

A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde

Building Surveillance and Prevention for Chronic Non Communicable Diseases in the National Unified Health System

Deborah Carvalho Malta

Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério de Saúde, Brasília-DF
Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG

Otaliba Libânio de Morais Neto

Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério de Saúde, Brasília-DF
Universidade Federal de Goiás, Goiânia-GO

Antônio Carlos Cezário

Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério de Saúde, Brasília-DF

Jarbas Barbosa da Silva Junior

Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério de Saúde, Brasília-DF

Lenildo de Moura

Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério de Saúde, Brasília-DF

Resumo

O Brasil, ao seguir a tendência mundial, tem passado por processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional desde a década de 60, resultando em alterações nos padrões de ocorrência de patologias, como um aumento significativo da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Visando responder a esse quadro desafiador, o Ministério da Saúde organizou a vigilância de DCNT. O presente artigo realiza uma revisão e descrição das principais ações na implantação do sistema nacional de vigilância e prevenção de DCNT. As principais ações estratégicas colocadas em prática foram: organização de área específica na Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, a Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT); indução de ações de vigilância de DANT em Secretarias de Estado e Municipais de Saúde; definição de indicadores de monitoramento dessas ações na Programação Pactuada Integrada (PPI) de vigilância em saúde; capacitação de recursos humanos; realização de inquérito para conhecer a prevalência de fatores de risco em 15 capitais e no Distrito Federal em 2003, estabelecendo uma linha de base para o monitoramento; definição de indicadores padronizados para monitoramento das doenças e fatores de risco e proteção; *advocacy* junto a gestores de saúde com o propósito de recomendar as ações para DANT como uma prioridade do Sistema Único de Saúde (SUS); apoio a pesquisas para ampliar o conhecimento do problema e definir estratégias para sua condução; e realização de seminário nacional para a pactuação da agenda de prioridades da área.

Palavras-chave: vigilância de doenças crônicas não transmissíveis; doenças transmissíveis; fatores de risco e proteção.

Summary

Brazil, following the world's trend, has been going through processes of demographic, epidemiological and nutritional transitions since the sixties, causing changes in the patterns of pathologic emergences, as a meaningful increase in the prevalence of chronic non-transmitted diseases (DCNT). Aiming to give a response to this challenge scene, the Brazilian Ministry of Health organized the DCNT surveillance. This article accomplishes a revision of the main actions implanting the national system of surveillance and prevention of DCNT. The main strategies put on action were: organizing an specific area in the Ministry of Health's Surveillance Secretariat, the Non-Transmitted Diseases and Agravaions General Coordination (DANT); DANT surveillance induction in State and Municipality Health Secretariats, definition of monitoring indicators of these actions for the Integrated Programmed Pactuation (PPI) of health surveillance; human resource training; realization of inquiry to know the prevalence of risk factors in 15 State Capitals, and the Federal Capital, in 2003; establishing a base line to monitoring; definition of standard indicators to monitoring diseases and risk factors; advocacy along health management, showing the DCNT like a priority subject for the National Unified Health System (SUS); support for researchs to broaden the knowledge of the problem, and define strategies to conduce them; and realization of a national seminar for pactuation of the agenda of priorities in this area.

Key Words: *chronic non-transmitted diseases surveillance; non-transmitted diseases; risk factors.*

Endereço para correspondência:

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício-sede, 1º Andar, Sala 142, Brasília-DF. CEP: 70058-900
Email: deborah.malta@saude.gov.br

Introdução

A partir das últimas quatro décadas do século passado, seguindo tendência mundial, têm-se observado, no Brasil, processos de transição que produziram, e ainda produzem, importantes mudanças no perfil das doenças ocorrentes na população. A chamada Transição Demográfica, um desses processos, resultou em significativa diminuição das taxas de fecundidade e natalidade, no aumento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários. A Transição Epidemiológica, um segundo processo verificado, redundou em novo perfil de morbimortalidade, condicionado à diversidade regional quanto às características socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, um “modelo polarizado de transição.”¹ Tal modelo de transição apresenta, para distintas regiões, o crescimento da morbimortalidade por DCNT e a ocorrência, todavia alta, de doenças infecciosas. A Transição Epidemiológica, por sua vez, decorre da urbanização acelerada, do acesso a serviços de saúde, dos meios de diagnóstico e das mudanças culturais, expressivos nas últimas décadas, entre outros fatores. A Transição Nutricional, por fim, advém do aumento progressivo de sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão alimentar e do sedentarismo da vida moderna.

As mudanças nos padrões de ocorrência das doenças têm imposto, constantemente, novos desafios, não só para os gestores e tomadores de decisão do setor da Saúde como também para outros setores governamentais, cujas ações repercutem na ocorrência dessas doenças. O desafio do financiamento das ações é um deles. Doenças crônicas custam caro para o Sistema Único de Saúde (SUS). Se não prevenidas e gerenciadas adequadamente, demandam uma assistência médica de custos sempre crescentes, em razão da permanente e necessária incorporação tecnológica. Para toda a sociedade, o número de mortes prematuras e de incapacidades faz com que o enfretamento das “novas epidemias”, causadas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), demandem significativos investimentos em pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa de uma vida saudável. O presente artigo realiza o diagnóstico epidemiológico das DCNT e apresenta as principais ações que o SUS está a pôr em prática, para enfrentar esses novos

problemas de Saúde Pública. Não abordaremos, neste artigo, a situação epidemiológica dos acidentes e violências, embora também seja objeto de competência da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

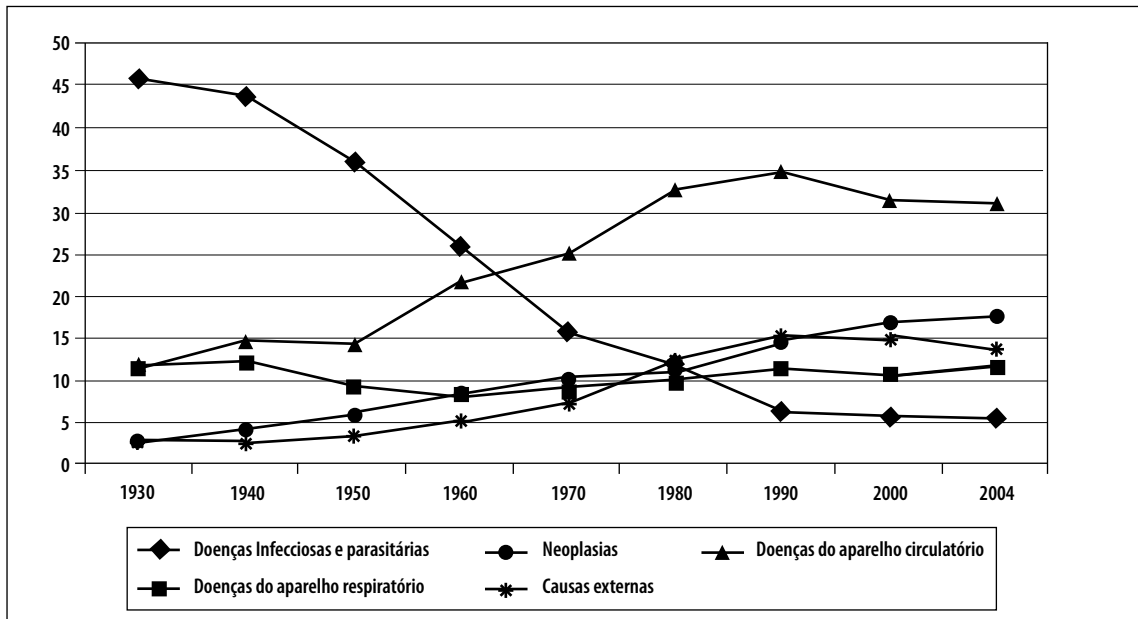
O cenário epidemiológico brasileiro

O cenário epidemiológico brasileiro é complexo. Em 1930, as doenças infecciosas respondiam por cerca de 46% das mortes em capitais brasileiras. A partir de então, verificou-se redução progressiva; em 2003, essas doenças já responderam por apenas 5% dessas mortes, aproximadamente.² As doenças cardiovasculares, contudo, se representavam somente 12% das mortes na década de 30, são, atualmente, suas principais causas em todas as regiões brasileiras, respondendo por quase um terço de nossos óbitos. Em segundo lugar, estão os cânceres e, em terceiro, as mortes ocasionadas por acidentes e violências (Figura 1).

Diversos fatores impulsionaram essa mudança no padrão de mortalidade, inclusive a própria mudança demográfica do País. Houve redução da mortalidade precoce e aumento da expectativa de vida ao nascer. A pirâmide populacional brasileira em 1980, típica de países em desenvolvimento, tem sua base alargada (Figura 2) e representa uma população jovem com queda bastante rápida na fecundidade, de 4,4 para 2,3 filhos por mulher. A pirâmide populacional do ano 2000 possui um achatamento da base e um alargamento dos estratos intermediários, devidos à redução proporcional da mortalidade infantil e ao crescimento da população de idosos.

Cada ano que passa acrescenta 200 mil pessoas maiores de 60 anos à população brasileira, responsáveis por uma demanda importante para o sistema de saúde. Em um país como o Brasil, de diferenças de nível macrorregional importantes, a Região Norte ainda preserva as características de uma população jovem, enquanto a Região Sul é marcada por um processo típico de transição demográfica (Figura 2).

A esperança de vida ao nascer tem aumentado, de forma progressiva. Em 1980, encontrava-se no patamar de 62,6 anos e, para o ano de 2003, estima-se que será de 71,3 anos – com diferenciais entre classes sociais, macrorregiões e Estados.³



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações de Mortalidade, 1930 a 1970; Radis 1930 a 1970

Figura 1 - Mortalidade proporcional segundo causas, para capitais de Estados. Brasil, 1930 a 2004

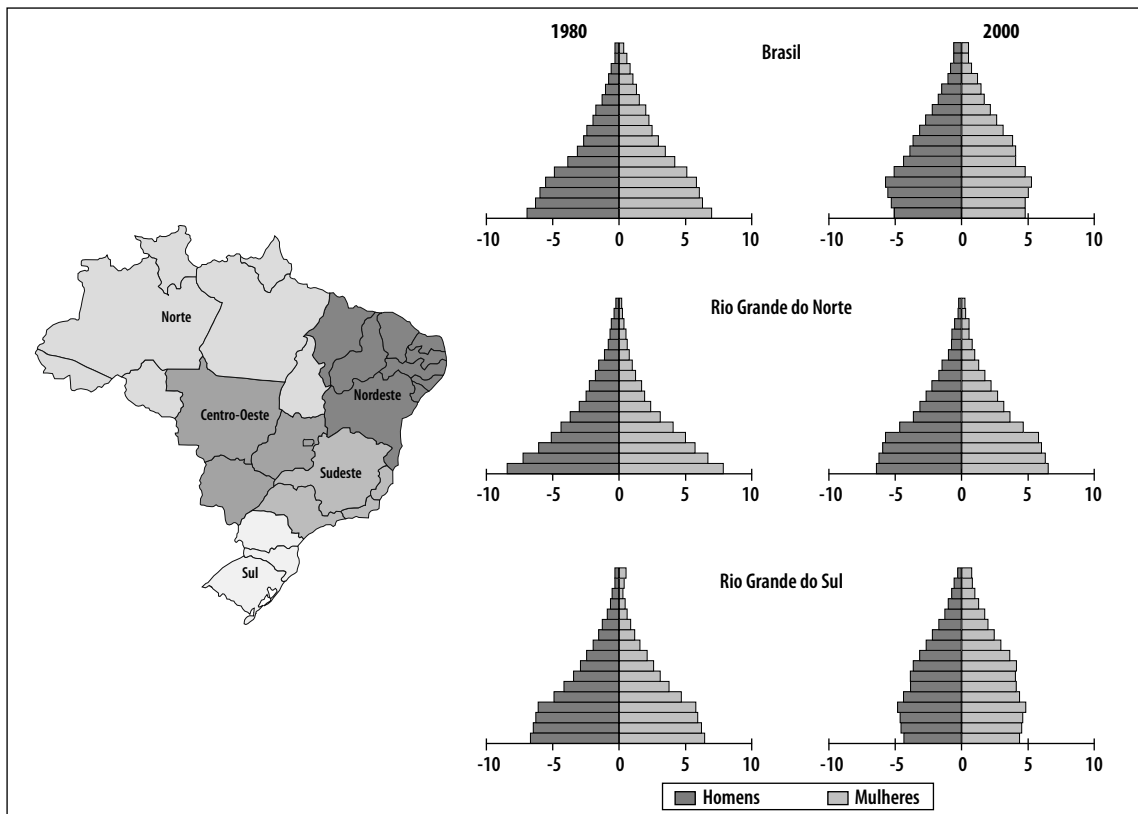


Figura 2 - Transição demográfica. Brasil, 1980 e 2000

O Brasil apresenta, em suas cinco macrorregiões – Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste –, uma heterogeneidade demográfica e socioeconômica bastante grande, que se reflete em distintos padrões de mortalidade e de morbidade por DCNT. Seu enfrentamento, tanto na prevenção quanto na atenção às pessoas já acometidas, exige respostas diferenciadas por parte dos gestores estaduais e municipais, adequadas à realidade encontrada em cada caso.

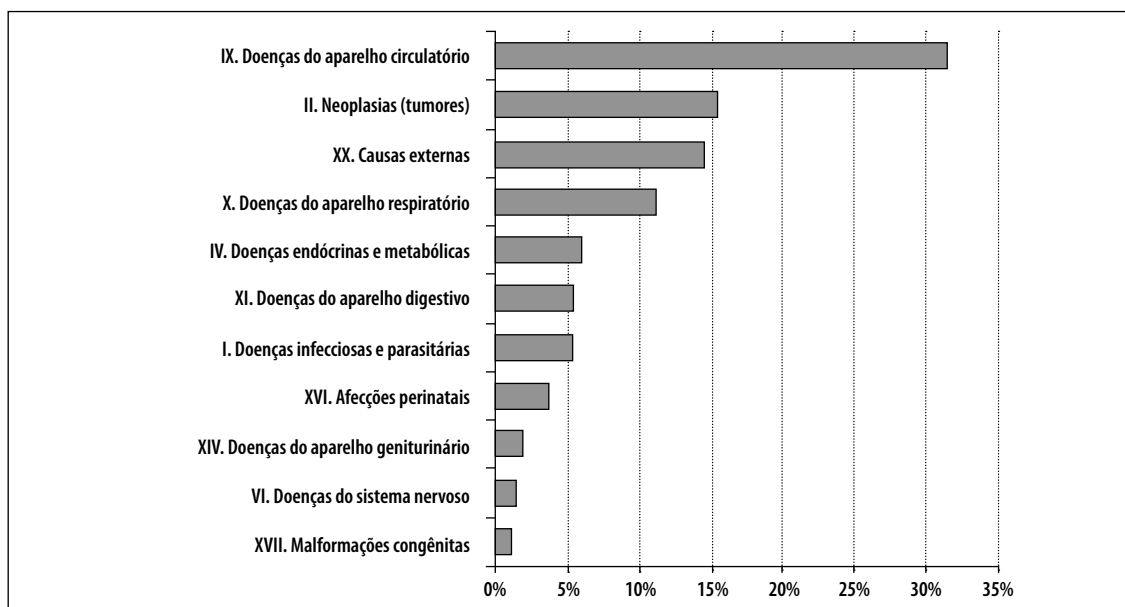
A magnitude de parte das DCNT pode ser avaliada pelas doenças cardiovasculares, responsáveis por 31% do total de óbitos por causas conhecidas (Figura 3). As neoplasias representam a segunda causa de óbitos, cerca de 15% desses registros em 2003. As estimativas para o ano de 2005 indicam que ocorrerão 467.440 casos novos de câncer ao ano.⁴ Segundo projeções do Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde (Inca/MS), os tipos de câncer com maior incidência, à exceção de pele não melanoma, serão os de próstata e de pulmão, no sexo masculino, e de mama e de colo do útero, no sexo feminino, o que coincide com a tendência observada no mundo.⁴

As figuras 4, 5 e 6 apresentam a evolução das taxas de mortalidade padronizadas (a partir da população do País em 2000) por acidente vascular cerebral

(AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM) e diabetes, respectivamente, no período de 1996 a 2003. No caso de AVC, observa-se declínio lento e gradual das taxas do Brasil e Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Na Região Nordeste, observa-se tendência discreta de aumento dessas taxas. Sobre IAM, a taxa geral para o País manteve-se estável, com diminuição nas Regiões Sul e Sudeste e aumento nas Regiões Centro-Oeste e Nordeste. E para diabetes, as taxas de mortalidade encontram-se em movimento ascendente, em todas as macrorregiões e, por conseguinte, no Brasil.

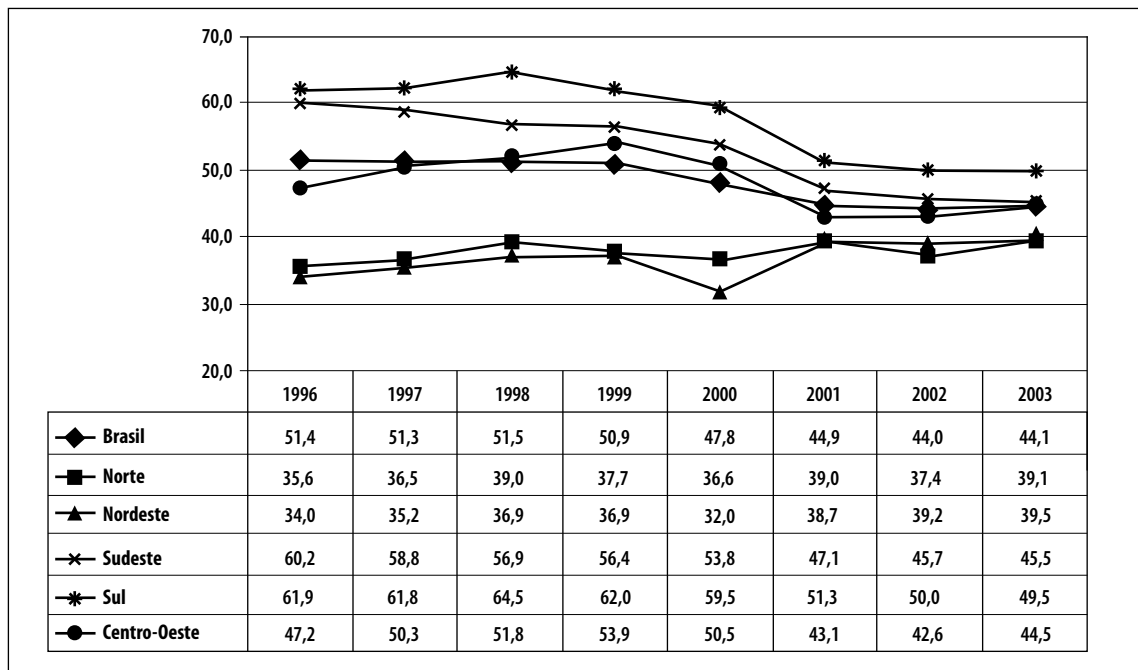
A carga de DCNT no Brasil

No ano de 2002, o Ministério da Saúde financiou a elaboração do primeiro estudo de carga de doença, com o propósito de desenhar um retrato mais preciso do peso decorrente das doenças mais prevalentes no País. A Tabela 1 mostra os resultados gerais desse estudo: as doenças não transmissíveis são responsáveis pelas maiores proporções de anos de vida perdidos por morte prematura (59,0%) [*years of life lost* (YLL)], por anos de vida vividos com incapacidade (74,7%) [*years lived with disability* (YLD)] e por anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (66,3%) [*disability adjusted life of years* (DALY)].⁵



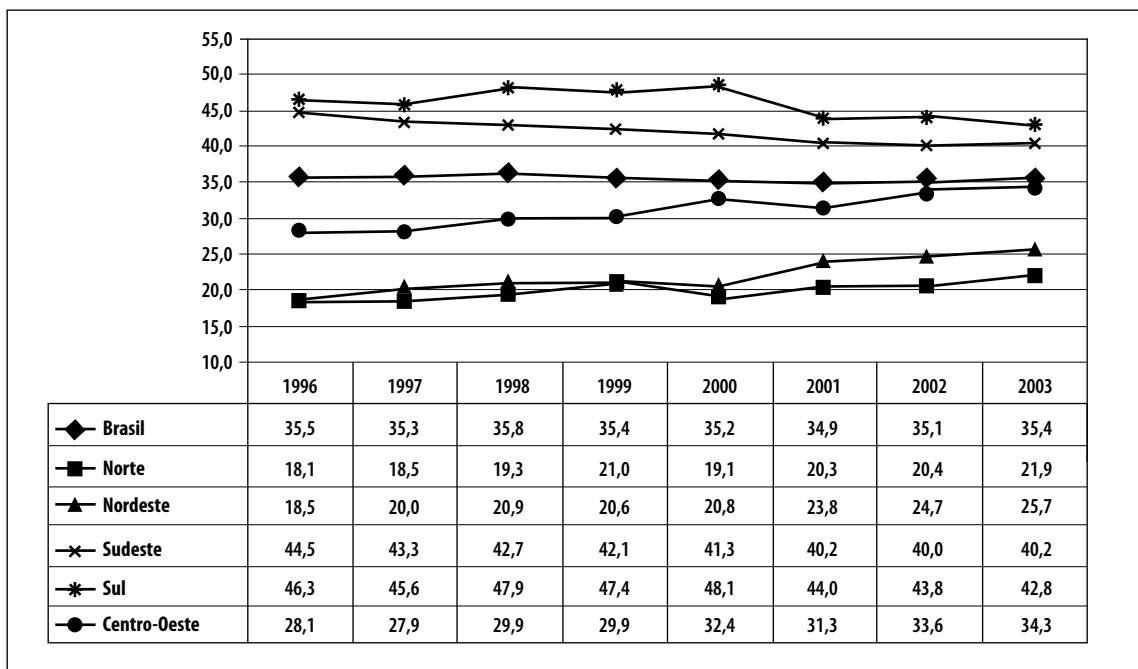
Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2004

Figura 3 - Mortalidade proporcional segundo causas selecionadas. Brasil, 2003



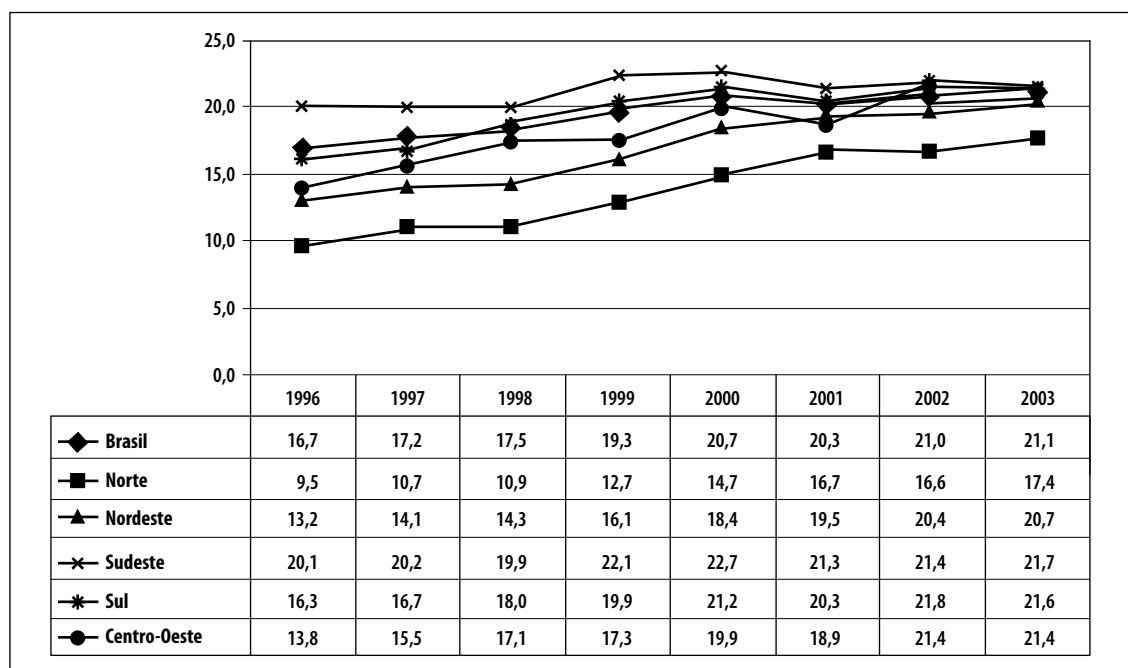
Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2004

Figura 4 - Taxa de mortalidade padronizada por acidente vascular cerebral (AVC) (por 100.000 habitantes) segundo macrorregiões. Brasil, 1996 a 2003



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, CGIAE/Dasis; e Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2004

Figura 5 - Taxa de mortalidade padronizada por infarto agudo do miocárdio (por 100.000 habitantes) segundo macrorregiões. Brasil, 1996 a 2003



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, CGIAE/Dasis; e Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2004

Figura 6 - Taxa de mortalidade padronizada por diabetes (por 100.000 habitantes) segundo macrorregiões. Brasil, 1996 a 2003

Tabela 1 - Distribuição proporcional de YLL^a, YLD^b e DALY^c em ambos os sexos segundo causas. Brasil, 1998

Causas	YLL (%)	YLD (%)	DALY (%)
Doenças infecciosas e parasitárias, maternas, perinatais e nutricionais	26,0	19,8	23,5
Doenças não transmissíveis	59,0	74,7	66,3
Causas externas não intencionais e intencionais	15,0	55,0	10,2

Fonte: Schramm e colaboradores⁵

a) YLL – years of life lost – anos de vida perdidos;

b) YLD – years lived with disability – anos de vida vividos com incapacidade; e

c) DALY – disability adjusted life of years – anos de vida perdidos ajustados por incapacidade

Os gastos com DCNT

Por serem doenças, geralmente, de longa duração, as DCNT são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde. Os gastos decorrentes dessa demanda são denominados Custos Diretos, contabilizados mediante a realização de estimativas das internações e atendimentos ambulatoriais. A Tabela 2

apresenta estimativas desses gastos pelo Ministério da Saúde – cerca de R\$3,8 bilhões em gastos ambulatoriais e R\$3,7 bilhões em gastos com internação – que totalizam aproximados R\$7,5 bilhões/ano em gastos com DCNT.⁶ Ressalte-se que, ademais desses custos, os gestores estaduais e municipais deverão aportar recursos de sua responsabilidade e contraparte na prevenção e controle dessas doenças, aqui não conta-

Tabela 2 - Estimativas de gastos do Ministério da Saúde com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Brasil, 2002

Gastos SUS	R\$	%	R\$/hab
Estimativas de gastos ambulatoriais	3.824.175.399,40	35,0	22,2
Gastos com internações	3.738.515.448,92	34,2	21,7
TOTAL de gastos com DCNT	7.562.690.848,32	69,1	44,0
Total de gastos ambulatoriais e hospitalares	10.938.741.553,89	100,0	63,6

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

bilizados. Dos chamados Custos Indiretos, decorrentes do absenteísmo, das aposentadorias precoces e da perda de produtividade, o Brasil ainda não dispõe de estudos que possam quantificá-los.

Prevalência dos fatores de risco

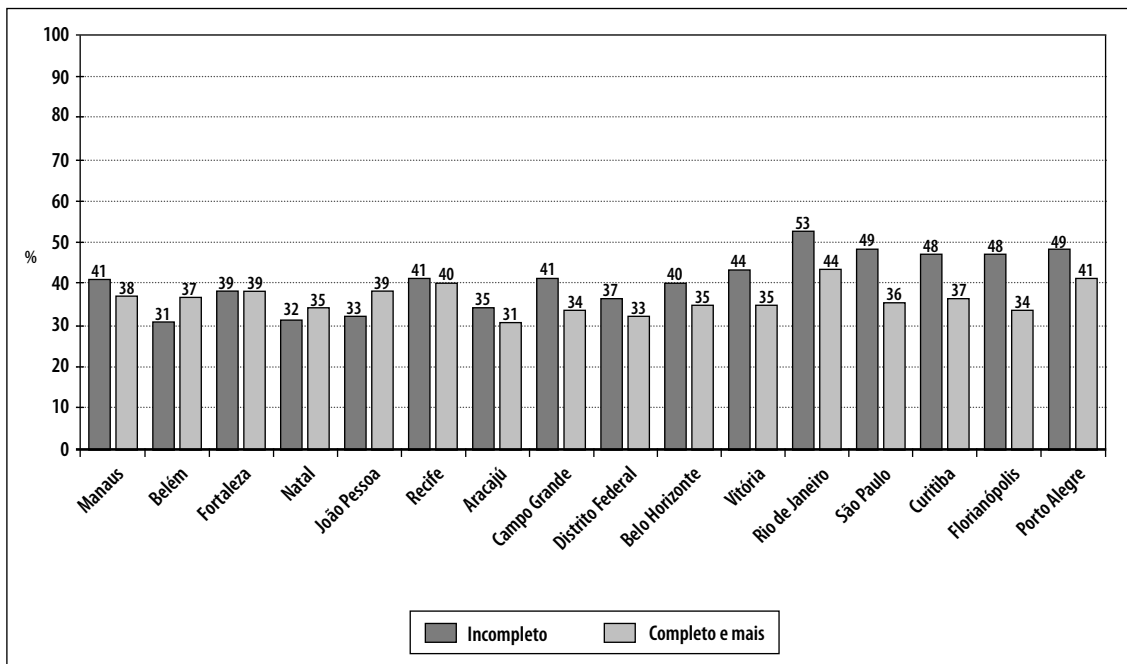
O monitoramento da prevalência dos fatores de risco para DCNT, principalmente os de natureza comportamental [dieta, sedentarismo, dependência química (de tabaco, álcool e outras drogas)], cujas evidências científicas de associação com doenças crônicas estejam comprovadas, é uma das ações mais importantes da vigilância; sobre essas evidências observadas, podem-se implementar ações preventivas de maior poder custo-efetivo. No ano 2000, o Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde (Cenepi/Funasa), sucedido pela atual Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), iniciou, em parceria com o Inca/MS, o planejamento do primeiro inquérito nacional para fatores de risco de DCNT. Concluído em 2004, esse inquérito teve seus resultados publicados e, como consequência, o estabelecimento de uma linha de base para monitoramento dos fatores de risco em nível nacional.⁷ A necessidade de adequação orçamentária limitou a abrangência do inquérito a 16 das 27 capitais de Estados, escolhidas em todas as macrorregiões do País: Região Norte – Manaus e Belém; Região Nordeste – Fortaleza, Natal, João Pessoa, Recife e Aracaju; Região Sudeste – Vitória, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e São Paulo; Região Sul – Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre; e Região

Centro-Oeste – Campo Grande e Brasília. Foram entrevistadas 23.457 pessoas de 15 e mais anos de idade. O processo de mobilização e participação em sua execução motivou equipes a se engajarem na estruturação da vigilância das doenças e agravos não transmissíveis em seus Estados.

A seguir, são apresentadas prevalências percentuais encontradas para alguns dos fatores de risco pesquisados. Os resultados estão disponíveis por cidade, segundo o nível de escolaridade, divididos em duas categorias: ensino fundamental (até oito anos de estudo) incompleto; e ensino fundamental completo ou mais anos de escolaridade. Optou-se pela variável escolaridade porque, além de espelhar o nível educacional, associa-se à renda,⁷ de forma indireta; trata-se, portanto, de uma medida indireta da prevalência de DCNT nos estratos sociais de menor renda.

Excesso de peso

A Figura 7 mostra a prevalência de excesso de peso [índice de massa corporal (IMC) > 25 kg/m²], a partir das medidas de peso e altura relatadas pelos entrevistados. Nas capitais das Regiões Sudeste (Belo Horizonte, Vitória, Rio de Janeiro e São Paulo), Sul (Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre), Centro-Oeste (Campo Grande e Distrito Federal), Nordeste (Recife e Aracaju) e Norte (Manaus), observou-se maior prevalência no grupo de menor escolaridade. Em Belém (Norte), Natal e João Pessoa (Nordeste), contrariamente, a maior prevalência de excesso de peso foi encontrada na população de maior escolaridade. Apenas em Fortaleza, Região Nordeste, as prevalências foram iguais entre os dois grupos.



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Instituto Nacional do Câncer

Figura 7 - Prevalência de excesso de peso na população de estudo de 15 anos ou mais, por escolaridade. Brasil, 2002-2003

Consumo de tabaco

O tabagismo é mais frequente entre homens de todas as capitais. A menor proporção desse consumo por homens foi encontrada em Aracaju (16,9%), Região Nordeste; e a maior, em Porto Alegre (28,1%), Região Sul. Para as mulheres, a menor e a maior prevalência de fumantes foram identificadas, também, nessas mesmas capitais: Aracaju (10,0%) e Porto Alegre (22,9%) (dados não apresentados).

A Figura 8 distribui as prevalências de tabagismo por nível de escolaridade. Em relação à escolaridade, a proporção de fumantes sempre foi maior entre os grupos com menor escolaridade (ensino fundamental incompleto), em todas as capitais. A razão de prevalências entre indivíduos com menor e maior escolaridade é da ordem de 2: ou seja, há cerca de dois fumantes com baixa escolaridade para um fumante com maior escolaridade.

Prevalência auto-referida de hipertensão arterial e de diabetes

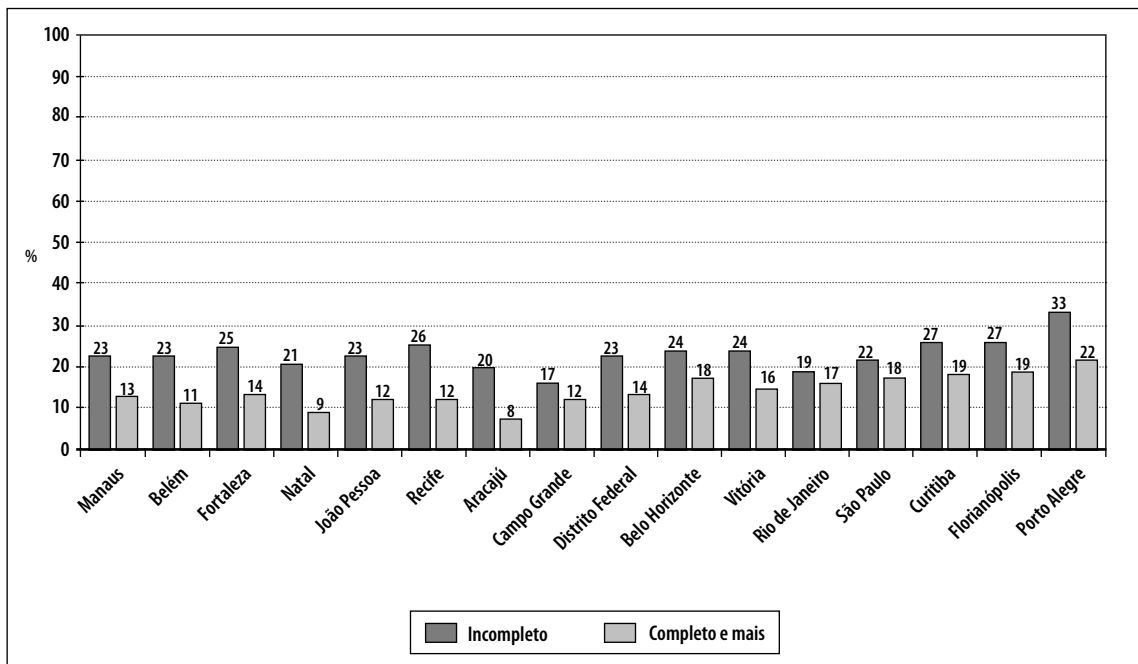
As Figuras 9 e 10 apresentam, respectivamente, os resultados encontrados para a prevalência de hiper-

tensão arterial e de diabetes, a partir de informação auto-relatada pelos entrevistados. Em todas as cidades, a proporção de indivíduos que declararam serem portadores de hipertensão é maior entre aqueles de menor escolaridade, variando de 25% em Belém a 45,8% em Porto Alegre.

No caso de diabetes, a situação repete-se; é maior, significativamente, o percentual de indivíduos que relataram serem portadores de diabetes entre aqueles de menor escolaridade, variando de 7 a 17%, enquanto aqueles de maior escolaridade auto-referiram essa prevalência entre 3 e 6% (Figura 10).

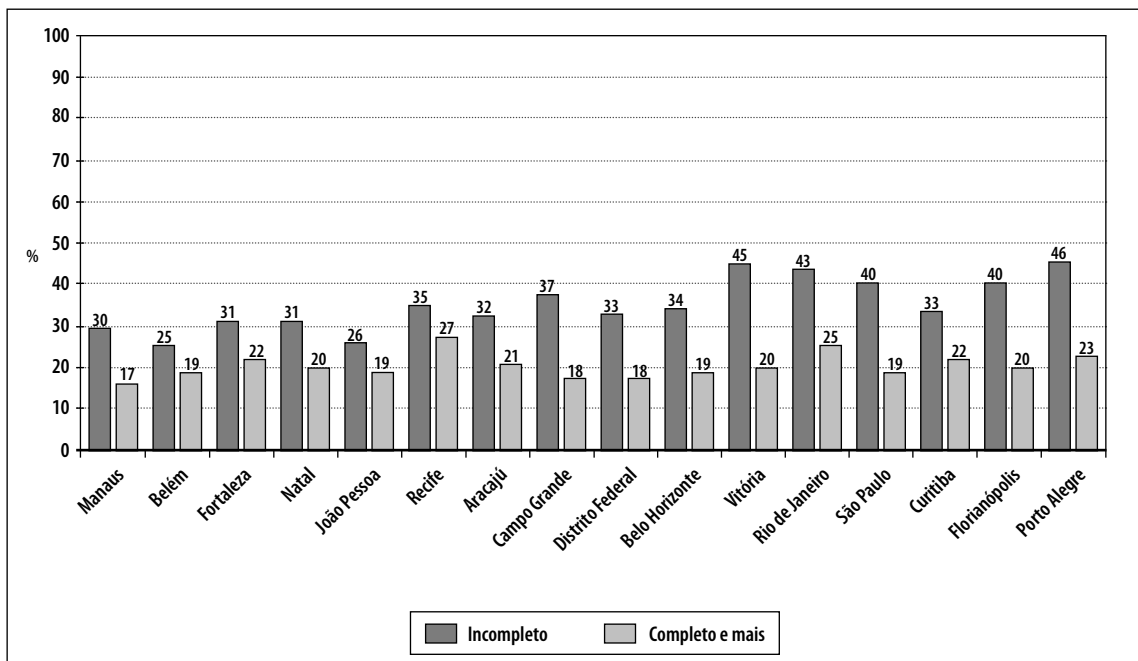
Sedentarismo

O instrumento utilizado para determinar a prevalência de inatividade física leva em consideração as atividades físicas realizadas no momento de lazer, na ocupação, no meio de locomoção e no trabalho doméstico. O presente estudo considerou a prevalência de inatividade física segundo grau de escolaridade, apresentada na Figura 11. Os percentuais referem-se a indivíduos **irregularmente ativos** [A – os que atingem ao menos um dos critérios da recomenda-



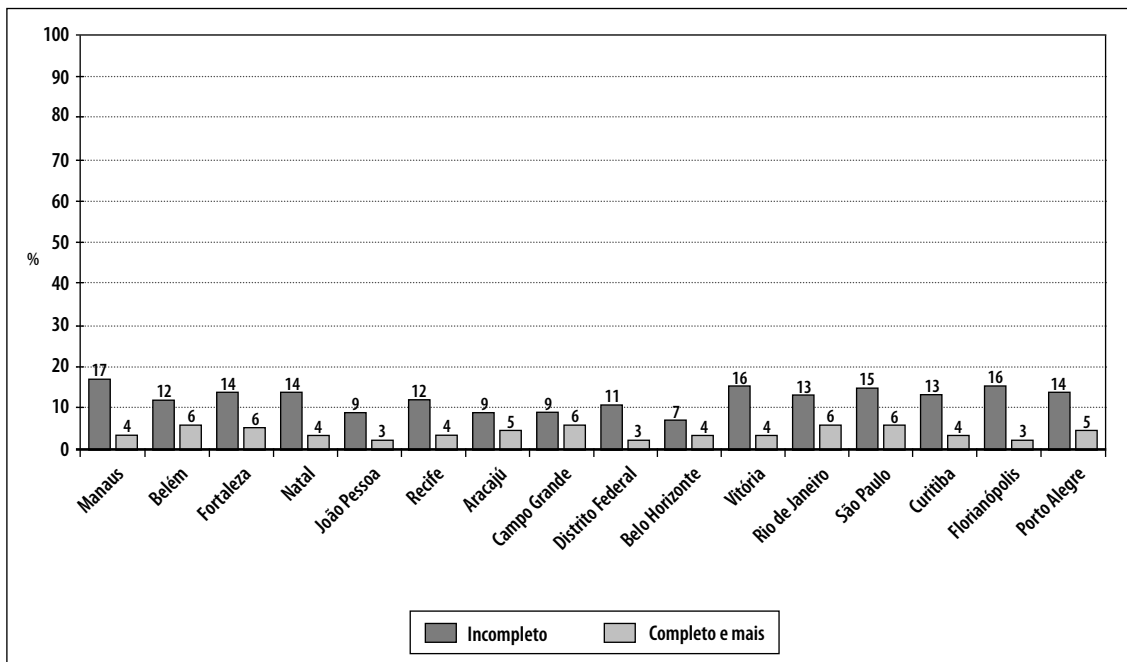
Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Instituto Nacional do Câncer

Figura 8 - Percentual de fumantes regulares de cigarros na população de estudo de 15 anos ou mais, por escolaridade, em anos recentes. Brasil, 2002-2003



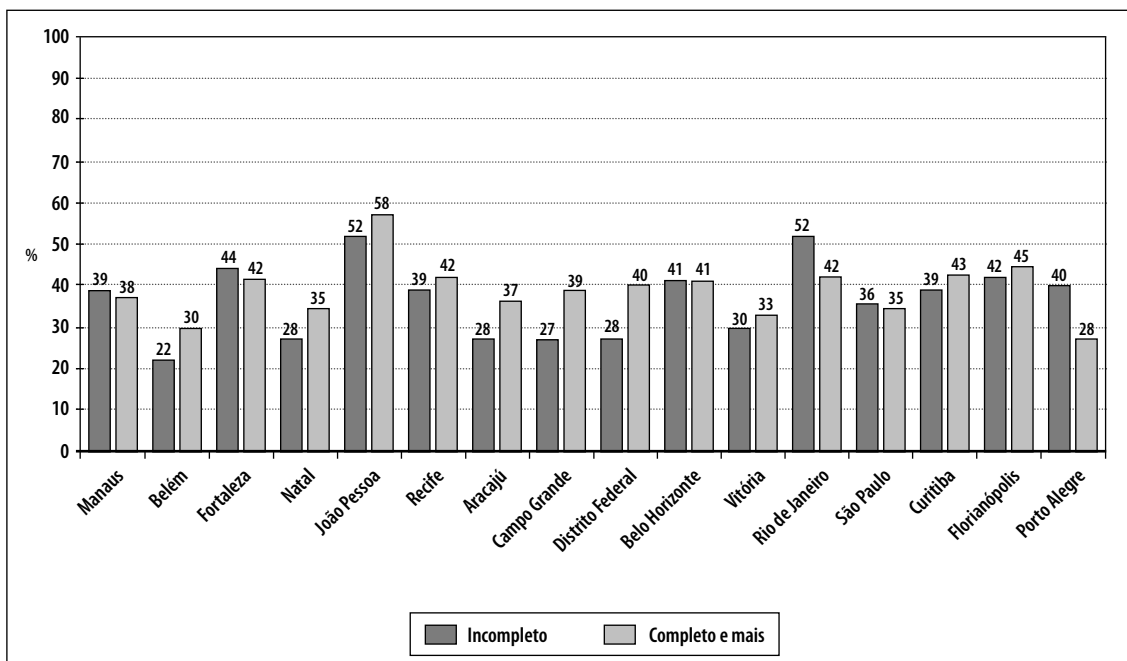
Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Instituto Nacional do Câncer

Figura 9 - Percentual de indivíduos que referiram ter diagnóstico clínico de hipertensão na população de estudo de 25 anos ou mais, por escolaridade, em 15 capitais e no Distrito Federal. Brasil, 2002-2003



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Instituto Nacional do Câncer

Figura 10 - Percentual de indivíduos que referiram ter diagnóstico clínico de diabetes na população de estudo de 25 ou mais, por escolaridade. Brasil, 2002-2003



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Instituto Nacional do Câncer

Figura 11 - Percentual de indivíduos insuficientemente ativos, na população de estudo de 15 a 69 anos, por escolaridade. Brasil, 2002-2003

ção, quais sejam, frequência de atividade física de cinco dias na semana ou duração de atividade física de 150 minutos por semana; e B – aqueles que não atingiram um desses critérios da recomendação, seja de frequência ou de duração] e a indivíduos **sedentários** (aqueles que não realizam atividade física ao menos dez minutos contínuos por semana). Segundo a metodologia adotada por esta pesquisa, ambos, irregularmente ativos e sedentários, constituem o grupo dos **insuficientemente ativos**. Não se observa um padrão uniforme para a prática de atividade física nas capitais estudadas, em relação à escolaridade. A capital com maior prevalência de inatividade física foi João Pessoa 58% (indivíduos de maior escolaridade), seguida do Rio de Janeiro 52% (indivíduos de menor escolaridade).

Dieta

Em relação à dieta, o inquérito pesquisou os tipos de alimentos consumidos. Utilizou-se de perguntas validadas em outros inquéritos já realizados no Brasil, por instituições acadêmicas; ou por outros países, adaptadas à realidade brasileira. As perguntas tratavam de consumo de frutas, legumes e verduras (FL&V) e gorduras animais. Em todas as Regiões, observou-se um consumo de frutas, legumes e verduras sempre inferior entre pessoas de menor escolaridade, ainda que se apresentasse baixo, de maneira geral, para todos os níveis de escolaridade. O consumo de FL&V recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de cinco porções ao dia (equivalente a 400 gramas/dia), foi identificado em menos de 3% da população das capitais pesquisadas; cerca de 50% dessa população ingere apenas uma a três porções ao dia. As capitais com menor consumo de FL&V foram as da Região Norte (Manaus e Belém). Os alimentos de origem animal ricos em gorduras (gordura visível da carne; frango com pele; e leite integral) são mais consumidos pela população de menor escolaridade (dados não apresentados).

Ações realizadas pelo Ministério da Saúde para estruturação da vigilância de DCNT

Diante desse quadro epidemiológico, o Ministério da Saúde assumiu, como prioridade, a estruturação de um sistema de vigilância específico para essas doenças

em função de suas peculiaridades e possibilidades existentes de prevenção e controle. A partir de 2000, no antigo Genepi/Funasa, iniciaram-se ações pela estruturação dessa área, consolidadas na criação da Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT)/SVS/MS, em 2003. Sua principal missão consistia na criação e implantação da vigilância de DANT em todas as esferas do sistema de saúde.

Iniciativas semelhantes de vigilância dessas doenças já ocorriam em alguns Estados, como Goiás e São Paulo. No Ministério da Saúde, outrossim, o Inca executava ações de vigilância, controle e prevenção do câncer, centradas, principalmente, em sistemas de registros para estimativas de morbidade da doença; e em programas específicos, entre os quais destaca-se o Programa de Controle do Tabagismo e programas para abordagem de neoplasias passíveis de prevenção por diagnóstico precoce – câncer de colo uterino e de mama.

A realização do III Fórum Global da OMS para Prevenção e Controle de DCNT na cidade do Rio de Janeiro, em novembro de 2003, potencializou o processo de construção dessa vigilância. O evento foi importante não só para sensibilizar quanto à oportunidade, como também para promover a capacitação técnica dos gestores das Secretarias de Estado da Saúde na vigilância de DCNT.

No Plano Nacional da Saúde – Um Pacto pela Saúde no Brasil, da atual gestão do Ministério da Saúde, foi definido que: “*O incremento das iniciativas intersetoriais de prevenção e controle das principais DCNT constitui uma prioridade. Um dos alicerces da atuação nesse contexto consistirá na vigilância integrada dos principais fatores de risco modificáveis e comuns à maioria das doenças crônicas, quais sejam, o tabagismo, a alimentação não saudável e a inatividade física.*”⁸

Em 2004, outros marcos foram estabelecidos: em novembro daquele ano, a integração da área de prevenção de violências da SAS à CGDANT; e em dezembro, igual integração, agora das ações de promoção da saúde, de competência da Secretaria Executiva do Ministério.⁹

No ano de 2004, foram realizados três fóruns regionais de vigilância de DANT, nas Regiões Norte e Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul, respectivamente, aos quais acudiram técnicos de vigilância epidemiológica de todas as Secretarias de Estado e de Secretarias Municipais de Saúde de Capitais. Esses fóruns serviram

ao debate dos principais temas da área, dos avanços obtidos, das dificuldades e desafios para implementação dessa vigilância.

Em setembro de 2005, realizou-se o I Seminário Nacional de DANT e Promoção da Saúde, com a participação de gestores estaduais e municipais, quando foi pactuada a Agenda Nacional de DCNT, pautada em quatro eixos de ação. O três primeiros, focados na diminuição do hábito de fumar, no fomento à alimentação saudável e em práticas de atividade física, foram (a) a consolidação da estrutura do sistema de vigilância, no aperfeiçoamento e na ampliação das atividades de monitoramento das doenças e de seus fatores de risco e proteção, tanto para a população geral quanto para grupos populacionais mais vulneráveis, (b) o fortalecimento da gestão do sistema de vigilância, na sensibilização dos gestores de saúde e na capacitação de pessoas na vigilância de DANT, e (c) o desencadeamento de intervenções e fortalecimento de parcerias intersetoriais para prevenção de DANT e promoção da saúde. O quarto eixo da agenda (d) constituía o desenvolvimento de estudos, pesquisas e análise de DANT, mediante parcerias com universidades (enquanto centros colaboradores) e avaliação de efetividade das intervenções propostas.

Vigilância de DANT

A vigilância das DANT reúne um conjunto de ações que possibilita conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência dessas doenças. Fontes secundárias de informações e um monitoramento contínuo dos fatores de risco, ao identificar seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, devem subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação da prevenção e controle dessas doenças.

A vigilância de DANT estrutura-se em equipe técnica estável, acesso a bancos de dados, monitoramento com indicadores definidos, vigilância dos serviços e do impacto nos custos e agenda de trabalho estratégica.

O monitoramento das DANT pressupõe o fluxo sistemático de dados secundários e primários. As prin-

cipais fontes de dados são os sistemas de informação de morbimortalidade do SUS e inquéritos de saúde periódicos e especiais.

O processo de estruturação de um sistema de vigilância, controle e prevenção de DCNT no Brasil, além de sua indução em Estados e Municípios, implica investimentos na capacitação de recursos humanos, estruturação de bases de dados para o monitoramento das ações e avaliação dessas ações, pesquisas e parcerias com centros colaboradores, dedicados ao ensino e à pesquisa. Assim, cursos de curta ou longa duração, especializados na formação e capacitação de recursos humanos em DANT destinados a atender a demanda da clientela de técnicos de Estados e Municípios, já foram aprovados e se encontram em fase de contratação das instituições de ensino e pesquisa responsáveis por sua organização e realização.

A CGDANT/SVS/MS procurou estabelecer, em nível nacional, uma estratégia sustentável, centrada nas seguintes ações: a) monitoramento das doenças; b) vigilância integrada dos fatores de risco e proteção; c) indução de ações de prevenção e controle e de promoção da saúde; e d) monitoramento e avaliação das intervenções. A Figura 12 sintetiza a estratégia para a vigilância de DANT no Brasil.

A estruturação da vigilância de DANT implica: a) equipe técnica mínima composta de pessoas capacitadas em vigilância de DANT, estável, porque vigilância de DANT pressupõe acompanhamentos por tempo prolongado; b) acesso garantido aos bancos de dados de mortalidade e morbidade e a outros disponíveis, que subsidiem a vigilância; c) monitoramento das principais DANT, com indicadores definidos; d) vigilância de fatores de risco estruturada; e) vigilância da utilização dos serviços de saúde, que aponte os impactos nos custos diretos – ao sistema de saúde – e indiretos – sociais e econômicos – da epidemia de DANT para a sociedade; e e) agenda de trabalho estratégica para as atividades de sensibilização e defesa (*advocacy*) intra e extra-setorial, que atenda a necessidade de priorização das ações de prevenção de DANT e de promoção da saúde, demonstrando que esse investimento é essencial.

Monitorar, de forma contínua, a morbimortalidade das DANT é uma atividade fundamental do sistema de vigilância. Ela deve ser executada em todos os níveis gestores do sistema, do municipal ao nacional. A partir dos indicadores pactuados nos fóruns regionais de

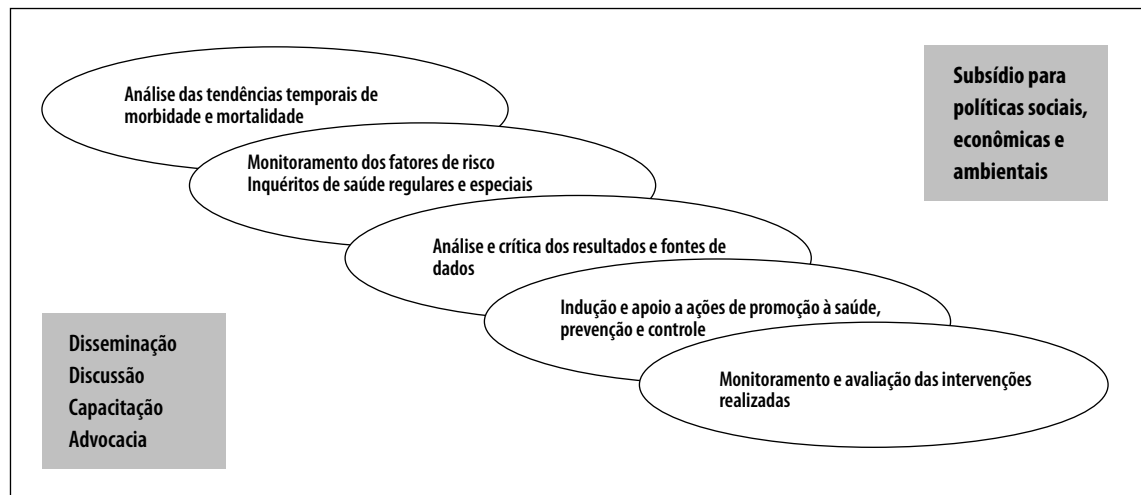


Figura 12 - Estratégia para vigilância de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil

2004, Estados e capitais produziram um primeiro relatório com a descrição das respectivas taxas de mortalidade e de morbidade para DANT, um avanço no sentido do diagnóstico local.

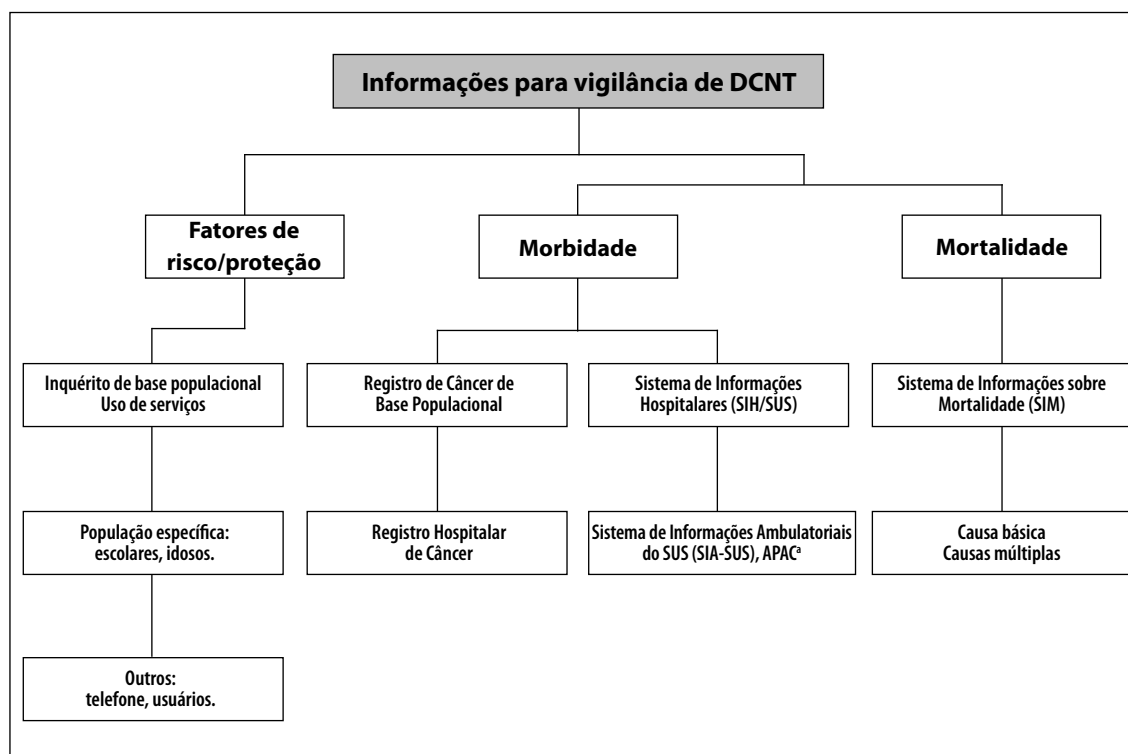
Como fontes de dados para vigilância da mortalidade, o País dispõe do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) consolidado e descentralizado, que permite a todos os Municípios o acesso aos bancos de dados e ao cálculo das taxas de mortalidade.

Para estudos da morbidade, o SUS dispõe de sistemas administrativos que gerenciam diversas modalidades assistenciais, em que é possível obter informações sobre as doenças que motivaram procura pelo serviço. O mais importante deles, o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), é responsável pelo gerenciamento das internações realizadas no conjunto da rede hospitalar conveniada ao SUS, ou seja, 70% do movimento hospitalar do País, aproximadamente.¹⁰ Mesmo que não abranjam a totalidade das internações, os dados do SIH/SUS permitem, de forma indireta, conhecer o comportamento temporal da ocorrência das DANT em nível nacional. O sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) registra a realização de procedimentos ambulatoriais de diagnóstico e terapias de alta complexidade. O País dispõe, ainda, dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), implantados em 19 cidades; e dos Registros Hospitalares de Câncer, coordenados pelo Instituto Nacional do Câncer/MS, que não só dispõem de informações sobre a ocorrência de casos

de câncer como subsidiam a produção de estimativas futuras de incidência das diferentes formas de manifestações da doença.

Além do Inquérito Nacional de Fatores de Risco, realizado em 16 capitais no ano de 2003, graças à parceria da SVS/MS com o Inca/MS, encontra-se em fase de implantação o sistema de vigilância e monitoramento dos fatores de risco e protetores entre escolares, abordado neste artigo. Em 2006, iniciar-se-á coleta de dados de fatores de risco utilizando-se linhas telefônicas, que possibilitará o monitoramento contínuo e rápido dos fatores de risco para DCNT em todas as capitais brasileiras. Além desses inquéritos, pesquisas de natureza populacional, como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (PNAD/IBGE), possibilitam a obtenção de outras informações importantes para a vigilância, como as de doenças auto-referidas, acesso a serviços, satisfação quanto ao uso dos serviços, planos de saúde, entre outros. A Figura 13 resume as principais fontes de informações para vigilância de DCNT disponíveis no País.

Também foram pactuados diversos indicadores e metodologias de monitoramento para Estados e Municípios de capitais. Os indicadores de mortalidade referem-se a: mortalidade proporcional por DCNT; taxa de mortalidade por DCNT; e taxa de mortalidade por causas específicas [AVC, IAM, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)]. Os indicadores de morbidade, por sua vez, referem-se a: proporção de in-



a) APAC: Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

Figura 13 - Diagrama dos sistemas de informações para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil

ternações por DCNT; taxa de internações SUS/habitante (10.000) por DCNT; proporção de internações por causas específicas (AVC, IAM, diabetes, DPOC); taxas de internações por eventos específicos; indicadores de prevalência de fatores de risco nas capitais (tabagismo, sedentarismo, consumo de FL&V); e outros. Também foram pactuados indicadores de acidentes e violências, não detalhados neste trabalho.

Essas fontes de informações possibilitam o monitoramento continuado da ocorrência da DCNT, de tal forma que os responsáveis pela vigilância podem prover os tomadores de decisão de subsídios para elaboração de programas de prevenção.

Vigilância dos fatores de risco e proteção

Essa é a atividade principal a ser implementada e sustentada pelo sistema de vigilância. Por meio de inquéritos de saúde de diversos formatos, o Brasil vem constituindo bases de dados que permitirão o monitoramento contínuo dos fatores de risco e proteção para DCNT. A proposta que o País implementa combina

grandes inquéritos de fatores de risco de abrangência nacional com inquéritos locais que possam apreender a diversidade de realidades dos Municípios.

Também são realizados inquéritos com metodologias mais simples e rápidas, aplicados em grupos particularmente vulneráveis, como escolares e idosos, para orientar ou reorientar políticas específicas de redução de fatores de risco nesses grupos. O inquérito para fatores de risco realizado entre 2002 e 2003 constituiu a linha de base estabelecida para o monitoramento dos fatores de risco. Prevê-se que ele seja realizado a cada cinco anos.

Atualmente, encontra-se em fase de implementação o sistema de vigilância e monitoramento dos fatores de risco e protetores entre escolares. Para o primeiro semestre de 2006, está programada a realização da I Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PENSE), que investigará escolares de 13 a 15 anos, matriculados na 7ª série do ensino fundamental, sobre os fatores de risco e de proteção à saúde na população adolescente. A amostra abrangerá escolas públicas e privadas das

27 capitais e uma população-alvo estimada de 72.000 alunos. Um questionário auto-aplicado contemplará os seguintes módulos temáticos: características sociodemográficas; alimentação; atividade física; tabagismo; consumo de álcool e outras drogas; imagem corporal; saúde bucal; comportamento sexual; violências e rede de proteção; e medidas antropométricas. Paralelamente, serão avaliadas as cantinas escolares das unidades amostradas. Essa pesquisa será o primeiro produto de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação para o estabelecimento de programas para prevenção de DCNT e promoção da saúde no ambiente escolar. Por se tratar de um grupo populacional reconhecido pela sua vulnerabilidade, em que as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde representam um investimento vital, propõe-se que essa pesquisa se repita a cada dois anos, para avaliar o impacto dessas ações amiúde.

Ainda no campo da investigação de fatores de risco no Brasil, está em andamento uma experiência de pesquisa das prevalências de fatores de risco por entrevistas telefônicas. Essa iniciativa foi elaborada e conduzida por uma instituição de pesquisa acadêmica [Núcleo de Pesquisas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (Nupens/USP)].¹¹ Sua metodologia de pesquisa está sendo avaliada com vistas à sua implementação no âmbito do SUS. Também são objeto de apoio do Governo Federal as iniciativas e inquéritos locais para monitoramento de fatores de risco e protetores, como os inquéritos em capitais, a exemplo de São Luís e Palmas em 2005.

Além desses inquéritos específicos, o País tem ampliado sobremaneira as pesquisas epidemiológicas nos ambientes acadêmicos. O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, tem financiado os chamados Centros Colaboradores – instituições de ensino e pesquisa – no desenvolvimento de estudos e tecnologias de suporte à vigilância e prevenção de DCNT.

Indução de ações de promoção da saúde, prevenção e controle de DANT

A indução de ações de prevenção de DANT e de promoção da saúde constitui uma das principais atividades da área de vigilância. A partir do monitoramento contínuo da prevalência dos fatores de

risco, da ocorrência dessas doenças na população e do impacto econômico e social que elas provocam, é possível construir uma forte argumentação sobre a necessidade de se prevenir DANT. Dispor informações, argumentar e persuadir os legisladores e tomadores de decisão sobre a relevância da prevenção de DANT representa um investimento, indiscutivelmente, custo-efetivo. Ademais, é preciso convencer outros setores, especialmente aqueles “produtores” de fatores de risco com os quais as DANT estão relacionadas, sobre a possibilidade de desenvolvimento e aplicação de tecnologias produtivas mais saudáveis, principalmente na produção de alimentos. O desenvolvimento de parcerias intersetoriais é outra tarefa de fundamental importância para o manejo dos fatores de risco. No Brasil, para potencializar as ações do sistema de vigilância de DANT, o Ministério da Saúde, recentemente, integrou a esse sistema a coordenação nacional das ações de promoção da saúde. Desde a adesão do Brasil às diretrizes da Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física, proposta pela OMS, a política ministerial tem articulado objetos de ação comuns à vigilância de DANT e à promoção da saúde.

Monitoramento e avaliação das intervenções

O acompanhamento, o desenvolvimento e a avaliação das intervenções propostas constituem componente principal das atividades da vigilância de DCNT. Eles permitem a retroalimentação dos programas e projetos e a readequação de suas atividades de prevenção e promoção da saúde.

A partir de proposição da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Ministério de Saúde do Canadá coordena o Observatório de Políticas de Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis (DCNT), juntamente com o Brasil e a Costa Rica. Esse 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, ou Conjunto de Ações para Redução Multifatorial das Enfermidades Não Transmissíveis, iniciativa da OPAS/OMS.¹² No Brasil, o foco da investigação consistirá de 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 em desenvolvimento e seus primeiros resultados deverão ser divulgados ainda em 2006.

Como integrante da rede CARMEN, o Brasil é responsável pela elaboração de um guia metodológico para avaliação de ações de vigilância, prevenção e controle das DCNT, bem como da iniciativa CARMEN nas Américas, tarefas em andamento.

Projetos demonstrativos de vigilância e condução de DCNT – O Projeto Mega-Country e a iniciativa CARMEN

Desde o início da estruturação do sistema de vigilância de DCNT, o Ministério da Saúde tem estimulado a implementação de modelos demonstrativos de prevenção das DCNT, propostos pelos organismos internacionais de saúde. Em 2002, foi iniciada a implementação de um projeto de vigilância epidemiológica em um Município de pequeno porte, Quirinópolis, localizado no Estado de Goiás. Financiada com recursos da OMS, o projeto Mega-Country, assim denominado, tem como base metodológica a abordagem Stepwise Approach, adaptada às condições locais. Sua implementação cumpriu os três passos preconizados – aplicação de questionário, tomada de medidas físicas e exames laboratoriais para fatores de risco em DCNT – e, para tanto, contou com ampla mobilização e participação comunitária, sob coordenação do gestor local de saúde. Outra característica desse projeto é sua integração com o Programa Saúde da Família, esta importante estratégia de organização da atenção básica à saúde no SUS.

A Carta de Ottawa definiu a promoção da saúde na defesa do bem-estar físico, mental e social de sujeitos e coletividades, pautada em ações intersetoriais articuladas, promotoras de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

A rede CARMEN, apoiada pela OPAS, baseia-se na implementação de áreas de demonstração onde são desenvolvidos projetos de prevenção integrada de

fatores de risco para doenças não transmissíveis, com ênfase na participação comunitária e nas parcerias intersetoriais. A partir de um diagnóstico inicial da prevalência dos fatores de riscos, são desenvolvidos projetos de prevenção e controle de DCNT e de promoção da saúde.¹² A iniciativa é conduzida em Municípios brasileiros desde 1998, com destaque para Goiânia, capital do Estado de Goiás, e a região de Marília, no interior do Estado de São Paulo, ambos Municípios dedicados à execução de ações de vigilância e intervenções com o objetivo de reduzir a morbidade e a exposição aos fatores de risco.

Promoção da saúde e vigilância de DANT

O surgimento no cenário mundial dos primeiros ensaios de Lalonde, apresentando as bases conceituais que subsidiariam as discussões da 1ª Conferência Mundial pela Promoção da Saúde, coincidiu com o reconhecimento de que as enfermidades não transmissíveis representavam o principal problema de Saúde Pública para a maioria dos países, com tendência crescente; e de que os modelos de enfrentamento adotados pelos sistemas de saúde, centrados na atenção médica quase que exclusiva, não tinham perspectivas de equacioná-lo de forma custo-efetiva.

A Carta de Ottawa (1986) sintetizou o resultado das discussões da citada conferência. A promoção da saúde, então, foi definida como vinculada ao bem-estar físico, mental e social dos sujeitos e coletividades. As ações de promoção da saúde envolvem atuação intersetorial pactuada e visam ao desencadeamento de ações articuladas, em comunidades e grupos populacionais específicos, com o objetivo de promover comportamentos e estilos de vida saudáveis. A Figura 14 mostra a articulação entre a promoção da saúde e a vigilância de DANT, suas interfaces, articulações e parcerias.¹³ A vigilância em DANT deverá, portanto, agir no âmbito interno do setor Saúde, na articulação da prevenção de DANT e na promoção da saúde; no âmbito externo, estabelecerá parcerias com demais setores da administração pública (Educação, Meio Ambiente, Agricultura, Trabalho, Indústria e Comércio, entre outros), empresas e organizações não governamentais, para induzir mudanças sociais, econômicas e ambientais que favoreçam a redução na ocorrência dessas doenças.

O conjunto das ações propostas tem como princípios norteadores: a redução das desigualdades regionais e locais, que dificultam o acesso a ambientes, práticas

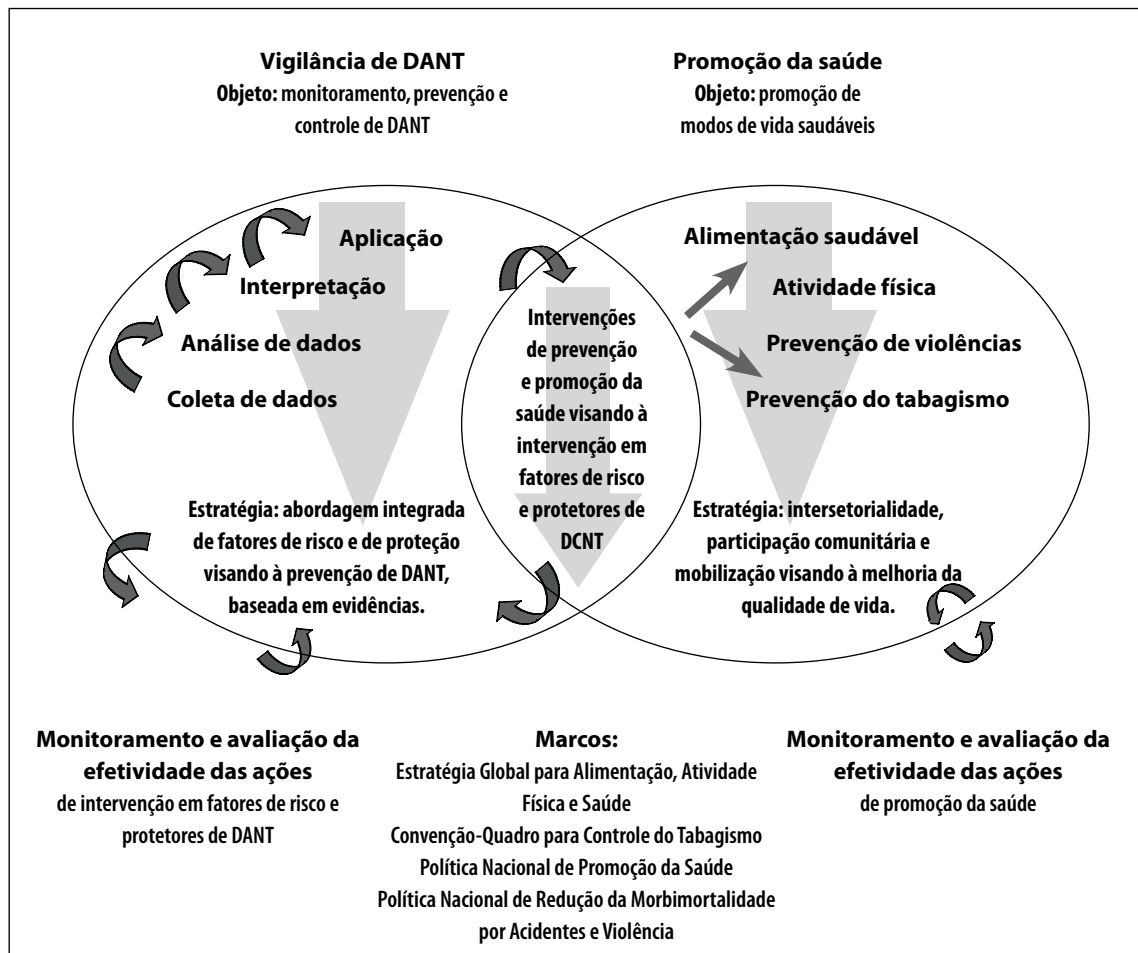


Figura 14 - Articulação entre promoção da saúde e vigilância de doenças e agravos não transmissíveis (DANT)

e oportunidades de viver saudáveis; e a promoção da autonomia de sujeitos e coletividades na conquista do direito à saúde e à qualidade de vida.

A aprovação da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, na 57ª Assembléia Mundial da Saúde, foi extremamente oportuna no sentido de potencializar o trabalho de vigilância de DANT e promoção da saúde no Brasil.¹⁴ Os argumentos de defesa e as recomendações da Estratégia Global para o enfrentamento da epidemia de DCNT ampliaram a capacidade do Ministério da Saúde defender junto ao Governo Brasileiro a necessidade de implementar ações para contê-la.

Diante da complexidade e emergência do problema, o Ministério da Saúde estabeleceu, como uma de suas prioridades para o ano de 2005, a implementação de políticas de ação promotoras de modos de viver sau-

dáveis, enfatizando as diretrizes da Estratégia Global e a prevenção do tabagismo. Como resultado desse movimento, aprovaram-se recursos, junto à Comissão Intergestora Tripartite, para apoio a Estados e Municípios na implementação dessas ações.

Conclusões e desafios

As doenças e os agravos não transmissíveis (DANT) são responsáveis por uma parcela significativa – e crescente – na carga de doenças no Brasil. Cerca de dois terços da carga de doenças no País não são transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, diabetes e outras) ou são provocadas por fatores externos (acidente e violências).¹⁵ A mudança do perfil epidemiológico brasileiro, com maior carga de doenças e agravos não transmissíveis, é consequên-

cia da urbanização, de melhorias nos cuidados com a saúde, de mudanças de estilo de vida e da globalização. A maior parte dessa carga de doenças não é (conforme já se apregooou) o “resultado inevitável” do modelo de sociedade contemporâneo; trata-se de um mal a ser prevenido, geralmente a baixo custo.

As DANT são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de riscos, os quais podem ser modificados. A urgência em deter o crescimento das DANT no País justifica a adoção de estratégias integradas e sustentáveis de prevenção e controle dessas doenças, assentadas sobre seus principais fatores de risco modificáveis, quais sejam: tabagismo; inatividade física; alimentação inadequada; obesidade; dislipidemia; e consumo de álcool.

A aprovação e implementação da Estratégia Global para Alimentação, e Atividade Física e Saúde e a ratificação e implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabagismo, da OMS, reforçam a decisão, já tomada, de prevenção integrada das DANT.

Experiências exitosas de intervenções de Saúde Pública na 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 fundamentais para o desenvolvimento de estratégias efetivas de promoção da saúde da população.

A Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, tem a responsabilidade de coordenar e formular, em nível nacional, as atividades de vigilância epidemiológica das DANT e promoção da saúde, fomentando sua implementação nos níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde, SUS.⁹

Segundo a OMS, ainda que responsáveis pela maioria das mortes, as doenças e agravos não transmissíveis permanecem negligenciados, não contemplados na agenda das prioridades dos governos em todo o mundo. Por exemplo, as Metas de Desenvolvimento do Milênio não as incluíram, diferentemente da consideração reservada pelo documento a outras

doenças transmissíveis, que respondem por menor número de fatalidades, como a malária e a infecção pelo HIV/aids.¹⁶ No Brasil, a realidade é igual. É mister ampliar a divulgação, a advocacia e a sensibilização dos gestores do SUS sobre o problema, de tal forma que a vigilância e controle de DANT adquira caráter de prioridade.

O estabelecimento de parcerias entre os vários órgãos do governo, não só internas à área da Saúde como, principalmente, entre diversos setores governamentais e não governamentais, também é imprescindível. Inúmeras ações de promoção da saúde, que dependem de decisões externas a cada setor, já motivaram diversas ações e parcerias em curso, com órgãos formadores e instituições de pesquisa, cuja missão é institucionalizar a vigilância de DANT, investir na capacitação continuada dos técnicos encarregados e aprofundar a avaliação da efetividade dessas ações no âmbito do SUS. Estudos já demonstraram a eficácia de ações preventivas e de promoção da saúde na redução dos fatores de risco e da mortalidade por DANT.

É possível retroalimentar o sistema, corrigir e adotar novas ações e ajudar a derrubar o mito de que as DANT não são passíveis de prevenção. Grandes desafios se apresentam aos responsáveis pela condução da prevenção de DANT no Brasil. Em resposta a eles, primeiramente, está a decisão política do Sistema Único de Saúde de priorizar a vigilância e a prevenção; em segundo lugar, a disposição e determinação de conhecer o modo de manifestação dessa epidemia na população; para tanto, a ferramenta epidemiológica é de extrema necessidade.

Os primeiros passos já foram dados. Porém, muito investimento há que ser feito para obter o melhor retrato possível da epidemia de doenças e agravos não transmissíveis no Brasil.

Agradecimentos

A Sandhi Maria Barreto, Elisabeth Carmen Duarte e Adriana Miranda Castro.

Referências bibliográficas

1. Araújo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. Informe Epidemiológico do SUS 1992;1:5-16.
2. Barbosa JB, et al. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia & Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 289-311.
3. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábuas completas de mortalidade 2003 [dados na Internet]. Rio de Janeiro: IBGE [acessado em 2005, para informações de 2003]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_
4. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Incidência de câncer no Brasil [monografia na Internet]. Rio de Janeiro: Inca [acessado em 2005, para informações de 2005]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2005/>
5. Schramm JMA, et al. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva 2004;9(4):897-908.
6. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT – no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
7. Instituto Nacional do Câncer. 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: Ministério da Saúde; 2004.
8. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Plano Nacional de Saúde – 2004-2007. Brasília: MS; 2004b.
9. Brasil. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 10 jun. 2003. Seção 1.
10. Organização Pan-Americana da Saúde. RIPSAs. Fontes de Informação: indicadores básicos para a saúde no Brasil – conceitos e aplicações. Brasília: OPAS; 2002.
11. Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo ICR, Bernal R, Silva NN. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por meio de entrevistas telefônicas: métodos e resultados no Município de São Paulo. Revista de Saúde Pública 39. No prelo 2005.
12. Organização Pan-Americana da Saúde. CARMEN – Iniciativa para Conjunto de Ações para Redução Multifatorial de Enfermidades Não Transmissíveis. Brasília: OPAS; 2003.
13. Secretaria de Vigilância em Saúde. Articulação da promoção da saúde e vigilância de DANT. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
14. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
15. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
16. Organização Pan-Americana da Saúde. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2005.