente nas evidências científicas uma vez que elas não são “construídas na prática de interação com o sujeito, elas são alheias aos sujeitos” que buscam os serviços de saúde.

Já para o Dr. Ruben, a saída do impasse entre o direito do indivíduo frente às questões da população é justamente a retomada da lógica do direito à saúde e, atrelada a ela, a adoção da concepção da redução de danos como central no trabalho sanitário. Conforme sua análise, há dois perigos evidentes no modo de trabalhar os fatores de risco para o adoecimento longe da articulação direito/redução de danos: primeiro, “o problema do terror, do amedrontamento [...] práticas de terror visando constranger as pessoas” a determinados comportamentos. Segundo e indissociável perigo: “a gente começa a fazer campanhas, elas são introjetadas pela população, geram culpabilizações e começa a haver o seguinte: a discriminação”. Produz-se, então, pelas “culpabilização, sanção moral [...] o sujeito que sofre porque não consegue se cuidar”, porque não corresponde a certo padrão comportamental.

Nessa direção, Dr. Ruben salienta que se a promoção da saúde tem como objetivo a produção de qualidade de vida, de cidadania e de autonomia, é central que os trabalhadores en-

volvidos na sua reflexão e na implementação de suas estratégias não tratem usuários e colegas de trabalho como objetos, uma vez que as relações estabelecidas com base na imposição da vontade de alguém sobre outrem são opressivas e não emancipatórias. Destaca-se, portanto, a importância da noção de educação permanente: “começar a ter [...] em todos os serviços reflexão sobre o que se está fazendo de modo a permitir, enfim, avançar um pouco na perspectiva da relação intersubjetiva”.

A partir daí a “conversa com” os participantes do Seminário centrou-se na dificuldade em construir e fortalecer atitudes e vínculos produtores de co-responsabilidade tanto no que se refere aos diferentes setores de políticas públicas quanto naquilo que diz da necessidade do trabalhador da saúde perceber-se como sujeito do processo de trabalho e, dessa forma, na relação com o usuário dos serviços, permiti-lo co-gestor dos projetos terapêuticos, das escolhas mais favoráveis à qualidade de vida.

No final, nossos convidados salientaram que a reflexão sobre os modos de organização do processo de trabalho no setor Saúde e, conseqüentemente, a sua transformação a fim de responder mais efetivamente às necessidades sanitárias e melhorar a qualidade de vida da população, não prescindem do conhecimento científico nem estão fora da cultura em que se inserem. Trata-se, então, de reconhecermos que “não tem nenhum espaço fora da nossa cultura do qual a gente possa completamente distanciar [...] tem posições um pouco diferentes, mas estamos todos dentro dela” e, a partir daí, podermos criticar “a postura da ciência positivista, que é uma ciência arrogante que acha que por causa da evidência científica pode fazer acontecer tudo”. Esse seria o caminho para que construíssemos uma promoção da saúde capaz de reduzir vulnerabilidades uma vez que se abriria oportunidade para o trabalho com escolhas e graus de liberdade, para nos aproximarmos daqueles que nos procuram nos serviços de saúde, compreendendo-os como maiores que seus sintomas.

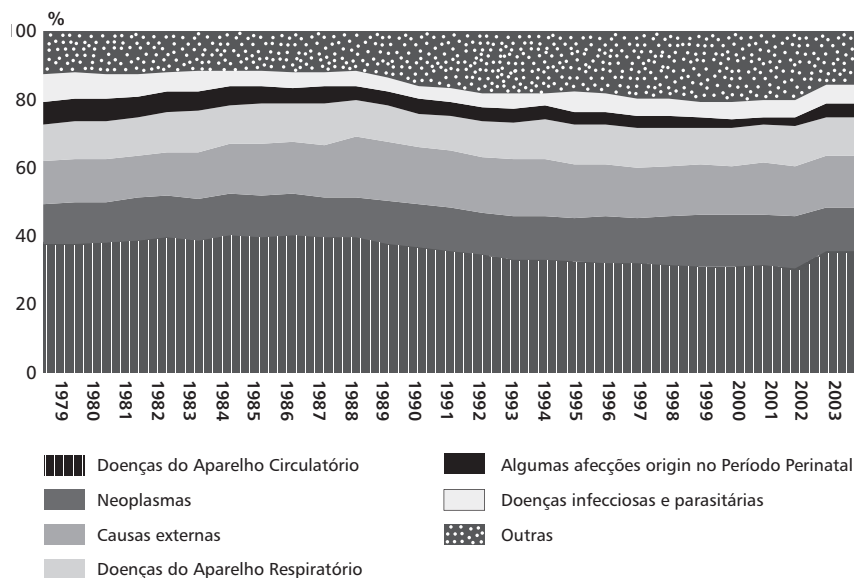
Parece que a grande lição do nosso “conversando com” pode ser resumida em seu próprio nome. É “conversando com” os diferentes modos de viver dos sujeitos, sejam eles usuários dos serviços de saúde onde nos inserimos, nossos colegas de equipe de trabalho, gestores do sistema de saúde ou de outros setores das políticas públicas e/ou membros da sociedade civil organizada, que poderemos fortalecer e consolidar práticas interdisciplinares, intersetoriais, integrais e integradas de produção de saúde.

Análise da situação dos agravos e doenças crônicas não transmissíveis no Estado do Rio de Janeiro, 2005

Mariza Grimmer¹

No Estado do Rio de Janeiro o cenário epidemiológico acompanha a tendência brasileira, com a dupla carga de doença, e pela predominância da população mais envelhecida, com uma grande prevalência de Dants e seus fatores de risco. As mortes por Dants (DNT 47% e causas externas 13%) correspondem a 60% dos óbitos no estado, e os óbitos ligados à pobreza, más condições de vida e de assistência (DT, condições maternas e perinatais e deficiências nutricionais) ocupam apenas 9% do total de óbitos do estado. Além da mortalidade, é importante considerar dados de morbidade, que nos são disponibilizados hoje pelo estudo de Carga de Doença no Brasil (SCHRAMM et al., 1998), e que nos revelam que na região sudeste do Brasil foram identificados 16,3 milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (Daly), o que representa 43,5% dos Dalys do Brasil. Em 2003, o Estado do Rio de Janeiro pactuou com o Ministério da Saúde, como meta da PPI-VS, a implantação de um núcleo estadual de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. A partir do mês de março de 2004, criou-se a Coordenação de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção de Saúde, seguindo a diretriz da Instrução Normativa Funasa nº 1, de 5/9/2002 (BRASIL, 2002). Por meio do gráfico apresentado a seguir, pode-se observar a magnitude e o impacto das Doenças Não Transmissíveis no Estado do Rio de Janeiro.

Proporção de óbitos pelos seis principais capítulos de causas.
Estado do Rio de Janeiro, 1979-2003

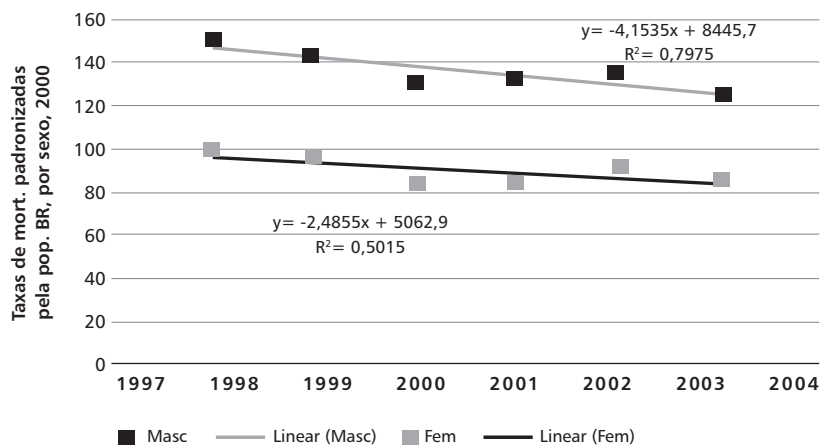


¹Mestre em Saúde Pública. Coordenadora de Vigilância de Dant e Promoção de Saúde/SES-RJ

Utilizamos como fonte de dados o SIM e os dados populacionais do Datasus-IBGE para cálculo das taxas brutas de mortalidade dos anos de 1998 a 2003 e taxas de mortalidade padronizadas, tendo como referência a população do Brasil, por sexo, no ano 2000. Os dados foram plotados em gráficos de tendências e avaliado o risco atribuível. Utilizamos também o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Dants do Inca-MS.

A Cidade do Rio de Janeiro, em relação ao tabagismo, apresentou um decréscimo importante na prevalência de fumantes na população com 15 anos ou mais, caindo de 30% para 17% entre a pesquisa realizada pelo IBGE em 1989 e a realizada pelo Inca em 2002/2003. O que nos aponta para o trabalho de controle do tabagismo em rede federal-estadual-municipal eficaz e eficiente. Com relação ao número de óbitos por Doença Cérebro Vascular (DCV), as mulheres jovens (20 a 39 anos), com exceção do ano de 2002, e as mais velhas (60 anos e mais) apresentam maior número em relação aos homens, mas a tendência das taxas de mortalidade para ambos os sexos é de queda no período avaliado, fato também observado para Doença Isquêmica do Coração (DIC) e Diabetes *Mellitus* (DM), sendo que, nessas três situações, a taxa do sexo masculino é superior à do sexo feminino. No gráfico a seguir, pode-se observar a tendência de mortalidade para DIC:

Tendência das taxas padronizadas de mortalidade por Doenças Isquêmicas do Coração. RJ, 1998-2003



Quanto ao número de óbitos por DM, para ambos os sexos, ele aumenta com o progredir da idade, evidenciando a importância que o DM assume com o envelhecimento populacional. Em relação a câncer, correlacionando os sexos masculino e feminino, constatamos que na faixa etária a partir de 60 anos o número de óbitos é 30% maior em mulheres do que em homens quando analisados os dados de câncer de traquéia, brônquios e pulmões. A tendência das taxas padronizadas pela população brasileira de 2000 mostra um pequeno declive para o câncer de traquéia, brônquios e pulmões no sexo masculino e discreta elevação para o sexo feminino.

A tendência para a mortalidade para o câncer de mama feminino é de declínio. Já para o colo do útero apresenta uma elevação, mas quando se observa a tendência para a mortalidade por câncer de colo de útero porção não especificada, a tendência é de queda. Analisando o número de óbitos de 1998 a 2003 em ambos os sexos, por câncer de colón e reto, observamos um grande incremento na faixa etária acima de 60 anos, quando comparado às faixas mais jovens. Tanto o sexo masculino quanto o feminino apresentam uma tendência de declínio nas taxas padronizadas de mortalidade por acidentes de trânsito e quedas. Chama atenção, a tendência de elevação das taxas de mortalidade por agressão, independente do sexo.

A ótica da organização do serviço é a de Vigilância, Prevenção e Promoção de Saúde, ficando a Assistência com a Atenção Básica, Programa de Saúde da Família (PSF) e a Superintendência de Serviços de Saúde, com os quais mantemos interfaces, principalmente com o PSF. Temos como uma das metas aumentar a aproximação com os municípios para valorizar e incrementar a Vigilância em Saúde em todo o Estado do Rio de Janeiro.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002/2003*. Rio de Janeiro: Inca, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Instrução Normativa MS/FNSA nº 1, de 5 de setembro de 2002. Institui o Subsistema Nacional de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis – Sidant. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 set. 2002. Seção 1, p. 49.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Relatório final do projeto estimativa da carga de doença do Brasil – 1998. [S.l.: s.n], 1998. Disponível em: < <http://www.ensp.fiocruz.br>>. Acesso em: 13 jun. 2004.

Doenças e agravos não transmissíveis e Promoção da Saúde: Fortaleza, 1998-2003

Maria Zélia Rouquayrol¹

Maria Vilma Neves de Lima²

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza, com um modelo de gestão centrado na saúde da família, vem desenvolvendo ações de controle de hipertensão e diabetes, saúde mental, vigilância nutricional, prevenção de câncer ginecológico e de mama. Além disso, merece destaque o aprimoramento do Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito em Fortaleza, que vem se confirmando como um fator importante na implementação da Vigilância Epidemiológica de Acidentes e Violências, propondo, inclusive, a unificação dos diversos bancos de dados, tais como os informes da Polícia Técnica, do Corpo de Bombeiros e do Instituto de Criminalística, além de dados dos Juizados Especiais, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), do Centro de Controle de Trânsito em Áreas de Fortaleza (CTAFOR), da Autarquia Municipal de Trânsito e Cidadania (AMC), bem como as informações concernentes às emergências do Instituto José Frota e, sobretudo, às ações de promoção à saúde, com enfoque na mobilização social.

Em Fortaleza, a vigilância epidemiológica das Dant, em fase de implantação nas Secretarias Executivas Regionais (SER), num processo integrado com a Secretaria de Estado da Saúde (Sesa), vem enfrentando algumas dificuldades, tais como: a necessidade de equipamentos e de pessoal habilitado para um trabalho mais eficiente. De pronto, para a implantação da vigilância às Dant em Fortaleza, a maior dificuldade diz respeito à carência de recursos humanos para atuação específica na área. Felizmente, há fatores facilitadores, entre os quais sobressaem-se:

- colaboração da Sesa em todos os níveis, especialmente com o setor de Políticas Públicas, com ajuda eficiente, tanto nos exercícios de aprendizado de programas de tabulação de dados (tabwin), quanto na discussão e interpretação dos dados disponíveis;
- coesão do grupo de trabalho;
- troca de experiências entre os membros componentes das duas equipes;
- apoio técnico dos gestores municipal e estadual.

Na metodologia, foram utilizados os dados de óbitos de pessoas residentes no município, no período de 1998 a 2003, tendo como fonte o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), bem como os dados de prevalência do “Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de agravos e doenças não transmissíveis”, 2002-2003/MS. Os dados de óbitos para a elaboração das taxas de mortalidade foram extraídos do CD-ROM

¹Doutora em Saúde Pública. Coordenadora do Setor de Análises Epidemiológicas da Célula de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde de Fortaleza (SMS/COPS).

²Enfermeira, Especialista em Epidemiologia e Vigilância em Saúde, responsável técnica pela Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Secretaria da Saúde de Fortaleza.

do “Banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc) no período de 1996 a 2002” da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) para o período de 1998-2002. Para o ano de 2003 foram utilizados os dados do SIM da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Fortaleza, com respectiva avaliação pela equipe da Secretaria de Estado da Saúde (Sesa-Ceará). A população utilizada para o cálculo das taxas por faixa etária e sexo foi obtida a partir do *site* do Departamento de Informática do SUS/Data-sus. Foram utilizados dados de óbitos selecionados por sexo, faixa etária e causas específicas. Para a avaliação da mortalidade, foi utilizada a população de pessoas residentes em Fortaleza, especificadas ano a ano, por idade e sexo, tendo como numerador os dados brutos para cada causa, tanto das doenças crônicas não transmissíveis quanto os agravos referenciados aos acidentes e violências, utilizando-se 100.000 como base referencial no cálculo das taxas específicas. Uma das limitações para avaliação dos dados diz respeito à quantidade e à qualidade do registro de óbitos com elevado percentual de causas mal-definidas.

Segundo o “Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis” (BRASIL, 2004b) o percentual de fumantes em Fortaleza, no período de 2002-2003, foi de 18,4%, sendo 23,9% para o sexo masculino e 14,2% para o feminino (razão M/F=1,7). Ainda segundo o referido inquérito, o consumo de frutas ou legumes ou verduras na população ≥ 15 anos, em Fortaleza, foi igual a 58,6% para os homens e 63,1% para as mulheres. Quanto ao sedentarismo, não foi observado padrão característico no percentual de indivíduos insuficientemente ativos, entretanto observa-se que os homens apresentaram um maior índice de atividade o que corrobora o resultado de 36,2%, quanto ao índice de inatividade entre os homens e de 46,8%, entre as mulheres. Analisando-se o consumo de álcool, constatou-se que o referido consumo foi duas vezes maior entre homens (61,3%) do que entre as mulheres (33,5%).

Quanto às doenças crônicas não transmissíveis, destacam-se as doenças cerebrovasculares cujos dados, por idade e sexo, indicam um risco dez vezes maior para as pessoas mais idosas (60 ou mais anos de idade) do que para aquelas de meia-idade (40-59), entretanto, ambas as faixas etárias concorrem com riscos idênticos ao se comparar homens e mulheres. Nas doenças isquêmicas do coração os homens mais jovens (20-39 anos), com leves oscilações, estão cerca de quatro vezes sob maior risco de morrer por doenças isquêmicas do coração (infarto, angina ou doença coronária) do que as mulheres. As taxas de mortalidade por diabetes entre homens da faixa etária de 40 a 59 anos são cerca de uma vez e meia maiores do que as taxas referentes às mulheres dessa mesma idade, enquanto na faixa de 60 e+ as diferenças Homem: Mulher são mínimas. Quanto ao câncer, tanto o homem jovem quanto o idoso estão sob maior risco de morrer de câncer de traquéia, brônquios e pulmão do que as mulheres. Além disso, os homens idosos (60 e+ anos) têm maior probabilidade de morrer por essas causas do que o homem de 40 a 59 anos. A mortalidade por câncer de mama apresenta um expressivo aumento de suas taxas com o avançar da idade e do tempo decorrido. Assim é que, por exemplo, os coeficientes são mais elevados nas faixas etárias de mulheres mais idosas; também são maiores no final do período (2003) comparado ao ano de 1998. De modo idêntico ao que ocorre na mortalidade por câncer de mama, também a mortalidade por câncer de colo de útero apresenta taxas crescentes com o avançar da idade. As taxas de mortalidade por câncer

de cólon e reto, tanto para homens quanto para mulheres em idade avançada (60 e+ anos), indicam que ambos estão cerca de seis vezes mais sujeitos ao risco de morrer pela referida causa naquela faixa etária do que nas idades mais jovens.

Quanto aos acidentes e violências, as taxas de mortalidade por acidentes de transporte mostram um panorama nitidamente desfavorável aos homens, porquanto os diferenciais vão, desde duas vezes mais riscos entre as crianças do sexo masculino menores de 15 anos, até um diferencial homem/mulher com cerca de sete vezes mais riscos entre os homens da faixa de 30 a 59 anos, levando-se em conta, para essa faixa etária, um coeficiente médio de 50,7 para 100.000 homens e de 5,5 por 100.000 mulheres. Os dados brutos de óbitos por suicídio mostram uma concentração de mortes na faixa de 30 a 59 anos, entretanto, após o cálculo das taxas específicas, observa-se uma progressão expressiva de riscos com o avançar da idade, diferenciando-se, no entanto, as mulheres dos homens. São estes que estão sujeitos aos maiores riscos de morte por suicídio. A mortalidade por agressão (homicídio) apresenta um quadro nítido de maior risco para os homens, com um pico referente à taxa média de 36,2/100.000 na faixa de jovens na idade entre 15 a 29 anos. Em todas as idades o risco de morrer por agressão é maior para os homens do que para as mulheres. As quedas também atingem mais os homens do que as mulheres de quaisquer faixas etárias. Quanto mais idoso é o indivíduo maior é o risco de morrer por queda, a tal ponto isso é evidente que o aumento é progressivo havendo ascensão da taxa média no total de óbitos da faixa de 5-14 (taxa média de 0,2/100.000); na faixa de 15-29 a taxa média foi igual a 1,1; na faixa seguinte 3,5 e nos mais idosos o coeficiente apresenta um pico evidente com uma taxa média de 10,4/100.000.

A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, atualmente atuando sob a égide da gestão plena e desenvolvendo uma política intersectorial de promoção em saúde, destaca como potencial de intervenção:

- Promoção de políticas públicas e implementação da estratégia de prevenção e redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito;
- Desencadeamento de ações de prevenção e controle do tabagismo;
- Implantação do Programa Municipal de Atividade Física;
- Expansão da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), com a implantação de Caps-AD (álcool e drogas);
- Incentivo ao diagnóstico precoce de câncer de mama e de colo de útero;
- Incentivo ao diagnóstico precoce e tratamento de hipertensão arterial;
- Investimento na qualificação de pessoal, visando ao desenvolvimento da capacidade de análise e de intervenção sobre os principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis e para os acidentes e violências.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. *Banco de Dados dos Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc)*: 1996 a 2002. Brasília, 2004a. 1 CD-ROM.

_____. Ministério da Saúde. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis*: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003. Rio de Janeiro: Inca, 2004b.

Situação epidemiológica das doenças e agravos não transmissíveis no Estado de Goiás

Maria Lucia Carnellosso¹
Ana Lucia Ignacio Oliveira²
Magna Maria de Carvalho³
Petronor Carvalho da Fonseca⁴
Reginaldo Jose R. Menezes⁵
Sergio Baiocchi Carneiro⁶
Claudia Regina Carvalho⁷

Introdução

O Estado de Goiás encontra-se localizado no Centro-Oeste brasileiro. Em sua divisão geopolítica, conta com 246 municípios e uma população residente de 5.306.421 habitantes (BRASIL, 2003); sendo que 1.093.000 habitantes residem na capital, Goiânia. A população é predominantemente urbana (88%) contra 12% rural. A grande maioria dos municípios é de até 10.000 habitantes (68%) e apenas sete municípios têm população acima de 100.000 habitantes (IBGE, 2003). O estado dispõe de 2.135 Unidades de Saúde, sendo 1.273 municipais (SIA/SUS, 2002). O Programa Saúde da Família (PSF) está implantado desde 1998, e cobre 59,05% da população do estado, sendo que 98,8% dos municípios tem o PSF implantado (SIAB/SESGO, 2005). O estado encontra-se na Gestão Plena do Sistema desde 2001.

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis, especialmente as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), representam a primeira causa de morte em Goiás. Só em 2002, as DAC foram responsáveis no estado por 30,5% do total de óbitos seguidos pelas Causas Externas com 17,3% e pelas Neoplasias 13,5% (BRASIL, 2004).

Dentre as DAC destacam-se as Doenças Cerebrovasculares com uma taxa de mortalidade de 39,1/100.000 habitantes e as Doenças Isquêmicas do Coração com uma taxa de mortalidade de 32/100.000 habitantes. Para as Causas Externas, destacam-se os acidentes de transporte com 28,8/100.000, os suicídios com 25,9/100.000. Nas Neoplasias a maior taxa de mortalidade foi por CA de próstata 8,4/100.000, e CA de pulmão, traquéia e brônquios com 7,2/100.000. A taxa de mortalidade por Diabetes *Mellitus* foi de 12,7/100.000 no sexo masculino e 18,1/100.000 no sexo feminino.

¹Doutoranda em Ciências da Saúde, Superintendente de Políticas de Atenção Integral à Saúde.

²Especialista em Saúde Pública, Coordenadora da Seção de Doenças Não Transmissíveis.

³Mestre em Ciências da Saúde, Subgerente de Vigilância Epidemiológica.

⁴Especialista de Saúde Pública. Gerente de Vigilância Epidemiológica.

⁵Educador Físico, Especialista em Gerontologia. Técnico da SDNT.

⁶Médico, Cardiologista, Técnico da SDNT.

⁷Enfermeira Técnica da SDNT.

Com relação à morbidade por Dants, utilizam-se indicadores de fonte secundária como as taxas de internação hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde, que para Goiás em 2003 são de 13,9% para as DAC, 6,5% para as Causas Externas e 4,2% por Neoplasias (IDB, 2003).

A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás está dividida em oito Superintendências. A Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde (SPAIS), conta com quatro gerências. A Gerência de Vigilância Epidemiológica, além das Doenças Transmissíveis e Imunização incorporou, desde 2001, as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant).

Essa área conta hoje com uma equipe multiprofissional (médico, nutricionista, educador físico, assistente social e pedagoga) composta por seis profissionais que desenvolvem ações nas áreas de Saúde do Trabalhador, Tabagismo, Alimentação e Nutrição, Vigilância do Câncer e diversas ações de promoção e prevenção de fatores de risco para as Dants, distribuídas em vários projetos. Entre elas destacam-se a Iniciativa Carmen – Conjunto de Ações para Redução Multifatorial das Doenças Não Transmissíveis, que vêm sendo desenvolvidas desde 1999, e que conta com, além do município de Goiânia (área de demonstração no estado) 11 outros municípios em fase de implantação e implementação. A estratégia Carmen inclui um conjunto de ações que vão do diagnóstico da situação das Dants até as ações de prevenção e controle dos fatores de risco e seu monitoramento.

Mais recentemente, a SPAIS/SES-GO tem incorporado outras duas propostas de vigilância dos fatores de risco para as Dants baseadas na proposta WHO Stepwise Approach para os denominados Mega Country (países com mais de 100 milhões de habitantes) e desenvolvido em dois municípios. No primeiro, Quirinópolis, foi realizado um inquérito de fatores de risco para as Dants que subsidiariam um plano de intervenção para o município, além do monitoramento de fatores de risco. Os dados estão em fase de análise. No segundo, Firminópolis, foi desenvolvido pela equipe das Dants/SES um instrumento de monitoramento de fatores de risco para as Dants, para ser aplicado e acompanhado pela equipe de Saúde da Família. Todas estas propostas encontram-se em andamento.

Contudo, podemos destacar algumas dificuldades no decorrer desse processo, quais sejam: a falta de uma padronização de ações de Vigilância Epidemiológica de Dants, no nível federal, estadual e municipal; a escassez de experiências em Vigilância Epidemiológica de Dants que pudessem subsidiar as iniciativas do estado; a não pactuação de indicadores relativos às Dants nas pactuações com município, estado e nível federal (PPI/VS, Pactuação da Atenção Básica) e, conseqüentemente, a inexistência de financiamento específico para esse fim.

Todavia, a divulgação de experiências em alguns municípios do estado tem despertado o interesse pela vigilância epidemiológica das Dants, gerando uma demanda do município para a SES. Além da existência de núcleos de vigilância epidemiológica (por meio de portaria) em todos os municípios do estado, o que favorece a implantação das Dants na vigilância epidemiológica.

Diante da situação epidemiológica das Dants no estado, e da existência de iniciativas de intervenção e monitoramento, fica notória a necessidade de implantação e padronização da vigilância das Dants, e seus fatores de risco, levando em conta os diferentes níveis de organização das vigilâncias municipais.

Metodologia

A vigilância das Dants no Estado de Goiás está sendo estruturada por meio de três eixos fundamentais: análise dos dados dos sistemas de informação já existentes, como SIM, Sinan, SIH e outros; inquéritos pontuais realizados desde 1999; aplicação de propostas de monitoramento. Por intermédio destas fontes, percebe-se que a Vigilância Epidemiológica deve ter como foco os fatores de risco e não só a causa de mortes ou de internações hospitalares por Dants. A vigilância das doenças não transmissíveis no Estado de Goiás está sustentado na estratégia Carmen, pois esta busca a promoção e prevenção em Dants por meio de ações como combate ao tabagismo, estímulo à atividade física, ações educativas para controle de fatores de risco em hipertensão arterial, diabetes e estímulo à alimentação saudável. Feito também a vigilância epidemiológica do câncer e ações na área de saúde do trabalhador.

Para o desenvolvimento desta estratégia é feito, inicialmente, uma visita aos municípios com o objetivo de sensibilizar os gestores municipais, mostrando-lhes a importância das doenças e agravos não transmissíveis na qualidade de vida de sua população e o impacto dessas no custo do seu sistema de saúde e que com medidas simples de promoção e prevenção ele pode reduzir tais impactos. Trata-se, portanto, de uma intervenção pactuada entre a SES e a SMS, que deverá, em caso de aceitar tais medidas, cumprir algumas exigências como possuir cobertura de no mínimo 80% de Equipes de Saúde da Família e estruturar um comitê multissetorial para o aporte destas ações. Após o cumprimento destes quesitos a SES se responsabiliza pela capacitação dos profissionais das ESF em ações de promoção da saúde e prevenção dos fatores de risco de importância para os agravos não transmissíveis. Há ainda uma atividade conjunta entre SES e SMS, a realização de inquéritos e/ou monitoramentos, que visam desenhar o perfil epidemiológico e demográfico da comunidade a ser intervencionada, entre estes inquéritos destacamos:

- Inquéritos de Fatores de Risco para Doenças Não Transmissíveis realizados na Região Leste de Goiânia, sendo que o primeiro foi realizado em 1999, com 3.084 indivíduos, e o segundo em 2004, com 3.281 entrevistados, ambos projetos aplicaram um questionário adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde, por meio de visitas domiciliares, com indivíduos maiores de 15 anos, residentes na região leste de Goiânia, escolhidos em uma amostra estratificada por sexo e idade, recomendada pelo protocolo internacional do Carmen. A análise dos dados do primeiro Inquérito já foi amplamente divulgada e o segundo Inquérito está em fase de consolidação. Está sendo elaborada uma análise comparativa entre os dois inquéritos com avaliação das ações propostas e executadas pelo setor público;
- Carminho, Inquérito de Fatores de Risco para Dants em escolares realizado em 2001/2002, na mesma região, foram entrevistados 3.380 crianças e adolescentes entre 7 e 14 anos distribuídos em 17 escolas (públicas e privadas) escolhidas aleatoriamente; e
- Inquérito Mega Country, que aconteceu em Quirinópolis, na zona urbana e rural, por meio de 749 entrevistas domiciliares com moradores maiores de 15 anos.

Todos os inquéritos colheram dados referidos em relação a condições socioeconômicas, uso de tabaco, álcool, atividade física, alimentação e processo saúde e doença. Foram realizadas medidas de peso, altura, circunferência da cintura, circunferência do quadril, pressão arterial, glicemia e lipidograma (exceto para o Carminho em que não foi realizada a coleta de sangue, portanto não houve análise bioquímica).

Atualmente, os esforços estão voltados para a implantação da proposta de monitoramento dos fatores de risco inicialmente em Firminópolis e Quirinópolis. Seu objetivo é acompanhar todas as pessoas maiores de 15 anos, por meio de levantamento anual, utilizando um instrumento adequado aplicado pelo PSF.

Resultados e discussão

Fatores comportamentais de risco

A prevalência de alguns fatores de risco para as Dants, referentes ao 1º Inquérito do Projeto Carmen realizado na área leste de Goiânia (piloto), em 1999, são: hipertensão arterial, 33%; sobrepeso/obesidade, 36,3%; fumantes regulares, 22,8%; atividade física (pouca ou nenhuma), 66,2%; hiperglicemia, 8,1%; colesterol elevado 45,6%; triglicerídeos elevados, 17,8%.

Os dados referentes ao 2º Inquérito de fatores de risco, realizado na área de demonstração do Projeto Carmen, área leste de Goiânia, em 2004 (cinco anos após o 1º Inquérito, conforme protocolo internacional do Carmen), encontram-se em fase de análise e será publicado posteriormente.

Os dados do Inquérito de fatores de risco realizado no município de Quirinópolis – GO, em 2003, como parte da 1ª fase do Projeto de Vigilância para as Dants baseado na proposta Sepwise Approach da OMS, são: tabagismo, 22,4%; uso regular de bebida alcoólica, 4,7%; sedentarismo, 75,6%; hiperglicemia, 8,8%; hipercolesterolemia, 15,9%; hipertrigliceridemia, 11,6%; excesso de peso, 44,5%; hipertensão, 32,3%.

No Carminho, as crianças pesquisadas estudavam em escolas públicas e privadas da região leste de Goiânia, os dados estão descritos a seguir: crianças com PA acima do percentual 90, 10,7%; experimentação de bebida alcoólica, 33,13%; falta de atividade física na escola, 16,3%; adição de sal à comida pronta, 19,1%.

Os dados dos inquéritos de fatores de risco para as Dants realizados em alguns municípios do estado, de 1999 a 2004, com a população adulta (15 anos e mais) mostram, no conjunto, altas prevalências da maioria de fatores de risco pesquisados, principalmente a hipertensão arterial, o sedentarismo e o excesso de peso.

Contudo, chamou especial atenção a presença desses fatores de risco em escolares, principalmente em relação à experimentação de bebidas alcoólicas. Esses dados confirmam a idéia de que a ocorrência desses fatores de riscos vem acontecendo em faixas etárias cada vez menores, justificando a importância do investimento na prevenção o mais precocemente possível. Esses resultados subsidiaram planos de intervenção que vêm sendo desenvolvidos de forma intersetorial e interinstitucional.

Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis do período de 1998 a 2003

Todos os resultados tiveram como fonte dos dados o Sistema de Informações de Mortalidade do Estado de Goiás. Foram analisados os dados por faixa etária, de 1998 a 2003.

A taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares aumenta em ambos os sexos com o aumento da faixa etária, não existindo diferença significativa entre homens e mulheres nas faixas etárias mais jovens, nos anos estudados. Entretanto, nas faixas etárias entre 40-59 anos e 60 anos e mais a mortalidade foi 1,5 vez maior nos homens que nas mulheres.

As taxas de mortalidade por doença isquêmica do coração são mais elevadas no sexo masculino, porém a relação entre as taxas vai diminuindo para as faixas etárias mais elevadas, caindo de aproximadamente uma relação de três vezes maior para os homens na faixa etária de 20 a 29 anos para algo em torno de 1,5 vez nos indivíduos do sexo masculino em relação ao feminino que se encontram entre 60 a 69 anos, ou seja, uma redução pela metade.

A taxa de mortalidade por diabetes é 1,5 vez maior nas mulheres de 60 a 69 anos em relação aos homens, não existindo praticamente diferença para as faixas menores entre os sexos.

A relação entre as taxas de mortalidade por câncer de traquéia, brônquios e pulmões, diminui para a faixa etária de 20 a 49 anos entre o sexo masculino e feminino, passando de 2,5 em 1998 para 1,5 vez maior em homens nesta faixa. Já para os que se encontram entre 60 e 69 anos, praticamente não houve alteração.

A taxa de mortalidade por câncer de mama manteve-se praticamente inalterada nos anos estudados, com ligeira queda entre 1998 e 1999.

Para câncer de cólon e reto praticamente não existe diferença entre os sexos para a faixa etária correspondente, sendo maior entre as faixas etárias do mesmo sexo, predominando entre 60 e 69 anos.

A taxa de mortalidade por câncer de colo de útero recuou em aproximadamente 30% nos anos estudados para todas as faixas etárias.

Mortalidade por Acidentes e Violências do período de 1998 a 2003

Os acidentes de transporte apresentam uma taxa de mortalidade maior no sexo masculino em todas as faixas etárias, levando-nos a inferir que estes apresentam maior exposição devido a fatores laborativos.

A taxa de mortalidade por suicídio é maior nos homens em todas as faixas etárias, sendo que quanto mais elevada maior a diferença entre as taxas. Comparando-se no mesmo sexo, estas taxas são praticamente estáveis no sexo feminino, exceto na faixa entre 5 e 14 anos, já no sexo masculino há um acréscimo nesta taxa para as faixas etárias maiores.

A taxa de mortalidade por quedas é maior nos homens em relação às mulheres até a faixa etária de menores de 60 anos, sendo menos acentuada esta diferença para os maiores que esta idade, o que nos leva a inferir que o homem talvez esteja mais exposto a este tipo de agravo que as mulheres por atividades profissionais.

Plano de Ação

Analisar e divulgar os dados oriundos dos projetos de monitoramento de fatores de risco para as Dants nos municípios piloto (Firminópolis, Quirinópolis).

A partir da análise dos resultados dos dois projetos de monitoramento de fatores de risco para Dants em execução (Firminópolis e Quirinópolis), elaborar um modelo padrão de vigilância de fatores de risco para ser discutido e divulgado em outros municípios do estado, levando em conta o nível de gestão e organização da VE em cada município.

Analisar e divulgar os dados referentes ao 2º Inquérito (acompanhamento) de fatores de risco para as Dants na área de demonstração do Carmen (Goiânia).

Assessorar os municípios do Estado de Goiás, por meio das ARS, na implantação e/ou implementação de Projetos de intervenção sobre fatores de risco para as Dants – Carmen paralelamente a implantação da vigilância das Dants e fatores de risco.

Implementação do Carmen no estado:

Divulgação e implantação do selo Qualidade Saúde Nota 10/Carmen, para restaurantes e outros estabelecimentos que lidem com os fatores de risco para Dants, em conjunto com a Vigilância Sanitária e outros órgãos do governo.

Implementação das ações de promoção/prevenção de fatores de risco para as Dants, em escolares (implantação do Carminho em conjunto com as secretarias estadual e municipal de educação e universidades).

Implementação do PAV (Programa da Avaliação e Vigilância do Câncer).

Implantar no estado, por meio de instrumento próprio, a notificação dos agravos relacionados ao trabalho. Analisar e divulgar resultados.

Organizar instrumento padrão (com indicadores padronizados) de análise permanente de dados de morbidade e mortalidade utilizando fonte de dados secundários disponíveis da SES (SIM/SIA/Sinan).

Elaborar materiais de apoio técnico-científico e educativo para os municípios e regionais sobre vigilância e intervenção das Dants e fatores de risco.

Análise dos dados de mortalidade e morbidade por causas externas, com sugestão de medidas de intervenção, conforme a causa em questão, para os ARS e municípios.

Conclusões

A vigilância das doenças e agravos não transmissíveis ainda encontra-se em fase muito incipiente em nosso estado, talvez pela dificuldade que encontremos em trabalhar com a notificação dos diversos fatores de risco que interferem no processo saúde-doença para tais situações nosológicas, visto que um dos principais objetivos da vigilância epidemiológica é a tomada de decisões para medidas eficazes de intervenção evitando-se, assim, o surgimento de novos casos e interrompendo-se, portanto, a repetição dessas doenças/agravos. O Estado de Goiás vem desenvolvendo ações de prevenção e controle das Dants por meio das seguintes prioridades:

- Implantação de projetos pilotos de monitoramento anual de fatores de risco tendo como base a cobertura das equipes de saúde da família dos municípios, pois estas são responsáveis diretas por essa atividade;
- Estruturação dos núcleos de vigilância epidemiológica municipal para estabelecimento de fluxo de notificações dos fatores de risco e análise dos mesmos;
- Trabalho em conjunto com as Administrações Regionais de Saúde do Estado para a implantação e implementação das ações de controle das Dants nos municípios de suas áreas adstritas;
- Implementação da estratégia Carmen para todos os municípios do estado; e
- Realização de inquéritos com periodicidade quinquenal para avaliação dos impactos das medidas tomadas.

A dificuldade de trabalharmos com o evento já instalado obrigando-nos a realização de estudos retrospectivos que busquem o esclarecimento para a instalação das doenças/agravos não transmissíveis, dificultando as ações de interferência na repetição de tais eventos, pelo menos no curto espaço de tempo, talvez até mesmo pela ansiedade imediatista de querermos resolver problemas cuja solução encontra-se muitas vezes em mudanças de comportamentos culturais e no próprio estilo de vida, o que com certeza não é tarefa de fácil execução.

É, portanto, mister a introdução de práticas sanitárias eficazes e aplicáveis às diversas populações, que levem em conta todos os fatores intrínsecos e extrínsecos que interfiram no processo saúde-doença favoravelmente, para que possamos não somente aumentar a nossa expectativa de vida, mas termos longevidade com qualidade de vida. Para isto, a vigilância dos diversos fatores de risco é, sem dúvida, um dos instrumentos que devem ser aperfeiçoados e abrangentes, em todos os níveis de atenção à saúde, com notificação e análise de situações individuais e coletivas que nos ajudem a tomar medidas de intervenções precoces, buscando-se evitar perdas em anos e qualidade de vida de nossa população.

Referências bibliográficas

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais 2003*. Rio de Janeiro, 2004.

_____. Ministério da saúde. *Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 2004*: IDB 2004. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB*. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>>.

O Controle do Tabagismo e Intersectorialidade

Tânia Maria Cavalcante¹

Introdução

Se por um lado muito dos produtos que consumimos hoje ajudam a melhorar a saúde e a qualidade de vida humana, por outro, vários deles representam fatores de risco para doenças e agravos à saúde e ao longo dos anos influenciam o perfil de morbidade e mortalidade das populações, principalmente os produtos para consumo humano direto.

À primeira vista, as escolhas de consumo parecem estar nas mãos de cada indivíduo. No entanto, para uma melhor compreensão dessa dinâmica torna-se necessário fazer algumas reflexões. O quanto cada indivíduo é responsável por suas escolhas? Em que grau essas escolhas se dão de forma consciente? Qual a dimensão da força das correntes criadas pelos inúmeros estímulos para consumo nas quais as sociedades encontram-se imersas?

Na verdade, grande parte das nossas “escolhas” são sutilmente induzidas por correntes de mercado que buscam competir por segmentos sociais representativos e garantir a sobrevivência econômica de produtores e investidores de mercados de consumo.

Estratégias de *marketing* cada vez mais inovadoras e ousadas, sejam frontais ou subliminares, buscam criar representações sociais positivas de produtos, torná-los gênero de primeira necessidade e até mesmo objeto de desejo coletivo. A essas estratégias se associam as que buscam facilitar o acesso físico e econômico aos produtos, de forma a gerar um consumo em massa dos mesmos.

Paralelamente, contextos políticos e macroeconômicos favoráveis à produção e consumo de determinados produtos, seja por meio de incentivos fiscais, seja por favorecimentos políticos ou legislativos contribuem para a expansão do consumo dos mesmos, evidenciando o papel dessa dimensão política nos processos de saúde e doença ligados ao consumo em muitas sociedades.

Há pouco mais de dez anos, todos nós vivíamos sem aparelhos de telefonia celular, o acesso aos mesmos era limitado e o custo elevadíssimo. As dinâmicas de mercado os tornou um gênero de primeira necessidade, massificaram o seu uso por meio de estratégias de produção e de *marketing*. É assim com os alimentos, medicamentos, cosméticos e com as drogas que as sociedades são induzidas a consumir, em maior ou menor escala.

Portanto, é nesse contexto que se inserem os determinantes sociais do consumo de produtos de tabaco, a evolução das representações sociais dos mesmos, e a dimensão das estratégias nacionais e internacionais para o enfrentamento desse problema.

¹Tânia Maria Cavalcante, MD, MSC, Chefe da Divisão do Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer.

O problema tabagismo e suas dimensões

Durante a primeira metade do século XX, envolto em uma aura de representações sociais positivas, o consumo de cigarros se expandiu estimulado por agressivas estratégias de propaganda e *marketing*. Fumar passou a ser uma norma social, símbolo de elegância e *status*. E assim, o setor fumo passou a ter cada vez mais espaço e influência nas economias e políticas de muitos países.

A partir da segunda metade do século XX, o crescente acúmulo de estudos mostrando o tabagismo como importante fator de risco de doenças graves e fatais e o acúmulo de evidências sobre os riscos do tabagismo passivo a partir dos anos 80, mudaram a imagem positiva do comportamento de fumar.

No entanto, em detrimento de todo o conhecimento acumulado, estratégias cada vez mais ousadas e sofisticadas têm garantido que o consumo de tabaco continue a crescer, sobretudo em países pobres, que hoje respondem por 80% do consumo mundial.

Tudo isso coloca em evidência que para o enfrentamento do problema tabagismo é preciso entender e intervir sobre as diferentes dimensões dos determinantes sociais e econômicos da expansão do consumo de produtos de tabaco.

Um dos pontos centrais é que se trata de um consumo fortemente induzido por grandes companhias transnacionais de fumo que atuam de forma globalizada, explorando ou criando vulnerabilidades individuais, coletivas e políticas para garantir a continuidade do negócio em qualquer parte do planeta.

Essas companhias têm conquistado novos mercados, principalmente onde existem amplas vulnerabilidades coletivas, traduzidas por insuficiência de conhecimento da população sobre a realidade dos riscos e pela existência de representações sociais positivas relativas ao consumo de seus produtos. Documentos internos de grandes transnacionais de fumo, confiscados pela justiça dos EUA, ilustram essa dinâmica:

“A média de expectativa de vida aqui é 40 anos, a mortalidade infantil é alta: os problemas de saúde que alguns dizem serem causados por cigarros não serão percebidos como um problema”. (CAMPAIGN FOR TOBACCO FREE KIDS; ACTION ON SMOKING AND HEALTH, 2001)²

Em países em desenvolvimento, onde a socialização das informações sobre os riscos do tabagismo ainda é limitada, o conhecimento das pessoas sobre esses efeitos é parcial e subestimado (WORLD BANK, 1999). É nesses países, que grandes companhias transnacionais de fumo exploram as vulnerabilidades individuais do seu principal alvo, crianças e adolescentes, por meio de sofisticadas estratégias de propaganda e promoção de seus produtos.

A adolescência é caracterizada por uma série de transformações biológicas e psicossociais que tornam essa fase do ciclo de vida um momento de especial suscetibilidade a estímulos externos, principalmente para os adolescentes que não contam com um sólido suporte social

²Análise feita por Representante da Rothmans sobre o potencial do mercado em Burkina Faz na África, 1988.

da família. É nessa fase que o indivíduo busca formatar sua futura identidade enquanto adulto, a partir de seus sonhos e aspirações de ideais de auto-imagem. E sabendo disso, cientistas sociais a serviço de grandes companhias de tabaco habilmente exploram essas vulnerabilidades em atividades de promoção de seus produtos. São estratégias que visam introduzir o ato de fumar como o rito de passagem para a vida adulta. Trechos dos documentos internos de grandes companhias de fumo mostram como isso funciona:

“Um cigarro para o iniciante é um ato simbólico. Eu não sou mais a criança da minha mãe, eu sou forte, eu sou um aventureiro, eu não sou quadrado... À medida em que a força do simbolismo psicológico diminui, o efeito farmacológico (da nicotina) assume o papel de manter o hábito”. (ACTION ON SMOKING AND HEALTH, 1998)³

Soma-se a isso formas inovadoras de colocação dos produtos seja em prateleiras de supermercados, lojas de conveniências, seja em máquinas de venda automáticas, para torná-las acessíveis a crianças e adolescentes.

Além disso, estratégias que visam ao barateamento dos custos de produção, tanto no âmbito agrícola como no de manufatura, garantem os baixos preços dos produtos de tabaco, especialmente dos cigarros, outro importante ingrediente para fomentar o acesso em massa, sobretudo entre crianças e adolescentes.

As vulnerabilidades coletivas se tornam ainda maiores, quando a elas se associam as vulnerabilidades políticas habilmente construídas por companhias transnacionais de fumo em vários países visando criar um clima de “boa vontade política” para com o negócio. Para isso costumam assediado políticos, parlamentares, governantes, juristas e seduzi-los com discursos maquiados de politicamente corretos, financiar ações sociais, campanhas políticas, em troca de incentivos fiscais e de acordos voluntários que beneficiem seus negócios.

Em muitos países, companhias de tabaco como a British American Tobacco (BAT), no Brasil representada pela Souza Cruz têm adotado esse tipo de estratégia de forma cada vez mais agressiva. Comprovam isso, as próprias palavras da BAT em seus documentos internos, abertos ao público através de litígio nos EUA (ACTION ON SMOKING AND HEALTH, 2005) na descrição de objetivos e estratégias do Programa Corporativo de Responsabilidade Social da BAT:

“...Ampliar o acesso e influenciar reguladores e políticos”.

“...Promover uma reputação positiva a fim de melhorar nossa capacidade de formatar o futuro ambiente para os negócios”.

“...Entre os projetos estão uma clínica para diagnóstico de doenças; acomodação para os sem-teto; assim como patrocínio de programas de arte e de educação. Para BAT, tais programas não só conquistam aliados nos mercados locais como abrem as portas de políticos e reguladores”.

Infelizmente, tanto aqui no Brasil como em outros países, instituições de renome e seus profissionais vêm sendo assediados, seduzidos e usados como instrumento para o *marketing* social dessas companhias de tabaco.

³Rascunho de relatório do Quadro de Diretores da Phillip Morris.

Todo esse cenário torna evidente que ações para controle do tabagismo dependem da articulação de diferentes tipos de estratégias e de diferentes setores sociais, governamentais e não-governamentais.

E foi esse contexto que levou 192 países a negociarem durante quatro anos a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: o primeiro tratado internacional de saúde pública da história. Seu objetivo é “proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco”.

A Convenção está em vigor desde fevereiro de 2005, quando completou 40 ratificações, e até maio de 2006 contava com 127 ratificações. Trata-se de um forte indicativo de que o controle do tabagismo depende de medidas globais coordenadas e articuladas entre os países.

O Controle do Tabagismo no Brasil

No Brasil, desde 1989, o Ministério da Saúde coordena por meio do seu Instituto Nacional de Câncer as ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) construídas por uma rede de parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de vários setores da sociedade civil organizada, sobretudo das sociedades científicas e por conselhos profissionais da área da saúde.

Esse trabalho em parceria tem garantido que mesmo sendo o segundo maior produtor e o maior exportador de tabaco do mundo, o Brasil venha conseguindo desenvolver ações fortes e abrangentes que têm lhe trazido resultados expressivos, e lhe conferido o reconhecimento de liderança internacional nessa área (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2003).

O inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis mostrou que a prevalência total na população acima de 15 anos foi de cerca de 19%, variando de 13% em Aracaju a 25% em Porto Alegre (BRASIL, 2004). Em 1989, essa prevalência era de 32%, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição do IBGE (BRASIL, 1989).

O consumo *per capita* de cigarros no Brasil realizado pelo Inca, entre 1989 e 2004, caiu em torno de 33% mesmo computando-se as estimativas de consumo de produtos provenientes do mercado ilegal.

O PNCT tem como objetivo geral reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil. E tem como objetivos específicos prevenir a iniciação no tabagismo, proteger a população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco, promover e apoiar a cessação de fumar.

Nesse sentido, o Programa tem sistematizado diferentes tipos de ações para promover ambientes livres de fumo e a cessação de fumar em canais comunitários como escolas, ambientes de trabalho e unidades de saúde, implantar o tratamento da dependência da nicotina no SUS, assim como para mobilizar políticas e iniciativas legislativas e econômicas que fortaleçam um contexto social favorável à redução do consumo.

Essas ações se alicerçam em cinco grandes marcos estratégicos:

- Descentralização das ações por meio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, segundo a lógica do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Intersetorialidade das ações através da Comissão Nacional para Implementação da Convenção Quadro para Controle do Tabaco (Conicq). Esta Comissão foi criada em agosto de 2003 por Decreto Presidencial, tem a participação de representantes de 11 ministérios e o objetivo de construir uma agenda de governo para cumprimento das obrigações da Convenção Quadro;
- Integralidade através da busca de transversalização da prevenção e controle do tabagismo nas diferentes ações estratégicas de saúde: saúde da mulher, saúde do trabalhador, saúde da família, saúde bucal entre outras;
- Regulação dos produtos de tabaco através da Anvisa;
- Construção de parceria com a sociedade civil organizada.

Ao longo desses anos, o trabalho em rede permitiu que fossem atingidos cerca de 3.900 municípios, mais de 7.000 escolas, mais de 3.000 unidades de saúde e ambientes de trabalho com ações de prevenção ao tabagismo, promoção de ambientes livres de tabaco e da cessação de fumar.

Por sua vez, a força da massa crítica gerada por esse trabalho em rede e o trabalho inter-setorial desenvolvido por intermédio da Conicq, assim como o trabalho da Anvisa na regulação dos produtos de tabaco, tem sido possível mobilizar importantes avanços legislativos como por exemplo a proibição da propaganda de produtos de tabaco em grandes meios de comunicação, a obrigatoriedade de mensagens de advertências com fotos nas embalagens de produtos de tabaco, a regulação dos produtos de tabaco no que tange a conteúdo e emissões, a proibição de fumar em ambientes públicos fechados, entre outras (BRASIL, 2005).

Embora muitos tenham sido os avanços no âmbito do controle do tabagismo no Brasil, muitos são ainda os desafios que devem ser enfrentados.

Referências bibliográficas

ACTION ON SMOKING AND HEALTH. Marketing to children. In: _____. *Tobacco explained: the truth about the tobacco industry... in its own words*. London, 1998. cap. 3. Disponível em: <<http://www.ash.org.uk/>>.

_____. *BAT in its own words*. London, 2005. Disponível em: <<http://www.ash.org.uk/html/conduct/pdfs/bat2005.pdf>>.

AMERICAN CANCER SOCIETY. 2003 *Winners for exemplary leadership in tobacco control*. Disponível em: <http://www.cancer.org/docroot/AA/content/AA_9_1_Past_Winners.asp?sitearea=AA>.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa nacional de saúde e nutrição do IBGE*. Rio de Janeiro, 1989.

_____. Ministério da Saúde. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003*. Rio de Janeiro: Inca, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/>>.

_____. Ministério da Saúde. *Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer*. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=introducao.htm>>.

CAMPAIGN FOR TOBACCO FREE KIDS; ACTION ON SMOKING AND HEALTH (ASH). *Confie en nosotros: somos la industria tabacalera*. Washington, 2001.

CONVENÇÃO-quadro para o controle do tabaco. Genebra: [s.n.], 2003.

WORLD BANK. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. [S.l.], 1999.

Anexos

**Seminário Nacional de Vigilância em
Doenças e Agravos não Transmissíveis
e Promoção da Saúde**

Local: Hotel Nacional

Data: 20 a 22 de setembro de 2005

20 de setembro terça-feira

Manhã Salão Azul Norte

8h Credenciamento

9h Abertura
Dr. Jarbas Barbosa – Secretário da SVS
Dr. Otaliba Libânio – Diretor do Dasis/SVS
Representantes do Conasems, Conass, CNS e Opas

9h40 Conferência
Vigilância das Doenças e
Agravos não Transmissíveis
no contexto da Vigilância
em Saúde no Brasil
Dr. Jarbas Barbosa – Secretário da SVS

11h Vigilância, Prevenção e
Controle de Doenças Crônicas
Não Transmissíveis
Experiências – São Paulo/SMS
Espírito Santo/SES
Coordenador: Gulnar Mendonça – Inca
Palestrante: Deborah Malta – CGDant/Dasis/SVS

13h Almoço

14h30 Oficinas

17h30 Trabalho Interno de Relatoria

18h Coquetel
Lançamento do livro “Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros”
Coordenação: Cecília Minayo

Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde

21 de setembro quarta -feira

Manhã Salão Azul Norte

- 9h Vigilância, Prevenção e Controle de Acidentes e Violência
Coordenadora: Eugênia Rodrigues – Opas
Palestrante: Marta Silva – CGDant/Dasis/SVS
- Experiências – Goiânia - SMS
Belo Horizonte – SMS
São Paulo – SES
- 11h Política Nacional de Promoção da Saúde
Coordenadora: Adriana Castro – CGDant/Dasis/SVS
Palestrante: Dr. Otaliba Libânio de Moraes – Diretor do Dasis/SVS
- Experiências – Academia da Cidade – Recife/SMS
Escolas Promotoras de Saúde – Tocantins/SES
- 13h Almoço
- 14h30 Oficinas
- 17h30 “Conversando com...”
Integralidade, Interdisciplinaridade e Intersetorialidade no SUS
Coordenador: Miguel Malo – Opas
Debatedores: Ruben Matos – IMS/Uerj
Paulo Capucci – SMS/Guarulhos
- 18h30 Trabalho Interno de Relatoria

Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde

22 de setembro quinta -feira

Manhã Salão Azul Norte

- | | | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8h | Relato da experiência acerca do trabalho da Câmara que reúne 11 ministérios na defesa e implementação da Convenção-Quadro no Brasil | Coordenador: Antonio Cezário – CGDant/Dasis/SVS
Palestrante: Tânia Cavalcanti – Inca |
| 9h | Relatórios da Análise da Situação dos Agravos e Doenças Crônicas Não transmissíveis segundo Estados e Capitais

Goiás – SES
Rio de Janeiro – SES
Amapá – SES
Rio Grande do Sul – SES
Fortaleza - SMS | Coordenadora: Fátima Marinho –
Coordenadora da CGIAE/Dasis |
| 11h | Plenária | Coordenador: Dr. Otaliba Libânio –
Diretor do Dasis/SVS |
| 13h | Almoço | |
| 14h | Reunião coordenadores SES/SMS
Inquérito Fatores de Risco Escolares | Coordenadora: Deborah Malta –
Coordenadora da CGDant/Dasis/SVS
Sandhi Barreto – UFMG |

Agenda de Prioridades na Implementação da Vigilância, Prevenção e Controle de DCNT – Seminário Nacional de Vigilância de Dant e Promoção da Saúde – Brasília, 20 a 22 de setembro de 2005

Estruturação do Sistema de Vigilância de DCNT e seus principais fatores protetores (FP) e de risco (FR)

Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos esperados
<p>1. Monitoramento da mortalidade e morbidade das principais DCNT conforme pactuação nos Fóruns regionais de Dant.</p>	<p>Manutenção e aperfeiçoamento das atividades de monitoramento da morbimortalidade.</p> <p>Divulgar os indicadores pactuados no site da SVS e publicações.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Produção de relatórios anuais pelos gestores municipais e estaduais, mostrando a magnitude, relevância e tendência das DCNT com proposição de medidas de prevenção e com análises que ampliem a capacidade de advogar-se pela prevenção. • Análises epidemiológicas em DCNT e seus FR/FP pelos gestores estaduais e municipais.
<p>2. Apoiar as atividades dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), com aprovação de portaria ministerial instituindo repasse de recursos fundo a fundo no Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS).</p>	<p>Criar mecanismos de compromisso e pactuação com SES e SMS para efetivar RCBP, como:</p> <p>a) indicadores e metas para monitoramento das atividades dos RCBP;</p> <p>b) monitoramento de aplicação de recursos do plano; e</p> <p>c) avaliação de execução e alcance de metas do mesmo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Produção de relatórios anuais das atividades de RCBP. • Atualizar coleta de dados e completude das bases de dados. • Estabelecer parceria com SES e SMS e fluxo de informações. • Disponibilizar base de dados dos RCBP para municípios e estado e também pelo Datasus.
<p>3. Contribuir para a melhoria da cobertura e qualidade das informações do SIM, SIH, Apac, a partir de seu uso para o monitoramento de DCNT.</p> <p>3.1. Articular com a SAS (Derac) para a melhoria do preenchimento do sistema de Informação Hospitalar/Apac.</p> <p>3.2. Apoiar enquanto política nacional, com alocação de recursos, diversas formas de aprimoramento dos sistemas, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • busca ativa de casos (óbitos); • implantação de serviços de verificação de óbitos; • estimular investigação de causas mal-definidas; • produzir relatórios com análise das variáveis, completude, consistência. 	<p>Parceria com universidades para a educação dos profissionais.</p> <p>Articular com universidades a inserção de conteúdo dos Sistemas de Informação na graduação.</p>	<p>Bases de dados aprimoradas e utilizadas na análise de situação de saúde para o planejamento das ações.</p>

Estruturação do Sistema de Vigilância de DCNT e seus principais fatores protetores (FP) e de risco (FR)

Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
4. Relacionar os diversos sistemas de informação 4.1. Avançar no <i>linkage</i> das Bases. 4.2. Incluir este tema na Câmara Técnica de informação e informática.		Aprimoramento das bases de dados.
5. Espaço virtual para discussão de experiências de aprimoramento dos sistemas de informação.		Troca de informações entre gestores para aprimoramento dos sistemas de informação, monitoramento das Dant e promoção da saúde.
6. Apoiar e aprimorar os sistemas de informação ambulatorial.	Realizar estudo dos limites e da qualidade dos diversos sistemas de informação ambulatorial.	Bases de dados aprimoradas e utilizadas na análise de situação de saúde para o planejamento das ações.

Monitoramento dos fatores protetores (FP) e de risco (FR)

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
1. Realizar a vigilância e monitoramento em escolares	Realizar em 2008 a 2ª Pesquisa Nacional de Saúde em escolares e manter a periodicidade bianual.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar a 1ª Pesquisa Nacional de Saúde em Escolares em parceria com a CGPAN/MS; MEC e UFMG (Centro Colaborador da CGDant/MS). <p>Conhecimento das prevalências de FP e FR comportamentais em escolares;</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar os FP e FR desenvolvendo intervenções conforme análise dos resultados; Envolver a população escolar (Associação de Pais e Mestres, estudantes) no inquérito, de forma que estes possam se apropriar da importância do mesmo; e Garantir o retorno dos resultados para as SMS/SME e escolas incluídas na pesquisa e as propostas de intervenções para toda a população escolar.
2. Análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – Pense – em parceria com UFMG, UFPEL, SMS/RJ, SES/SP, SMS/BH, Inca, CGPAN/SAS, FNDE/MEC.		<ul style="list-style-type: none"> Relatórios analíticos elaborados e propostas de intervenções para estes grupos populacionais; Análise dos dados subsidiando as intervenções, fortalecendo ações de vigilância articuladas com a Atenção Básica (UBS/PSF/PACS) e outros níveis de atenção; Elaborar e disponibilizar roteiro de análise para estados e municípios que permita melhor exploração dos dados localmente.

Monitoramento dos fatores protetores (FP) e de risco (FR)		
Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
3. Realizar o planejamento do 2º inquérito de FP e FR de DCNT na população geral	Garantir a replicação do inquérito na população geral a cada cinco anos.	Discutir com a Ripsa a viabilidade de incluir o inquérito de FR e FP (2007/2008) junto à PNAD, incluindo medidas antropométricas e bioquímicas relacionadas as DCNT (subamostra).
4. Iniciar estudos de viabilidade para implementar sistema de vigilância de fatores protetores e de risco por via telefônica. Avaliar experiências existentes como: Nupens, SIMTEL (Goiânia) e outras.		Disponibilizar formatos de menor custo para a realização de inquéritos locais e nacionais.
5. Apoiar iniciativas e inquéritos locais para monitoramento de FP e FR. 5.1. Utilizar recursos já existentes do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde para a realização dos inquéritos locais; 5.2. Contribuir na padronização de instrumentos e indicadores, permitindo comparabilidade entre municípios e destes com os dados nacionais; 5.3. Estimular a inclusão de indicadores de uso/interesse local.	Realizar projetos pilotos de inquéritos para outras populações (por exemplo: universitários, populações vulneráveis, outras).	<ul style="list-style-type: none"> • Comprometimento de SES e SMS na condução e análise dos inquéritos para o fortalecimento do planejamento local; e • Indicadores e instrumentos padronizados.
6. Apoiar o desenvolvimento de novas metodologias para coleta e análise dos dados, incorporando referenciais da pesquisa qualitativa.		Metodologias de pesquisa qualitativa desenvolvidas, incluindo o monitoramento dos fatores psicossociais.
7. Capacitar profissionais em aplicativos (como Tabwin, Tabdant, Epiinfo), em estados e municípios.		Alocar recursos para qualificação do profissional e aquisição de equipamentos e materiais adequados.

Apoio Técnico		
Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
1. Apoiar a estruturação de áreas técnicas para vigilância de Dant em estados e municípios.	Manter apoio técnico a estados e municípios.	Estruturação da Área de Vigilância de Dant nas SES e SMS de Capitais.
2. Parceria com Centros Colaboradores no âmbito federal, fomentando estudos e pesquisas. UFMG (Vigilância e prevenção de DCNT), UFPEL (Avaliação DCNT e Rede Carmen), UFRGS (Diabetes/Hipertensão), Fiocruz/René Rachou (envelhecimento). 2.1. Ampliar parcerias, incluindo novos centros colaboradores, incentivar a constituição de outras parcerias e novos objetos.		Fortalecer o conhecimento sobre a situação das DCNT e recomendar estratégias para sua condução.

Gestão (Regulamentação, financiamento, RH, participação e controle social, responsabilidade, sustentabilidade)

Gestão de Sistema de Vigilância

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
1. Sensibilização dos gestores e atores do processo sanitário quanto à necessidade de prevenção de Dant e pactuação de plano de ação, a ser submetido às instâncias de decisões do SUS.	Continuidade da implementação do plano e avaliação continuada das ações.	Planos estadual e municipal elaborados e pactuados. Priorização das ações de promoção à saúde e prevenção de DCNT no âmbito do SUS.
2. Apoiar a elaboração de planos estaduais e municipais de vigilância e prevenção de Dant.	Fóruns regionais em Dant para padronização dos indicadores de morbimortalidade.	Pactuação dos Planos de Dant na CIB e instâncias de controle social.
3. Fortalecimento do Comitê Técnico Assessor para Dant. 3.1 Garantir a realização de duas reuniões por ano.	Estimular e apoiar a criação de CTA para DCNT nos estados e municípios.	Assessoramento do Comitê na elaboração do plano de ação de Dant e nas recomendações o enfrentamento das DCNT, com base em evidências técnico-científicas.
4. Formação do Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde no âmbito do Ministério da Saúde.	Estimular a formação de comitês similares nos estados e municípios com definições de agendas locais de trabalho.	Comitê definido e com agenda de trabalho definida.
5. Reforçar a ação da Comissão Intraministerial para implementação da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde (EG).		<ul style="list-style-type: none"> • Incorporação nas políticas setoriais da saúde, das ações preconizadas na EG; • Atuação do Comitê Intraministerial na preparação da pauta do Comitê Interministerial, conduzindo estudos que subsidiem medidas passíveis de regulamentação, custo benefício das mesmas, entre outros.
6. Criação do Comitê Interministerial para implementação das recomendações da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde em outros setores (EG).	Discussão das medidas regulatórias a serem apoiadas (comercialização de alimentos, outras).	<ul style="list-style-type: none"> • Comitê implantado; • Proposição de ações regulatórias nos setores produtivos de bens e serviços visando à diminuição da exposição da população aos FR; • Formulação de medidas regulatórias, pactuando políticas intersectoriais; • Articulação com Consea: proposição de medidas de acessibilidade de alimentos saudáveis, de política de redução de preços de alimentos saudáveis, de produção, distribuição e qualidade dos alimentos comercializados.

Capacitação de RH		
Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
<p>1. Realizar curso de especialização em Vigilância de Dant com 420 horas.</p> <p>1.1 Destinar uma vaga para representante da SES e da SMS da capital nos dois cursos, 27 em 2006 e 27 em 2007.</p> <p>1.2 Incentivar e estimular os gestores estaduais e municipais a financiar a participação dos técnicos deste curso.</p> <p>1.3 Utilizar metodologias inovadoras que incluam atividade pedagógica e participação do serviço.</p> <p>1.4 Incluir a promoção da saúde como módulo transversal no conteúdo dos cursos</p>		Especialistas incorporados ao Sistema de Vigilância de Dant.
<p>2. Realizar em 2006, dois cursos de vigilância de Dant de curta duração.</p> <p>2.1 Utilizar os egressos do curso de especialização em vigilância de Dant como multiplicadores para este curso</p> <p>2.2 Desencadear um processo de multiplicação deste curso junto às universidades em estados e municípios.</p> <p>2.3 Incluir a participação de representantes das capitais e municípios prioritários (selecionados pela SES);</p> <p>2.4 Capacitar técnicos das SES e municípios em aplicativos/programas como: Tabwin, Tabdant e Epiinfo.</p>		Capacitação de estados e municípios em análise de dados sobre DCNT e FR/FP.
<p>3. Realizar em parceria com a Opas/UFPEL, o curso de Saúde Pública baseada em evidências.</p>		Curso realizado
<p>4. Fortalecer estratégias de Educação Permanente, que possam, de forma transversal, colocar o debate da vigilância Dant na agenda dos Pólos de Educação Permanente (capacitação contínua).</p>		Estratégias de Educação Permanente fortalecidas nos estados.

Alimentação Saudável		
Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
<p>1. Elaborar e iniciar a implementação com o conjunto de parceiros (CGPAN/SAS, Anvisa e MEC/ PNAE) de Projeto Alimentação Saudável nas Escolas.</p> <p>1.1 Articular com a PNAE no sentido de elaborar uma política de alimentação saudável para o escolar, visando à mudança de hábitos alimentares e acesso a uma merenda saudável;</p> <p>1.2 Estimular ações intrasetoriais e intersetoriais, envolvendo as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação na abordagem das práticas da alimentação saudável e de atividades físicas no ambiente escolar;</p> <p>1.3 Investimento em mídia e telenovelas sobre o valor dos alimentos saudáveis;</p> <p>1.4 Integração com as iniciativas Escolas Promotoras de Saúde.</p>	<p>Projeto Implantado nas escolas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Redução dos FR e promoção dos FP de DCNT, incentivando as práticas de educação nutricional, garantia da qualidade do alimento servido e estímulo à comercialização de frutas, sucos e outros alimentos <i>in natura</i> nos estabelecimentos privados; e • Articulação da SVS com PNAE e PNAN.
<p>2. Apoiar a CGPAN nas ações de promoção da alimentação saudável, com ênfase nas ações de estímulo ao consumo de frutas, legumes e vegetais e alimentação saudáveis.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Estímulo à alimentação saudável, assumido pelos três níveis de gestão do SUS; e • Articulação entre as vigilâncias de Dant e coordenações de nutrição nos estados e municípios para a promoção da alimentação saudável.
<p>3. Apoiar a Atenção à Saúde da Criança/SAS no fortalecimento de medidas para consolidar e ampliar o Programa de Promoção do Aleitamento Materno em suas várias instâncias.</p>		<p>Aumento da adoção do aleitamento materno e de sua duração pelos gestores nos três níveis de gestão do SUS.</p>

Alimentação Saudável		
Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
<p>4. Articular com Anvisa, Vigilância Ambiental e Ministério da Agricultura visando reforçar as ações de controle do uso de agrotóxicos no cultivo dos alimentos.</p> <p>4.1 Reforçar a vigilância sanitária sobre os alimentos ofertados no mercado;</p> <p>4.2 Articular e estimular a participação de outros setores no controle do uso de agrotóxicos;</p> <p>4.3 Apoiar e incentivar projetos que incentivem a agricultura orgânica familiar;</p> <p>4.4 Esclarecer a população sobre a utilização e a contaminação de alimentos por agrotóxicos;</p> <p>4.5 Incentivar a produção de alimentos saudáveis, por meio da criação de um selo de qualidade para os produtores;</p> <p>4.6 Ampliar a integração com a Vigilância Ambiental; e</p> <p>4.7 Criar incentivos para a substituição de cultura do fumo por alimentos orgânicos (Contexto Convenção Quadro).</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Articular com ANVISA, Vigilância Ambiental e Ministério da Agricultura visando reforçar as ações de monitoramento e controle do uso de agrotóxicos na produção de alimentos; e • Divulgar informações e iniciativas para o aproveitamento integral dos alimentos.
<p>5. Articular com Anvisa, Ministério da Justiça, Ministério Público, Idec e outros a regulamentação e controle da propaganda de alimentos.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Investir em mídia na promoção do consumo de alimentos saudáveis; e • Regular e normatizar a veiculação de propagandas de alimentos.
<p>6. Fomentar a articulação dos Conselhos de Saúde (nos três níveis de gestão) e Consea, visando apoiar políticas de acesso a alimentos saudáveis.</p>		<p>Reforço às ações do Fome Zero.</p>

Atividade Física		
Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
<p>1. Implantar o Projeto Pratique Saúde (campanhas nacionais de mobilização e incentivo à Atividade Física, à Alimentação Saudável, Prevenção de Diabetes <i>Mellitus</i> e Hipertensão Arterial, ao Controle do Tabagismo e do consumo e álcool).</p> <p>1.1 Incentivar a prática da atividade física implantando estratégias que visem aumentar a prática de atividade física nos e locais públicas;</p> <p>1.2 Estimular estados e municípios a promover a colaboração entre a saúde e a educação na promoção de atividade física;</p> <p>1.3 Trabalhar com diversidade de práticas corporais e culturais;</p> <p>1.4 Valorizar outras formas de atividades físicas existentes na comunidade.</p>		Recursos repassados e projeto implantado, abordando a população em geral e a clientela referenciada da rede de saúde.
2. Repassar recursos financeiros por meio do Teto de Vigilância em Saúde para as 27 Capitais, visando estimular e fortalecer ações de apoio à implantação da Estratégia Global (práticas de atividade física e alimentação saudável).		
3. Desenvolver mecanismos de monitoramento da aplicação efetiva dos recursos destinados à atividade física (inserir indicadores de monitoramento da PPI/VS).		
4. Estimular estados e municípios na produção de material educativo quanto à atividade física.		Atividades de mobilização realizadas e material educativo produzido em estados e municípios.
<p>5. Estimular parcerias com ONG, Forças Armadas, universidades e comunidade visando à ampliação da prática de atividade física.</p> <p>5.1 Parceria com o Ministério dos Esportes (Programa Segundo Tempo e outros).</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Parcerias estabelecidas; e • Aumentar a prática de atividade física nos locais públicos.
<p>6. Sensibilizar os gestores públicos para a importância da atividade física e do lazer no ambiente de trabalho, inclusive a UBS.</p> <p>6.1 Estimular a prática de atividades físicas durante a jornada de trabalho.</p>		Atividades físicas incorporadas ao cotidiano e ao ambiente de trabalho.

Atividade Física		
Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
7. Resgatar a prática de atividades físicas/esportes, de forma regular, nas escolas, universidades e demais espaços públicos.	Articular com o MEC a inclusão na grade curricular do Curso de Educação Física, uma disciplina sobre saúde pública (SUS, promoção da saúde).	Investir na re-estruturação de espaços pedagógicos para as atividades físicas e esportes nas escolas.
8. Inclusão nos Planos Diretores Urbanos de espaços para atividades físicas. 8.1 Incentivar a apropriação dos espaços públicos para a realização de atividades físicas; 8.2 Incentivar a urbanização dos espaços públicos; áreas existentes (áreas abertas); e 8.3 Dotar espaços públicos de equipamentos que permitam a acessibilidade a pessoas com deficiência; e estimular projetos de atividades físicas para pessoas com necessidades especiais.		Planos diretores incluindo a pauta de EG (atividade física).

Tabagismo		
Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
1. Publicar portaria para repasse dos recursos financeiros para Estados, a fim de realizar Treinamentos para capacitação das Vigilâncias Sanitárias Estaduais e Municipais para implementação dos ambientes livres do Tabagismo.		Recursos repassados e ambientes livres do fumo implantados.
2. Produzir material de divulgação no que se refere à implementação da Lei nº 9294/96 (Ambientes Livres do Tabaco). 2.1 Trabalhar junto as Visas para implementar a fiscalização da lei; e 2.2 Discutir com a AL a inclusão no Termo de Ajuste de Metas, a pactuação das Visas para o controle do tabaco.		Material produzido e ações de fiscalização de ambientes livres de tabaco implementadas.
3. Definir Indicadores para monitoramento da Implementação dos Ambientes Livres do Tabaco.		Indicadores definidos
4. Mobilização da sociedade civil, ONG, fumicultores para ratificação da Convenção Quadro.	Implementar decisões da Convenção Quadro no país	Convenção Quadro ratificada pelo Congresso.

Tabagismo		
Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
<p>5. Propor projeto de lei aumentando impostos e preços dos cigarros, vinculado aos programas de combate ao tabagismo.</p> <p>5.1 Direcionar estes recursos para pesquisas e ações voltadas ao combate ao hábito de fumar; e</p> <p>5.2 Utilizar estes recursos para o desenvolvimento de alternativas de sustento para as famílias de agricultores de fumo.</p>		Projeto de Lei aprovado.
<p>6. Apoiar junto à SAS a atenção integral para as Doenças Relacionadas ao Tabaco (DPOC).</p> <p>6.1 Divulgar a existência de assistência para a dependência de tabaco no SUS;</p> <p>6.2 Garantir a provisão de insumos e meios de tratamento adequado;</p> <p>6.3 Divulgar e incentivar a política de redução de danos (incluindo tabaco e álcool).</p>	Ampliar programa de atenção para cessação do hábito de fumar entre fumantes.	Atenção integral aos usuários de tabaco e para as Doenças Relacionadas ao Tabaco (DPOC) implantada.
7. Articulação com Inca e MEC na revisão e ampliação do conteúdo do Saber Saúde nas escolas.		Projeto expandido para escolas.
8. Criar estratégias mais eficazes de abordagem de combate ao fumo junto aos canais de comunicação e publicidade para uma sensibilização mais efetiva.		Divulgar fatores de risco e efeitos do tabaco.
9. Adotar medidas de restrição do acesso precoce ao tabaco (de crianças e adolescentes), definindo por ex. proibição da venda em certo raio no entorno de escolas.		Articular com parceiros.

Diabetes e Hipertensão		
1. Articulação com a Coordenação de Diabetes/Hipertensão (SAS) visando à implantação de ações de prevenção e controle.		Redução da morbimortalidade por diabetes/hipertensão.
2. Contribuir na discussão da definição de protocolos assistenciais.		Protocolos assistenciais definidos.

Envelhecimento Ativo		
Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
<p>1. Fortalecer o estreitamento de parcerias na elaboração de uma agenda que promova o envelhecimento ativo.</p> <p>1.1 Aprimorar as formas de conhecimento de acidentes e violências entre os idosos; e</p> <p>1.2 Resgatar a participação social dos idosos em programas de prevenção de doenças crônicas, e em outras atividades de promoção da saúde.</p>		Agenda elaborada e implementada

Avaliação e Apoio à Pesquisa		
Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
1. Condução de pesquisa do Observatório de Políticas de Prevenção e Controle das DCNT, em parceria com Opas e Ministério da Saúde do Canadá.		<ul style="list-style-type: none"> • Conclusão da pesquisa sobre os determinantes da implementação das políticas de DCNT e estudo comparativo com demais países envolvidos (Canadá e Costa Rica). • Compartilhamento da construção metodológica do projeto nas diferentes esferas. • Divulgação da metodologia da pesquisa e dos resultados no site do SVS e em publicações específicas.
2. Incluir estudos de sobrevivência de base populacional de câncer de colo uterino.		Ampliar conhecimento sobre a incidência do câncer de colo de útero e outros.
3. Desenvolvimento do "Guia de Avaliação das DCNT e da Rede Carmen" em parceria com Opas e UFPEL.		Guia de Avaliação elaborado, com recomendações quanto à avaliação da rede e DCNT.
4. Produção e validação da Tabela Brasileira com Indicadores de Doenças Evitáveis.		Tabela produzida, validada e divulgada.
5. Validação do Guia de Avaliação Participativa em Municípios e Comunidades Saudáveis (Opas).		Guia validada
6. Definição da metodologia de avaliação das estratégias de promoção em saúde em estados e municípios.		Metodologias de avaliação definidas contemplando abordagens quantitativas e qualitativas.
7. Condução de avaliação das ações de Vigilância e prevenção de DCNT e promoção da saúde.		Avaliação realizada.

Avaliação e apoio a Pesquisa		
Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
8. Estudo piloto de Análise Espacial incidência de Câncer em parceria com os registros de câncer.		Instrumento de avaliação e monitoramento do câncer.
9. Estudo impacto macroeconômico de DCNT.		Estudo realizado
10. Estudo de Análise Situação de Saúde – Saúde Brasil em parceria com a CGIAE/Dasis/SVS.		Contribuir no conhecimento dos determinantes e no planejamento das ações.
11. Estudos sobre determinantes sociais das Dant e seus fatores de risco e protetores.		Contribuir no conhecimento dos determinantes e no planejamento das ações.

I – Vigilância de Acidentes e Violências

1. Implantação da Vigilância e do Sistema de Informação de Acidentes e Violências
2. Monitoramento dos Fatores de Risco e de Proteção de Acidentes e Violências
3. Apoio Técnico

II – Gestão

1. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Violências e Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº MS/GM nº 737, de 16/5/2001)
2. Implementação da Rede Nacional de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde (Portaria MS/GM nº 936, de 19/5/2004)
3. Apoio Técnico
4. Educação Permanente em Saúde e Capacitação
5. Regulamentação

III – Intervenção

1. Promoção da Saúde e Intersetorialidade
2. Promoção da Saúde e Integralidade

IV – Avaliação e Apoio à Pesquisa

1. Implementação das ações de avaliação e de apoio à pesquisa

VIGILÂNCIA: informação, análise, disseminação**Implantação da Vigilância e do Sistema de Informação de Acidentes e Violências**

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
<p>1. Definição e implantação da Rede de Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela:</p> <p>1.1. Seleção de municípios prioritários (alto risco de violências) e dos serviços sentinela.</p> <p>1.2. Implantação/implementação do Sistema de Informação, priorizando violências contra mulher, criança, adolescente, idoso, deficiente físico e trabalhadores em serviços de saúde selecionados.</p> <p>1.3. Capacitação das equipes da rede de serviços sentinela de vigilância para a detecção/identificação dos casos de violências e seu adequado encaminhamento.</p> <p>1.4. Definição do conteúdo de relatórios para análise e divulgação dos dados.</p> <p>1.5. Articulação da Rede de Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela com as políticas de prevenção e atenção integral às vítimas formando Redes de Proteção.</p>	Rede consolidada	<ul style="list-style-type: none">• Rede definida e implantada.• Relatórios de análise das informações sobre violências (serviços sentinelas) obtidos e subsidiando planejamento e intervenção em saúde.• Municípios e serviços selecionados a partir dos critérios: <i>ranking</i> da violência, experiências em andamento nos estados/municípios, Matriz de Exploração Sexual da Secretaria Especial de Direitos Humanos, Projeto Pair, municípios prioritários da área técnica Saúde da Mulher, Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, decisão política, capacidade técnica, existência de dados nos sistemas de informações existentes.• Equipes da rede de serviços sentinela capacitadas.• Ações de vigilância implementadas com monitoramento realizado.• Redes de Proteção articuladas e integradas com os serviços de vigilância de acidentes e violências.

VIGILÂNCIA: informação, análise, disseminação**Implantação da Vigilância e do Sistema de Informação de Acidentes e Violências**

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
<p>2. Implantação/implementação do Sistema de Informação de Acidentes e Violências:</p> <p>2.1. Aprofundamento da discussão conceitual sobre a metodologia de Vigilância em Serviços Sentinela.</p> <p>2.2. Integração dos bancos de dados existentes evitando a criação excessiva de novos sistemas.</p> <p>2.3. Utilização dos sistemas de informações já existentes para implementar a vigilância de acidentes e violências (SIH, SIA, SIM).</p> <p>2.4. Elaboração de projeto piloto para validar o sistema.</p> <p>2.5. Análise da viabilidade de unificar as informações para utilização do Sinan em saúde do trabalhador.</p> <p>2.6. Aquisição de equipamentos pelas secretarias de saúde/outras instituições após levantamento de necessidades.</p> <p>2.7. Definição de aplicativo para entrada de dados e de fluxo de informação e elaboração de manual instrutivo.</p> <p>2.8. Implantação das fichas de: Notificação de Acidentes e de Notificação de Violência Sexual, Doméstica e/ou outras Violências Interpessoais.</p> <p>2.9. Articulação e integração das diversas fontes de dados em parceria com segurança/justiça, transporte, educação, direitos humanos, entre outros.</p> <p>2.10. Seleção e disponibilização para os serviços sentinela dos indicadores definidos pelo Comitê Temático Interdisciplinar de Violências da Ripsa/Opas.</p> <p>2.11. Implantação do Projeto Piloto de Geoprocessamento de Acidentes de Trânsito (Geotrans) em municípios.</p> <ul style="list-style-type: none">• Manutenção e aperfeiçoamento das atividades de monitoramento da morbimortalidade por violências	<p>Sistema de Informação de Acidentes e Violências implantado/implementado</p>	<ul style="list-style-type: none">• Sistema de Informação de Acidentes e Violências implantado/implementado em municípios prioritários e serviços sentinela.• Sistema de Informação Sentinela de Violências implantado.• Base de dados integrada.• Informações dos Serviços Sentinelas utilizadas no planejamento local• TAB-Dant (aplicativo que possibilita extração de indicadores de Dant) implantado nos serviços sentinela definidos nas secretarias estaduais e municipais de saúde e de outras instituições.• Equipamentos adquiridos.• Aplicativo, fluxo e manual definidos.• Fichas de notificação implantadas.• Vigilância em Serviços Sentinela implantada.• Relatório analítico produzido mostrando a magnitude, relevância e tendência das violências com proposição de medidas de prevenção.• Relatório anual com indicadores específicos por ciclos de vida, gênero, raça/cor e outras variáveis selecionadas.• Indicadores discutidos em Fóruns e seminários consolidados, pactuados e divulgados em publicações específicas.• Monitoramento realizado.• Indicadores da Ripsa disponibilizados por meio de publicações.• Projeto piloto do Geotrans implantado.

VIGILÂNCIA: informação, análise, disseminação**Monitoramento dos Fatores de Risco e de Proteção de Acidentes e Violências**

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
1. Realização da 1ª Pesquisa Nacional de Saúde em Escolares em parceria com a CGPAN/SAS e MEC (Módulo de Violências).		<ul style="list-style-type: none">• Prevalência de fatores de risco em escolares conhecida.• Secretarias de saúde e demais instituições que trabalham com a prevenção de violências comprometidas na condução e análise dos inquéritos para o fortalecimento do planejamento local, regional, estadual e nacional.
2. Análise dos dados e divulgação da Pesquisa Nacional de Fatores de Risco – Módulo de Violências, desenvolvida em parceria com Inca/SVS/Ensp no ano de 2003.		Pesquisa analisada e divulgada.
3. Análise de situação de saúde sobre violências e fatores de risco para promover ações de prevenção de violências com ênfase na redução do uso abusivo de bebida alcoólica.		População e diversos setores sensibilizados para a necessidade de ações de prevenção ao uso abusivo de álcool.

VIGILÂNCIA: informação, análise, disseminação**Apoio Técnico**

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
1. Apoio aos estados e municípios na estruturação de áreas técnicas para vigilância de violências.		<ul style="list-style-type: none">• Vigilância fortalecida de violências em estados e municípios.• Análise de dados subsidiando tomada de decisão destas políticas.• Situação de violências conhecida visando recomendar estratégias para o seu enfrentamento.• Relatórios anuais com análises que ampliem a capacidade de advogar-se pela prevenção de violências, produzidos.

GESTÃO: responsabilização, sustentabilidade, financiamento, educação permanente em saúde, participação e controle social, regulamentação

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Violências e Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº MS/GM nº 737, de 16/5/2001)

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
<p>1. Expansão da implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e Implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde no âmbito do SUS e nas três esferas de governo.</p> <p>1.1. Viabilização de repasse de recursos mais ágeis para os municípios.</p> <p>1.2. Avaliação dos critérios de seleção para outros municípios que não capitais.</p> <p>1.3. Estruturação do Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria MS/GM nº 1.190, de 14/7/2005) com definição e pactuação de agenda de trabalho de vigilância, prevenção e controle de violências no âmbito do MS.</p> <p>1.4. Realização de Seminário Nacional de Vigilância de Dant e Promoção da Saúde com gestores estaduais e municipais de saúde e outras instituições para pactuar agenda de trabalho para vigilância, prevenção e controle de Dant e Promoção da Saúde.</p> <p>1.5. Divulgação da agenda de trabalho com o conjunto de atores participantes do processo sanitário (gestores, trabalhadores de saúde e usuários) e mobilização da sociedade para o enfrentamento das violências.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Políticas implantadas/implementadas com priorização das ações de promoção da saúde e prevenção de violências no âmbito do SUS. • Comitê Gestor atuante com agenda definida e pactuada. • Seminário realizado. • Agenda de trabalho pactuada. • Gestores, trabalhadores de saúde, usuários e demais atores sensibilizados e mobilizados quanto à necessidade de prevenção de violências. • Morbimortalidade por violências reduzida ou com tendência a redução.
<p>2. Divulgação e participação na Campanha Nacional do Desarmamento.</p> <p>2.1. Articulação, apoio e participação na Campanha Nacional pelo Desarmamento como forma de prevenção de violência por arma de fogo.</p> <p>2.2. Participação no Comitê Interministerial para o Desarmamento com produção de análise de situação de saúde sobre violências por arma de fogo.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Campanha Nacional do Desarmamento divulgada e apoiada. • Número de pessoas portando armas de fogo reduzido. • Agressões por arma de fogo reduzidas. • Comitê Interministerial para o Desarmamento atuante. • Análise de situação de saúde relativa às agressões subsidiando política de desarmamento.

GESTÃO: responsabilização, sustentabilidade, financiamento, educação permanente em saúde, participação e controle social, regulamentação

Implementação da Rede Nacional de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde (Portaria MS/GM nº 936, de 19/5/2004)

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
<p>1. Ampliação, implementação e fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde.</p> <p>1.1. Implantação/implementação dos Núcleos de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde conforme Portaria MS/GM nº 936, de 19/5/2004.</p> <p>1.2. Articulação e integração dos Núcleos de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde utilizando-se estratégias de mobilização e comunicação, entre elas a construção de um <i>site</i> desenvolvido pela UFMS.</p> <p>1.3. Viabilização de Incentivo financeiro à implantação/implementação de Núcleos de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde de acordo com critérios epidemiológicos e prioridades sociais e para as ações de monitoramento, avaliação e disseminação dos resultados.</p> <p>1.4. Elaboração dos planos estaduais e municipais de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde com a construção de agenda de trabalho mediante políticas e ações intersetoriais em articulação com redes sociais.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Rede Nacional de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde fortalecida, atuante e sustentável com capacidade para difusão de experiências positivas para outras localidades. • Núcleos de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde implantados/implementados. • Núcleos de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde integrados em rede de comunicação virtual. • Financiamento dos núcleos e das demais ações garantido. • Planos e agendas de trabalho estaduais/municipais de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde elaborados e implantados.
<p>2. Definição e implantação de indicadores de monitoramento de gestão da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde para acompanhamento dos núcleos em parceria com a UFRGS.</p>		<p>Indicadores de monitoramento de gestão definidos e implantados.</p>
<p>3. Articulação, participação e contribuição nas ações de enfrentamento do abuso, exploração e turismo sexual em parceria com organizações governamentais (Justiça, Turismo, Direitos Humanos e Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres) e não-governamentais.</p>		<p>Organizações governamentais e ONG articuladas e com plano de enfrentamento do abuso, exploração e turismo sexual definido e implantado.</p>
<p>4. Estímulo à gestão participativa da sociedade civil organizada e não organizada no desenvolvimento e implantação dos planos de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde nas três esferas de governo.</p>		<p>Sociedade civil estimulada e participante.</p>

GESTÃO: responsabilização, sustentabilidade, financiamento, educação permanente em saúde, participação e controle social, regulamentação

Apoio Técnico

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
1. Apoio técnico e de suporte a estados e municípios (secretarias de saúde e outras instituições que trabalham com a prevenção às violências) no processo de implantação/implementação dos Núcleos de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde.		Redes Nacional e dos Núcleos de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde em estados e municípios fortalecidas.
2. Elaboração de documentos e material técnico para apoiar as ações dos núcleos.		Documentos e materiais técnicos elaborados e difundidos.

GESTÃO: responsabilização, sustentabilidade, financiamento, educação permanente em saúde, participação e controle social, regulamentação

Educação Permanente em Saúde e Capacitação

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
1. Qualificação da gestão para o trabalho de vigilância, prevenção e controle de violências e promoção da saúde, inserindo a temática sobre morbimortalidade por causas externas nas discussões e no conteúdo do processo de educação permanente no SUS em articulação com os Pólos de Educação Permanente loco-regionais.		Gestão para o enfrentamento e prevenção das violências qualificada
2. Sensibilização dos gestores, trabalhadores de saúde, usuários, representantes dos movimentos sociais e instâncias de controle social, em articulação com os Pólos de Educação Permanente loco-regionais e instituições formadoras, quanto à identificação de situações de maus-tratos e violências e à importância da sua notificação em serviços sentinelas.		Gestores, trabalhadores de saúde, usuários e representantes da sociedade civil organizada sensibilizados quanto à identificação e à importância da notificação dos maus-tratos e violências.

GESTÃO: responsabilização, sustentabilidade, financiamento, educação permanente em saúde, participação e controle social, regulamentação

Educação Permanente em Saúde e Capacitação

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
<p>3. Sensibilização e capacitação dos gestores e trabalhadores de saúde.</p> <p>3.1. Supervisão permanente, apoio e amparo legal para os profissionais de saúde que atendem pessoas em situação de violência.</p> <p>3.2. Padronização do enfoque à pessoa em situação ou risco de violência (vítimas, agressores e contexto); ampliando a discussão sobre a atenção ao agressor.</p> <p>3.3. Realização de trabalho educativo com as famílias e grupo terapêutico com o agressor;</p> <p>3.4. Estímulo à estruturação de serviços de referência para as vítimas e autores de violências.</p> <p>3.5. Articulação de serviços que prestem atendimentos às pessoas que tentam o suicídio.</p>		Gestores e trabalhadores de saúde sensibilizados quanto à identificação, condutas e encaminhamentos de pessoas em situações de violência intra-familiar e/ou sexual.
4. Capacitação em TABDant e educação permanente em saúde sobre vigilância de violências para gestores e trabalhadores de saúde.		Gestores e trabalhadores de saúde capacitados em TABDant.
5. Capacitação de gestores e trabalhadores de saúde dos estados e municípios para a análise de dados e informações sobre violências.		Gestores e trabalhadores de saúde capacitados em análise de situação de saúde.
6. Realização de dois cursos de especialização em Vigilância de Dant (420 horas) em parcerias com instituições de ensino-pesquisa.		Cursos realizados.
7. Realização de dois cursos de vigilância de Dant de curta duração (80 horas).		Cursos realizados.
8. Realização de três cursos de vigilância de lesões – Adaptado do CDC (40 horas).		Cursos realizados.
9. Realização de curso a distância sobre prevenção de violências em parceria com Claves/Fiocruz.		Curso realizado.
10. Disseminação de cultura de paz.		Cultura de paz disseminada.

GESTÃO: responsabilização, sustentabilidade, financiamento, educação permanente em saúde, participação e controle social, regulamentação

Regulamentação

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
1. Participação do MS no Comitê Inter-ministerial de Regulamentação da propaganda de bebida alcoólica		Propaganda de bebida alcoólica regulamentada e divulgada.
2. Participação do MS no Conselho Nacional de Trânsito (Contran) e Câmara Temática de Saúde e Meio Ambiente do Contran.		Conselho Nacional de Trânsito e Câmara Temática de Saúde e Meio Ambiente atuantes.
3. Participação do MS no inquérito de vitimização promovido pelo Ministério da Justiça/Senasp.		Inquérito de vitimização realizado e divulgado.

INTERVENÇÃO: promoção da saúde, intersectorialidade, integralidade, transversalidade e interface com assistência

Promoção da Saúde e Intersectorialidade

1. Expansão e implementação do “Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito: mobilizando a sociedade” – expansão em 2005/06 para outras dez capitais e o Distrito Federal e implementação em cinco capitais em articulação e integração com os Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde.	Expansão em 2007 para todas as capitais.	<ul style="list-style-type: none"> • 2006: Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito implementado em cinco capitais: Recife/PE, Belo Horizonte/MG, Goiânia/GO, Curitiba/PR e São Paulo/SP. • 2006: Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito implantado em dez capitais (Palmas/TO, Porto Velho/RO, Boa Vista/RR, Teresina/PI, Salvador/BA, Campo Grande/MS, Cuiabá/MT, Florianópolis/SC, Fortaleza/CE, Rio de Janeiro/RJ) e o Distrito Federal/DF. • 2007: Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito implantado em todas as capitais. • Informações referentes ao projeto divulgadas por meio de relatórios e publicações. • Morbimortalidade por acidentes de trânsito reduzida.
2. Realização de campanha nacional de mídia de prevenção de acidentes de trânsito em parceria com Denatran/Ministério das Cidades.		Campanha realizada.

INTERVENÇÃO: promoção da saúde, intersetorialidade, integralidade, transversalidade e interface com assistência

Promoção da Saúde e Intersetorialidade

3. Publicação de estudos, pesquisas e análises de situação sobre morbimortalidade por violências segundo as variáveis definidas e fatores de risco visando à implementação de ações de prevenção das violências e de intervenção em situações de violência.

- Estudos, pesquisas e análises de situação publicados.
- Situação das violências conhecida.
- Estratégias de prevenção das violências elaboradas e implementadas.
- Estratégias de intervenção em situações de violência definidas.

4. Articulação e desenvolvimento de políticas permanentes de mídia e de comunicação com a divulgação do problema de violência para a população:

4.1. Priorização das populações com maior grau de vulnerabilidade.

4.2. Articulação, pactuação e repasse de informações e análises de situação de saúde para a mídia e outras instituições afins visando alimentar campanhas de mobilização, prevenção e conscientização da população para o enfretamento das violências e favorecer a construção de uma cultura de paz.

4.3. Produção de material instrucional e educativo nas três esferas de governo.

4.4. Divulgação de análises de situação de saúde com produção de mapas e publicações.

4.5. As secretarias de saúde devem informar à mídia sobre aspectos epidemiológicos e sociais do trânsito (conteúdo da campanha adequado à promoção de comportamentos saudáveis no trânsito, enfocando grandes problemas – pedestres/atropelamentos, motocicletas, bicicletas).

4.6. Sensibilização dos profissionais de mídia e ampliação de parcerias com os diversos meios de comunicação buscando a divulgação de ações positivas, ações de prevenção de violências. Incentivar mudanças de pautas nos programas jornalísticos. Estímulo ao jornalismo responsável, à democratização da comunicação e divulgação de informações corretas e oportunas aos jornalistas.

4.7. Aumentar o escopo das parcerias para outras possíveis instituições e/ou contextualizar a participação do MS nas parcerias citadas anteriormente.

4.8. Criação de um manual para profissionais de mídia.

- Informações repassadas.
- Material instrucional e educativo produzidos.
- Parcerias consolidadas com instituições e profissionais de mídia.
- Profissionais de mídia sensibilizados quanto ao tema violência.
- Campanhas realizadas.
- População conscientizada sobre prevenção de violências.
- Cultura de paz favorecida.

INTERVENÇÃO: promoção da saúde, intersetorialidade, integralidade, transversalidade e interface com assistência

Promoção da Saúde e Intersetorialidade

<p>5. Articulação das ações de prevenção da violência e promoção da saúde às políticas de integração regional, prioritariamente nos municípios de fronteiras e áreas de alto risco para violências.</p>		<p>Políticas de prevenção das violências, de promoção da saúde e de integração regional articuladas.</p>
<p>6. Articulação e integração da Rede Integrada de Desenvolvimento do Entorno/RIDE, em parceria com o Ministério da Integração Nacional, com as políticas e estratégias de promoção da saúde e de prevenção de violências.</p>		<p>Ride articulada e integrada com as políticas e estratégias de prevenção de violências e de promoção da saúde.</p>
<p>7. Articulação e integração das ações de promoção da saúde e de prevenção de violências com o Programa Sentinela do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.</p>		<p>Programa Sentinela articulado e integrado com as ações de promoção da saúde e de prevenção de violências.</p>
<p>8. Articulação e integração das ações de promoção da saúde e de prevenção de violências com o projeto Pair/Programa de Atividades Integradas Referenciais da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República.</p>		<p>Projeto Pair articulado e integrado com as ações de promoção da saúde e de prevenção de violências.</p>
<p>9. Articulação e integração das ações de promoção da saúde e de prevenção de violências com as atividades de enfrentamento das violências realizadas pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República.</p>		<p>Atividades articuladas e integradas.</p>
<p>10. Mapeamento e mobilização de recursos das redes familiares, comunitárias e sociais disponíveis (locais e regionais) para as ações de enfrentamento das violências.</p>		<p>Recursos para as ações de prevenção das violências mobilizados.</p>
<p>11. Ampliação das parcerias governamentais e com a sociedade civil, terceiro setor e iniciativa privada para o enfrentamento das violências e redução das desigualdades sociais:</p> <p>11.1. Estabelecer planos de ação conjuntos de ações de prevenção das violências e de promoção da saúde (projetos de cultura e lazer, geração de renda).</p> <p>11.2. Construir espaços para a efetiva proteção à vida e inclusão social.</p> <p>11.3. Estabelecer linhas de ação/políticas junto à Assistência Social/Trabalho na criação de espaços de convivência na comunidade e oportunidades de desenvolvimento cultural e para o trabalho.</p> <p>11.4. Favorecer a construção de espaços educativos sobre a cultura de paz para com a política de segurança.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Parcerias consolidadas. • Planos estabelecidos. • Espaços construídos. • Redes de apoio social articuladas, provendo respostas adequadas.

INTERVENÇÃO: promoção da saúde, intersetorialidade, integralidade, transversalidade e interface com assistência

Promoção da Saúde e Intersetorialidade

12. Articulação junto a outros setores governamentais e não-governamentais visando redirecionar recursos e estratégias intersetoriais, trabalhando as parcerias no âmbito da construção dos Planos Diretores Democráticos e da Agenda 21.

- Planejamento urbano direcionado para a segurança e qualidade de vida.
- Planos Diretores Democráticos/PDD e Agenda 21 construídos em consonância com a ótica da saúde e a promoção da qualidade de vida.

13. Articulação entre MEC/MS para envolver universidades, escolas e centros de educação infantil nas ações de vigilância e prevenção das violências, como também nas ações de promoção da saúde:

13.1. Introdução nos currículos das escolas e universidades de temas transversais sobre cultura da paz e prevenção de violências, além de inclusão de disciplinas voltadas para cursos específicos sobre violência e saúde, inclusive cursos sobre a assistência à pessoa em situação de risco ou vítima de violência.

13.2. Sensibilizar docentes quanto ao tema.

- MEC, universidades, escolas e centros de educação infantil desenvolvendo ações de mobilização das comunidades escolares para prevenção das violências.
- Currículos modificados.
- Docentes sensibilizados.

INTERVENÇÃO: promoção da saúde, intersetorialidade, integralidade, transversalidade e interface com assistência

Promoção da Saúde e Integralidade

1. Articulação com a Secretaria de Atenção à Saúde/MS para a definição de protocolos, fluxos, sistema de referência e contra-referência às pessoas em situação ou risco de violência visando a uma atenção integral e humanizada.

Protocolos, fluxos, sistema de referência e contra-referência de atenção integral e humanizada às vítimas de violências definidos e implantados.

2. Articulação e promoção de ações junto com outros setores, como: segurança, justiça, delegacias, conselhos tutelares, delegacias, promotorias, trânsito, direitos humanos, assistência social entre outros, visando garantir a integralidade na atenção à saúde e na promoção da saúde às pessoas vítimas de violências ou em situação de violências.

- Atenção integral às vítimas de violência garantida.
- Fluxos e encaminhamentos definidos consolidando redes sociais de prevenção às violências e promoção da saúde.
- Formação e implementação de redes de atenção e de proteção às pessoas em risco ou em situação de violências.

INTERVENÇÃO: promoção da saúde, intersectorialidade, integralidade, transversalidade e interface com assistência

Promoção da Saúde e Integralidade

<p>3. Articulação e promoção de ações junto com secretarias estaduais e municipais de saúde visando garantir assistência integral e humanizada às pessoas vítimas de violências:</p> <p>3.1. Articulação com a Conass, Conasems, CNS e Secretaria de Atenção à Saúde/MS na a definição de protocolos, fluxos, sistema de referência e contra-referência às vítimas de acidentes e violências.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Atenção integral às vítimas de violências garantida. • Protocolos, fluxos e sistemas de referência definidos.
<p>4. Articulação e participação no processo de discussão e implementação das ações do sistema de informação e demais atividades da Política Nacional de Urgências e com o atendimento pré-hospitalar do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência/Samu, no que diz respeito às vítimas de violências e acidentes:</p> <p>4.1. Realizar fóruns para troca de experiências na assistência.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de informação e demais atividades do atendimento pré-hospitalar do Samu implementados. • Fóruns realizados.

AVALIAÇÃO E APOIO A PESQUISA

Implementação das ações de avaliação e de apoio à pesquisa

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
<p>1. Implementação das parcerias com centros colaboradores fomentando estudos e pesquisas (Claves/Fiocruz, UFRGS, UFMS, UFPE, Uepe, ESP Ceará, UnB, Ufam; NEV/USP, UFRJ, UFMG) e implantação de outras parcerias com instituições de ensino-pesquisa, considerando a distribuição regional.</p>		<p>Parcerias com instituições de ensino-pesquisa implementadas e consolidadas.</p>
<p>2. Avaliação e análise e do desenvolvimento dos planos estaduais e municipais de prevenção às violências.</p>		<p>Planos estaduais e municipais de prevenção às violências monitorados, analisados e avaliados.</p>
<p>3. Definição de experiências da Rede Nacional de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde a serem avaliadas pelas instituições de ensino-pesquisa componentes da rede: Claves, UFPE, USP, UnB.</p>		<p>Experiências definidas e avaliadas.</p>

AVALIAÇÃO E APOIO A PESQUISA

Implementação das ações de avaliação e de apoio à pesquisa

Curto Prazo (2005/2006)	Médio Prazo (2007/2008)	Produtos Esperados
4. Construção de inventário de experiências brasileiras, que trabalham na prevenção de violências por arma de fogo, desenvolvidas por setores governamentais, não-governamentais e privados com posterior avaliação de duas, entre estas, em parceria com Pnud, Opas, Ministério da Justiça e Núcleo de Estudos de Violência/EV da USP.	Experiências avaliadas	<ul style="list-style-type: none">• Inventário construído.• Experiências avaliadas com difusão dos resultados com vistas a potencializar sua replicação e adequações nas atividades desenvolvidas.
5. Realização de estudos, pesquisas e análises de situação sobre morbimortalidade por violências segundo as variáveis definidas e fatores de risco e de proteção; visando à implementação de ações de prevenção e intervenção no enfrentamento das violências. Incluir variáveis segundo: sexo, cor/raça e ciclos de vida (faixa etária). 5.1. Articulação e repasse de informações e análises de situação de saúde para a mídia e outras instituições afins visando alimentar campanhas de mobilização, prevenção e conscientização da população para o enfrentamento das violências e favorecer a construção de uma cultura de paz.		Estudos realizados e divulgados.
6. Avaliação, realizada pelo Claves/Fiocruz com parceria do MS, do "Projeto de redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito: mobilizando a sociedade" implantado em cinco capitais no ano de 2003/2004.		Experiências avaliadas.
7. Realização de estudo para avaliar os custos decorrentes de acidentes de trânsito terrestres no Brasil (assistência à saúde, previdenciária, seguros, manutenção de rodovias, etc.) pelo Ipea e Denatran, com parcerias do MS, das polícias rodoviárias e Corpo de Bombeiros.		<ul style="list-style-type: none">• Estudo realizado e publicado.• Custos com acidentes de trânsito terrestres conhecidos.

www.saude.gov.br/svs

www.saude.gov.br/bvs

disque saúde
0800.61.1997

disque notifica
0800.644.6645

e-notifica
notifica@saude.gov.br



Secretaria de
Vigilância em Saúde

Ministério
da Saúde

