

Ciência & Saúde Coletiva



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. Fonte:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104341&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 03 dez. 2019.

REFERÊNCIA

MALTA, Deborah Carvalho et al. Doenças crônicas não transmissíveis e o suporte das ações intersectoriais no seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4341-4350, nov. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.07712014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104341&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 dez. 2019.

Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento

Chronic Non Communicable Diseases and the support of intersectorial action to tackle them

Deborah Carvalho Malta^{1,2}
 Cristiane Scolari Gosch¹
 Paulo Buss³
 Dais Gonçalves Rocha⁴
 Regiane Rezende⁵
 Paula Carvalho Freitas¹
 Marco Akerman⁶

Abstract *The study seeks to analyze the topic of Chronic Non Communicable Diseases (NCDs) and the role of intersectorial actions in tackling these diseases. It involved a narrative review through searches on Medline, Pubmed and Lilacs databases, and documents from the World Health Organization (WHO), the Pan American Health Organization (PAHO) and the Brazilian government. The link between the theme of intersectoriality and NCD is reviewed in the Global Conferences and Agendas on Health Promotion, and the role of other sectors in relation to effective interventions for NCDs. Some experiences of intersectorial activities for tackling NCDs are presented. The conclusion drawn is that the implementation of intersectorial action in conjunction with sectorial health policies in tackling NCDs has become a political priority, involving coordinated actions, negotiations forums, integrated planning and sustainable funding. It is necessary to seek the active participation of social actors in the advocacy, monitoring and accountability process, coupled with training processes for managers and other professionals, which will give sustainability to the social processes and required changes. Intersectorial partnerships are fundamental.*

Key words *Non-communicable diseases, Intersectoriality, Equity, Health in all policies, Public health policy*

Resumo *O estudo visa a analisar o tema das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e o papel das ações intersetoriais no enfrentamento destas doenças. Trata-se de estudo de revisão narrativa realizado por meio de buscas na base Medline, Pubmed e Lilacs, e documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e do Governo Brasileiro. A articulação entre o tema da intersectorialidade e DCNT é revisada nas Conferências e Agendas Globais de Promoção da Saúde; bem como o papel de outros setores em relação às intervenções efetivas em DCNT. São apresentadas algumas experiências de iniciativas intersetoriais no enfrentamento das DCNT. Conclui-se que a implementação das ações intersetoriais em articulação com políticas setoriais de saúde no enfrentamento das DCNT passa por prioridade política, envolvendo ações coordenadas, fóruns de negociação, planejamento integrado e garantia de financiamento. Deve-se buscar a participação efetiva dos diversos atores sociais no processo de advocacy, monitoramento e prestação de contas, aliados aos processos de capacitação de gestores e trabalhadores, o que conferirá sustentabilidade aos processos sociais e às mudanças pretendidas. Parcerias intersetoriais são fundamentais.*

Palavras-chave *Doenças crônicas não transmissíveis, Intersectorialidade, Equidade, Saúde em todas as políticas, Políticas públicas de saúde*

¹Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. SAF Sul, Trecho 2, Lote 5/6, Torre I, Edifício Premium Sala 14/térreo. 70070-600 Brasília DF Brasil. deborah.malta@saude.gov.br

²Universidade Federal de Minas Gerais.

³Centro de Relações Internacionais em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz.

⁴Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

⁵Organização Panamericana de Saúde.

⁶Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Introdução

Nos últimos anos, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) têm se tornado objeto de preocupação global, não apenas do setor saúde, mas de vários setores da sociedade, em função da sua magnitude e custo social¹. Globalmente, as DCNT têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, alto grau de limitação das pessoas em suas atividades de trabalho e de lazer, além de ocasionar impactos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e a sociedade em geral, resultando no agravamento de iniquidades sociais e pobreza. Ampliando as desigualdades sociais¹, o aumento da carga de DCNT reflete os efeitos negativos da globalização, da urbanização rápida, da vida sedentária e da alimentação com alto teor calórico, além do marketing do tabaco e do álcool¹.

A epidemia de DCNT tem afetado mais as pessoas de baixa renda, por serem mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso aos serviços de saúde. Além disso, essas doenças criam um círculo vicioso, levando as famílias a maior estado de pobreza^{1,2}. Existem fortes evidências relacionando os determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, com a prevalência de DCNT e fatores de risco^{3,4}.

Os gastos familiares com as DCNT reduzem a disponibilidade de recursos para necessidades como alimentação, moradia, educação, entre outras. A Organização Mundial de Saúde estima que, a cada ano, 100 milhões de pessoas são empurradas para a pobreza nos países em que se tem de pagar diretamente pelos serviços de saúde¹.

Estimativas para o Brasil sugerem que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes de apenas três DCNT (diabetes, doenças do coração e acidente vascular encefálico) levarão a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015⁵.

Existem significativas diferenças (regionais, de gênero, entre grupos étnico-raciais e de estrato socioeconômico) na distribuição da carga das doenças, incluindo as DCNT. Estas diferenças resultam em evidente prejuízo para as pessoas em condições de maior vulnerabilidade social, configurando uma situação importante de iniquidade em saúde, que necessita ser superada, e a atuação de forma intersetorial ajuda a reduzir estas situações.

No Brasil, as DCNT lideram como causa de morbimortalidade e tem ocorrido, na última década, uma redução de 20% das taxas de mortalidade de DCNT - doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, alguns tipos de

câncer^{2,6-8}. Visando ampliar o comprometimento do Brasil com o tema, após amplo processo de consulta a diversos setores, foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, que define e prioriza as ações e os investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e deter as DCNT e seus fatores de risco nos próximos dez anos⁶. O plano de DCNT parte da premissa que ações de prevenção e controle de DCNT requerem articulação e suporte de todos os setores do governo, da sociedade civil e do setor privado, com a finalidade de obter sucesso contra a epidemia das DCNT. Existem evidências de que a ação articulada envolvendo diversos setores é essencial para o êxito das ações propostas de enfrentamento das DCNT.

Por intersetorialidade compreende-se o modo de gestão desenvolvido por meio de processo sistemático de articulação, planejamento e cooperação entre os distintos setores da sociedade e entre as diversas políticas públicas para intervir nos determinantes sociais. A intersetorialidade tem como princípios a corresponsabilidade, cogestão e coparticipação, entre os diversos setores e políticas em prol de um projeto comum⁹. Desta forma pressupõe-se atuar de forma integrada, que pode conduzir a melhores resultados no caso do enfrentamento das DCNT.

Diante do exposto e pela ainda reduzida oferta de revisões sobre o tema, o presente estudo visa analisar as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e o papel das ações intersetoriais no enfrentamento das mesmas globalmente e no Brasil.

Metodologia

Realizou-se revisão narrativa de literatura quanto ao tema das DCNT e a ação intersetorial. Foram realizadas buscas usando os descritores: *Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Saúde em Todas as Políticas, Equidade e Intersetorialidade*, e os respectivos termos em inglês: *Non communicable diseases, Health in All Policies, Equity, Intersectoral*. Foram utilizadas as bases de dados do MEDLINE, PubMed, Lilacs. Foram priorizadas publicações em língua inglesa, espanhola e portuguesa, entre os anos de 2000 a 2012, sendo priorizados artigos que estabeleçam análises globais. Os termos foram pesquisados inicialmente de forma isolada e, após de forma associada, inserindo-se os descritores passo a passo. Foram realizadas várias possibilidades. Como exemplo, a busca no PUBMED

do termo *Non communicable diseases*, de forma isolada, mostrou 1969 publicações, enquanto o termo *intersetorialidade*, de forma isolada, somou 655 publicações. Com os termos associados: Doenças Crônicas Não Transmissíveis e intersectorialidade foram 6 publicações selecionadas; *Non communicable diseases* e *Health in All Policies* foram 367 publicações; ao se inserir *Equity*, foram 15 publicações, que também foram selecionadas, e ao inserir *intersetorialidade* e associar os 4 termos, foram apenas 2, também selecionadas. Portanto, estes 23 artigos foram analisados, buscando os temas centrais da pesquisa: DCNT e intersectorialidade. Foram ainda pesquisadas resoluções da OMS, OPAS e do governo brasileiro sobre o tema. Foram pesquisados exemplos na literatura que avançaram nesta articulação e na implementação de políticas públicas de prevenção e controle de DCNT. Foram ainda realizadas pesquisas sobre o tema de DCNT nas Conferências Globais de Promoção da Saúde.

Segundo as publicações revisadas, os temas foram então agregados da seguinte forma: a) a intersectorialidade nas Conferências e Agendas Globais de Promoção a Saúde; b) Evidências de Intervenções Efetivas em DCNT e ações intersectoriais; c) experiências selecionadas de ação intersectorial no enfrentamento de DCNT. Por fim, se discute a implementação de ações intersectoriais em articulação com DCNT, propondo estratégias como coordenação setorial, fóruns de negociação, planejamento integrado, financiamento, participação dos interessados, monitoramento e prestação de contas, e capacitação.

Resultados

Diversas medidas têm sido tomadas visando estabelecer um compromisso global no desenvolvimento de estratégias para a redução das DCNT e seus fatores de risco, com destaque, para a 53ª Assembleia Mundial de Saúde, no ano 2000, com a aprovação de resolução sobre a prevenção e o controle de doenças não transmissíveis¹⁰, que recomendava aos Estados-Membros o desenvolvimento de política nacional que considerasse “políticas públicas saudáveis que criem ambientes condizentes com estilos de vida saudáveis; e políticas fiscais de tributação diferenciadas, dirigidas para bens e serviços saudáveis e insalubres; o estabelecimento de programas para prevenção e controle das DCNT, o monitoramento do nível de exposição aos fatores de risco e seus determinantes na população, e a busca da intersectoriali-

dade [...]”. Tais recomendações foram tidas como medidas prioritárias na agenda de trabalho da saúde pública.

Seguiram-se diversas outras resoluções da OMS com ampla articulação intersectorial com destaque em 2003 a aprovação da Convenção-quadro para o controle do tabaco¹¹; em 2004, a Estratégia global para alimentação, atividade física e saúde¹², o Plano de ação para a estratégia global de prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis 2008-2013¹³ e a Estratégia global para redução do uso abusivo de álcool¹⁴.

Em Abril de 2011, ocorreu a primeira Conferência Ministerial Global sobre estilos de vida saudáveis e controle de doenças não transmissíveis, em Moscou, marco importante na campanha internacional para reduzir os impactos de cânceres, doenças cardiovasculares, diabetes e doenças pulmonares crônicas. A reunião teve como principal objetivo apoiar os Estados-Membros a desenvolver e fortalecer as políticas e programas sobre estilos de vida saudáveis e prevenção de DCNT e, como conclusão, foi aprovada uma declaração política, que foi base para declaração da Assembleia Geral das Nações Unidas no mesmo ano¹⁵. Estes esforços são baseados na estratégia global para a prevenção e controle das DCNT e seu plano de ação, que incluem abordagens intersectoriais e inovadoras na prevenção e cuidado.

A realização da Reunião de Alto Nível da Organização das Nações Unidas, em setembro de 2011, foi outro destaque na agenda de DCNT. Participaram os chefes de Estado que aprofundaram os compromissos setoriais e intersectoriais, na Declaração Política de DCNT do Encontro de Alto Nível, tornando-se esta reunião um marco na agenda dos países-membros no enfrentamento dessas doenças na próxima década¹⁵.

a) A Intersetorialidade, Conferências e Agendas Globais de Promoção a Saúde.

O conceito e a prática da intersectorialidade têm sido abordados ao longo das últimas décadas na literatura de Saúde Pública e nas diversas Conferências Globais da OMS e da ONU e suas respectivas cartas e declarações como, por exemplo, a de Cuidados Primários, as de Promoção a Saúde, a de Determinantes Sociais e a de Desenvolvimento Sustentável, e nas suas respectivas cartas e declarações:

i) O tema da intersectorialidade tem sido destacado há décadas^{16,17}. O conceito foi mais difundido nos anos 1960 e 1970, abrangendo as necessidades básicas para a sobrevivência, como o direito à alimentação, água potável, moradia, vestuário, saúde, educação, dentre outros.

ii) A Declaração de Alma-Ata (1978)¹⁸, e a Estratégia de Saúde para Todos, destaca a prioridade dos cuidados primários em saúde, ademais, propõe o envolvimento de outros setores como agricultura e pecuária, produção de alimentos, indústria, habitação, obras públicas, comunicações e outros, requerendo esforços coordenados de todos os setores e também apoiando o propósito de equidade e da abordagem participativa.

iii) Na Carta de Ottawa (1986)¹⁹, o tema volta à pauta, com destaque para a demanda de ações coordenadas dos envolvidos na promoção da saúde: governo, setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades, indústria, mídia, assim como os indivíduos, famílias e comunidades. A Carta identifica cinco pontos para a ação: construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; fortalecimento das ações comunitárias; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação dos serviços de saúde.

iv) Em 1988, a Declaração de Adelaide²⁰ destaca que uma Política Pública Saudável é caracterizada por um interesse explícito por saúde e equidade em todas as áreas de políticas como agricultura, comércio, educação, indústria, e comunicação.

v) Em 2011, a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais de Saúde (DSS)²¹ destaca que a cooperação e a ação intersetorial constituem enfoque promissor para ampliar a responsabilização de outros setores em relação à saúde, governança, novas arquiteturas de gestão. Aprofunda ainda que a ação sobre os DSS é crucial para o enfrentamento das DCNT. Destacam-se também as recomendações da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) na melhoria das condições de vida da população, e a defesa da promoção da equidade, em especial reduzindo a desigualdade no acesso a serviços. A CDSS advoga as políticas para o desenvolvimento da primeira infância, incluindo acesso a serviços como a educação obrigatória e de qualidade, moradias saudáveis, com acesso à água, saneamento e energia, com preços acessíveis, acesso a comportamentos saudáveis e seguros, como promoção de atividade física, alimentação saudável e redução da violência e criminalidade; bem como avançar na política regulatória do álcool, tabaco e alimentos. Investir no desenvolvimento sustentável, avançar nas políticas de proteção ambiental, investimento no emprego e trabalho digno. Estes pontos teriam elevado impacto na melhoria dos indicadores sociais e de saúde.

vi) Em 2012, a Rio + 20²², na Declaração referente ao Desenvolvimento Sustentável, destaca

que a epidemia de DCNT leva a um substancial impacto negativo sobre o desenvolvimento humano e social. A prevenção deve ser incluída como prioridade nas iniciativas de desenvolvimento e investimento. O fortalecimento da prevenção e o controle de DCNT, também são considerados como parte integral dos programas de redução da pobreza e outros programas de assistência ao desenvolvimento. Acordos firmados na Rio + 20 declaram que o desenvolvimento sustentável só será possível mediante o alcance de um estado de bem-estar físico, mental e social e que as DCNT constituem um dos principais desafios para o desenvolvimento sustentável no século XXI. As ações para a reversão deste quadro de alta prevalência de DCNT em países desenvolvidos e em desenvolvimento só serão possíveis por meio de atuação integrada entre os diversos setores, visando o desenvolvimento sustentável, articulando ações para a promoção de estilos de vida saudáveis e o acesso a alimentos e ambientes saudáveis e envolvimento intersetorial.

vii) A Conferência de Helsinque em 2013 e o conceito Saúde em Todas as Políticas (STP) têm ganhado espaço nas agendas e destacam a ação estratégica da articulação entre a saúde e outras políticas, tais como agricultura, educação, meio ambiente, políticas fiscais, habitação e transporte. O objetivo é melhorar a saúde e, ao mesmo tempo, contribuir para o bem-estar da população, reduzir iniquidades, por meio de mecanismos e ações planejadas. Saúde em Todas as Políticas (STP) não se limita ao setor da saúde, mas é estratégia complementar com elevado potencial para melhorar a saúde da população, atuando nos determinantes de saúde²³. O termo empregado, (STP), vem sendo adotado há vários anos na Finlândia e entre vários autores²³⁻²⁵. Existem ainda debates sobre o termo, destacando-se que não se pode compreender como hierarquia, ou liderança do setor saúde sobre os demais setores, além da similaridade ou superposição com outros conceitos, em especial a intersetorialidade ou multisectorialidade.

b) Evidências de Intervenções Efetivas em DCNT e ações intersetoriais.

As DCNT colocam novos desafios para a sociedade, entre os quais investimentos nas políticas de promoção da saúde, prevenção de doenças e intervenções curativas. Existem inúmeras evidências de que o impacto destas doenças pode ser revertido por meio de intervenções populacionais custo-efetivas de promoção de saúde, especialmente atuando de forma integrada com outros setores¹.

A OMS divulgou, em 2011¹, as intervenções consideradas mais custo-efetivas, sendo algumas delas ainda consideradas as “melhores apostas” (*best buy*) no sentido de salvar vidas e prover respostas custo-efetivas. As ações se dividem em intervenções custo-efetivas de âmbito populacional (promoção da saúde) e também em relação à prevenção primária e secundária e ao tratamento. Existem outras medidas potencialmente promissoras, pois os estudos ainda estão em andamento. Cabe destacar que dentre estas medidas, as consideradas melhores apostas e com evidências definidas são na maioria intervenções lideradas por outros setores e têm maior abrangência, pois são de cunho populacional e no campo da promoção da saúde.

A OMS¹ publicou ações consideradas as “melhores apostas”, com evidências já estabelecidas, e em destaque para as medidas como aumento de impostos do tabaco, que são de responsabilidade do setor econômico e legislativo; a aprovação de leis de restrição do consumo, proibição de propaganda, taxações, referentes ao tabaco e álcool que dependem do poder legislativo para sua aprovação e podem ser de iniciativa dos setores saúde, área econômica, e dependem grandemente da adesão da sociedade, para sua defesa e aprovação no marco regulatório. Outras medidas como a redução do sal e gorduras dos alimentos, necessitam de mudanças pactuadas com o setor produtivo e medidas educativas quanto a hábitos saudáveis junto à população. No Brasil, vem sendo estabelecidas parcerias com a indústria para redução do sal e eliminação de gorduras trans². Os governos são responsáveis por estimular as parcerias para a produção de alimentos mais saudáveis, bem como monitorar os acordos estabelecidos entre as partes.

As campanhas e medidas educativas sobre promoção de hábitos saudáveis são de responsabilidade da comunicação, escola, saúde, e também podem ser realizadas por iniciativas de setores da sociedade, como operadoras de planos de saúde, entidades de profissionais da área da saúde, mídia, dentre outros, contendo responsabilidade compartilhada. Destacamos aqui a campanha “O Futuro Promete, eu quero chegar bem lá”²⁶, de iniciativa da Associação Brasileira de Propaganda (ABAP), difundindo hábitos saudáveis²⁶, e a campanha “Salve Saúde”, da Associação Médica Brasileira (AMB)²⁷.

Consideradas evidências custo-efetivas, a promoção da amamentação adequada e alimentação complementar são de responsabilidade do setor saúde, como orientação às mães no pré-natal e primeira infância. Entretanto, a política de

impostos sobre alimentos e subsídios para alimentação saudável e as medidas de restrição sobre o marketing de alimentos e bebidas com muito sal, gorduras e açúcares, cabem ao Ministério da Agricultura, Ministério do Desenvolvimento Agrário, Fazenda e setores econômicos, Comunicação, bem como ao Legislativo. Ao setor saúde cabe promover evidências para estas medidas e atuar demandando a implementação das mesmas. As medidas referentes à aplicação das leis do álcool e direção, cabem aos órgãos de trânsito e da Justiça, como fiscalização de velocidade, álcool e direção. A legislação protetora quanto os fatores de risco ambientais ou ocupacionais, como amianto, aflotoxina, contaminantes na água potável e outros, cabe ao Meio Ambiente e ao Legislativo, cabendo ao setor saúde a promoção de evidências para a adoção destas medidas, bem como a organização da vigilância¹.

Outras intervenções custo-efetivas para DCNT, voltadas para o cuidado da saúde de grupos específicos, estão diretamente a cargo do setor saúde, como medidas terapêuticas preventivas de episódios cardiovasculares agudos, tratamento da dependência da nicotina e outras doenças cardiovasculares, o aconselhamento e terapia multidroga, incluindo o controle da glicemia para o diabetes, para pessoas com mais de 30 anos de idade, prevenindo evento cardiovascular fatal ou não fatal; o tratamento do câncer combinado com medidas de rastreamento, o tratamento de asma persistente com inalantes de corticosteroides e agonistas beta-2, dentre outras medidas, que são específicas do setor saúde¹.

Consideradas evidências promissoras pela OMS, outro grupo importante de medidas também tem a participação e liderança de outros setores, como as diretrizes nacionais em atividade física que cabem ao Esporte e Saúde, os programas de atividade física para crianças com base na escola, atribuições do setor Educação e Esportes, este último também responsável pelos programas comunitários de atividade física. Os programas de alimentação saudável promovidos pelo setor saúde, em parceria com outros setores e órgãos, e o programa Academia da Saúde, têm estimulado a atividade física⁶. Os programas de atividade física e alimentação saudável nos locais de trabalho têm participação de atores como o Serviço Social da Indústria (SESI) e Ministério do Trabalho. A construção de ambientes que promovam atividade física conta com a participação dos Ministérios das Cidades e do Esporte, enquanto as informações nutricionais e o aconselhamento em atenção à saúde são feitos pelo setor saúde.

Algumas experiências de ação intersetorial no enfrentamento das DCNT

Os estudos de Framingan^{28,29} sobre os fatores de risco na gênese das doenças cardiovasculares e DCNT, e projetos de intervenção populacional no início da década de 1970, em especial na Finlândia, foram importantes para o avanço das evidências sobre as intervenções populacionais, promovendo mudanças de estilos de vida saudáveis. O primeiro grande projeto de intervenção populacional foi o North Karelia Project, iniciado no ano de 1972, em resposta a alta mortalidade precoce por doenças cardiovasculares entre os moradores do oeste da Finlândia. Os resultados do programa levaram a sua progressiva expansão como modelo de intervenção populacional²⁵.

O projeto dedicou forte ênfase nas evidências sobre os malefícios das gorduras animais no aumento das DCV, o que resultou em legislação específica para a restrição do teor de óleo vegetal e manteiga dos alimentos industrializados. Nos anos 80 foram aprovadas novas leis que reduziram o percentual de gordura do leite, bem como legislação sobre rotulagem de sal. Na década de 90, avançou-se com legislação abrangente que definiu o máximo teor de sal em certos alimentos e medidas sobre as mensagens obrigatórias nos rótulos dos alimentos industrializados muito salgados. Nos anos 2000 ocorreram decisões para apoiar o consumo de vegetais^{24,25}.

Outras medidas envolveram campanhas na mídia que apoiaram intervenções para redução do tabagismo e controle do colesterol sérico. As campanhas estimularam hábitos de vida e alimentares saudáveis. Além de mudanças articuladas com políticas de saúde, agricultura e indústria e medidas regulatórias. Todas estas ações foram acompanhadas por intensa participação da comunidade e do envolvimento de várias instituições, coalizões com ONGs, colaboração com a mídia, colaboração com escolas, instituições de ensino, indústria, comércio, em intensa colaboração intersetorial^{24,25}.

Na Finlândia foram instituídas importantes medidas no setor saúde, como a melhoria na atenção primária em saúde, serviços de saúde e capacitação dos profissionais de saúde, para atuarem estimulando os pacientes a implementar mudanças nos estilos de vida^{24,25}.

A combinação da forte liderança da saúde, aliada a boa parceria intersetorial, comunidade e mídia, foi fundamental, na medida em que todos os parceiros verificaram a oportunidade de obter benefícios²⁴.

Outro componente essencial do programa finlandês foi o apoio nos estudos de avaliação conduzidos a cada cinco anos, que mostraram que, ao longo do tempo, o projeto foi bem sucedido. Como exemplo, redução dos níveis de colesterol, pressão arterial e as prevalências de tabagismo na população. Com destaque, a redução das taxas de mortalidade por doença cardiovascular, em homens de 35 a 64 anos de idade, decresceram 85% no período de 1970 a 2005²⁵.

Outros exemplos mais recentes podem ser vistos na Austrália, onde o programa “Active Austrália” 2005-2010³¹ constituiu um Fórum Intergovernmental Estratégico de Atividade Física e Saúde que, por meio de colaboração com outros setores, passou a desenvolver uma abordagem coordenada e nacional de promoção de atividade física. Foram envolvidos Ministérios (Esporte, Transportes, Planejamento, Meio Ambiente e Saúde), associações locais e ONGs (Associação Governo Australiano local, Instituto de Planejamento da Austrália). Esta parceria em ações para apoiar a atividade física e políticas públicas saudáveis, resultou em definição de códigos de apoio e normas, legislação específica, visando promover e apoiar iniciativas de transporte ativo e iniciativas desportivas, inclusive com incentivos financeiros para o tema da atividade física³⁰.

No Brasil, as ações de controle do tabaco têm sido exitosas e mundialmente reconhecidas pelas ações desencadeadas e resultados obtidos. Dentre as medidas regulatórias, destacamos a proibição da propaganda de cigarros, as advertências sobre o risco de problemas nos maços do produto, proibição de fumo em ambientes coletivos, como transporte coletivo, repartições públicas, dentre outras. O Brasil aderiu à Convenção-Quadro do Controle do Tabaco em 2006³¹ e, em 2011, foi publicada a Lei nº 12.546, de 14/12/2011, e regulamentada pelo Decreto da Presidência da República nº 8.262, de 31 de maio de 2014, que ampliou as advertências nos maços, estabeleceu regras de propaganda nos pontos de venda, aumentou a taxação dos cigarros para 85% e definiu o preço mínimo de venda^{2,6}.

Estas medidas têm resultado em avanços concretos, como a redução do consumo do tabaco no Brasil, de 34,5%, em 1989, para 11,3%, em 2013, além de redução das taxas de doenças cardiovasculares em 30% nas duas últimas décadas e redução do câncer de pulmão em homens^{6,8,31,32}.

Discussão

O tema das DCNT tem ganhado prioridade progressiva e assumido liderança nas agendas globais, contudo ainda são muitos os desafios no desenvolvimento de políticas que consigam ter respostas efetivas³³. Parcerias entre diferentes setores são fundamentais para apoiar as políticas de prevenção de DCNT³⁴, seja na captação de recursos financeiros, fortalecimento de capacidades, como no apoio à pesquisa e defesa de ações de prevenção e controle de doenças não transmissíveis. A implementação da ação intersetorial é um grande desafio em função de inúmeros fatores envolvidos, dentre eles a definição de objetivos comuns a todos os setores, a prioridade da busca da equidade na agenda política, coordenação das ações e a liderança do setor saúde, definição do financiamento, o monitoramento e a prestação de contas e a sustentabilidade das ações³⁵.

Conforme a Declaração de Adelaide, a saúde em todas as políticas deveria incluir: a compreensão das agendas políticas e imperativos administrativos de outros setores; a construção do conhecimento e base de evidências de opções políticas e estratégias; a criação de diálogos regulares com outros setores para a resolução de problemas; a avaliação dos processos e da eficácia do trabalho intersetorial e da política integrada; e a capacitação dos trabalhadores, bem como apoio a agências qualificadas em recursos humanos para apoio ao processo²⁰.

O tema central da prática intersetorial é a definição prioritária na agenda de todos os setores, visando atingir consenso e concordância. Um dos temas centrais é a busca de agenda que priorize a equidade, a redução das iniquidades de gênero³⁵⁻³⁷.

A busca de consenso e de respostas colaborativas demanda tempo, investimento e diálogo. Assim, sintetizamos alguns pontos que podem apoiar a prática intersetorial e a busca de parcerias:

Para o andamento das ações, deve-se buscar estabelecer mecanismos e processos coordenados para desenvolver e implementar políticas em todos os setores que busquem a equidade e a inclusão social. No tema da DCNT torna-se importante que o setor saúde assuma a articulação do processo, exercendo sua liderança, compromisso político e financiamento sustentável. A coordenação do setor saúde pode articular capacidade e força de trabalho, o que é essencial para o sucesso da ação multisetorial na promoção da saúde e prevenção das DCNT. O avanço da ação intersetorial deve incluir mecanismos de articulação

junto aos parceiros (governos, diversos setores, setor privado, ONGs, sociedade civil). Para a coordenação dos diversos setores, a saúde pode estabelecer mecanismos de financiamento e mobilização de recursos, capacitação dos diferentes setores e busca constante de inovação³⁴⁻⁴⁰.

Deve ser incentivada a criação de fóruns regulares de negociação para discutir as propostas intersetoriais e os temas de agenda comuns, criando-se uma cultura institucional de parceria e planejamento. Este movimento implica na identificação de problemas dos setores, nomeando-os de forma a identificar problemas comuns e alternativas de solução, que possam ser abordadas de forma compartilhada, ajustando-se prioridades, agendas e soluções comuns. Estas definições passam por inserir o tema na agenda política, envolvendo os dirigentes dos setores no processo decisório³⁶.

A definição de objetivos comuns passa por um processo de negociação, no qual os setores devem expor seus objetivos e ajustar expectativas, verificando-se os objetivos propostos pelo setor saúde são compatíveis com os objetivos de outros setores. A ação intersetorial depende de ganhos e benefícios mútuos, e estas definições envolvem diferentes e complexos domínios políticos na negociação e definição de agendas comuns, estabelecendo-se compromissos e a definição de ação sustentável. Trabalha-se na perspectiva de que todos os setores tenham ganhos e avanços²⁴.

O custo econômico da implementação da política de saúde torna-se cada vez mais elevado, em função da incorporação de tecnologias de forma crescente, implicando em custos crescentes. Avançar no sentido de compartilhar responsabilidade e custos com outros setores pode reduzir este impacto. Além disto, deve-se prosseguir no comprometimento governamental em alocar orçamentos compatíveis para implementar planos de ação nacionais para a prevenção e controle das DCNT.

A ação intersetorial precisa reconhecer a contribuição e o papel importante desempenhado por todos os atores interessados, incluindo os indivíduos, famílias e comunidades, organizações não-governamentais, sociedade civil, organizações religiosas, universidades, meios de comunicação e da indústria, em apoio aos esforços nacionais promoção da saúde e prevenção das DCNT^{24,36}. A participação da sociedade civil é essencial, particularmente as organizações que representam as pessoas portadoras de DCNT e cuidadores, o que avança na democratização do processo, tornando os cidadãos implicados com

o mesmo. A garantia da liberdade de expressão e de associação, estimulando a participação da sociedade civil nos Conselhos de Saúde e nas Comissões Locais é outro aspecto crucial.

A participação do setor privado na agenda é um tema sensível, pois ao envolvê-lo devem-se levar em conta os possíveis conflitos de interesse. Este tema já está bem estabelecido junto à indústria do tabaco, e já se tem o consenso de que não existe parceria possível. No caso da indústria de alimentos e bebidas, também os interesses podem ser diametralmente opostos.

No Brasil, alguns exemplos de parceria possível passam pela pactuação com empresas do setor de alimentos, que, conforme referido anteriormente, assinaram com o Ministério da Saúde acordos voluntários para a redução dos teores de sal e gorduras trans dos alimentos. Ainda há que se avançar no monitoramento destes acordos e no comprometimento com novas agendas como, a redução de açúcares, gorduras, dentre outros. Outra pauta fundamental consiste nos mecanismos de regulação da propaganda infantil^{2,36}.

Para a avaliação, monitoramento e prestação de contas torna-se importante a parceria com instituições acadêmicas e de pesquisa⁴⁰. Deve-se buscar o fortalecimento da capacidade de pesquisa e da ética em pesquisa, ampliando os laços entre a geração de evidências científicas e formulação de políticas e pesquisa. O processo de monitoramento avança no aspecto fundamental de prestação de contas do governo e sua relação com a sociedade civil (organizações de direitos humanos, religiosas, sindicais e organizações voltadas para crianças, jovens, mulheres, pacientes, organizações não governamentais - ONG, setor privado, e outras), dando transparência às ações. Deve-se avançar nos mecanismos de prestação de contas das ações, o que pode se dar com a criação de uma estrutura de monitoramento das metas nacionais e globais de DNCT^{36,41}.

A capacitação dos gestores e trabalhadores dos diferentes setores para a prática intersetorial deve abordar temas como políticas públicas, negociação, *advocacy*, parcerias, monitoramento e

avaliação. O envolvimento das Universidades e o apoio de agências qualificadas em recursos humanos é fundamental para o apoio ao processo³⁹.

Tais aspectos podem contribuir para a sustentabilidade das políticas públicas, e possibilitar que os avanços sejam incorporados pela comunidade, governantes e assimilado como algo positivo e prioritário.

Conclusão

Os desafios para a garantia dos direitos de cidadania e a melhoria da qualidade de vida^{42,43} e de saúde das populações são imensos e evidências na produção técnico-científica apontam os benefícios de políticas públicas intersetoriais na resposta a temas complexos, em particular o enfrentamento das DCNT³⁰.

A experiência do Brasil e de outros países tem apontado o sucesso de intervenções de saúde pública e promoção da saúde realizadas de maneira integrada com outros setores na redução de iniquidades ou disparidades em saúde^{1,25,39}.

As DCNT tem ganhado projeção nas agendas globais, com destaque para a realização pelas Nações Unidas, em 2011 de Reunião de Alto Nível que desencadeou uma série de compromissos globais, dentre eles o estabelecimento de metas de redução de DCNT e seus fatores de risco³³. As DCNT aprofundam as iniquidades sociais e constituem um obstáculo para os esforços na luta contra a pobreza e desigualdade. Por isto atuar nos DSS, de forma intersetorial é fundamental na superação das DCNT.

Para o enfrentamento das DCNT e redução das iniquidades, além da organização do setor saúde para garantir acesso às ações de assistência, promoção, prevenção e vigilância, torna-se essencial articular ações intersetoriais, em especial buscando a redução das iniquidades ou disparidades em saúde^{34,38}. As políticas para o enfrentamento das DCNT devem ser ainda harmonizadas e alinhadas buscando ações integradas e cooperativas.

Colaboradores

DC Malta, CS Gosch, P Buss, DG Rocha, R Rezende, PC Freitas e M Akerman participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

- World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2010 [internet]. Geneva: WHO; 2011. [acessado 2013 mar 25]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: MS; 2011.
- World Health Organization (WHO). *Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region – Executive summary*. Geneva: WHO Regional Office for Europe; 2010.
- World Health Organization (WHO). *Commission on Social Determinants of Health. CSDH Final Report: Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: WHO; 2008.
- Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegón M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007; 370(9603):1929-1938.
- Malta DC, Morais Neto OLM, Junior JBS, Grupo Técnico de Redação. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2011; 20(4):425-438.
- Stevens A, Schmidt MI, Duncan BB. Desigualdades de gênero na mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(10):2627-2634.
- Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; 377(9781):1949-1961.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Glossário temático: promoção da saúde*. Brasília: MS; 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- World Health Organization (WHO). *Estratégia global para prevenção e o controle de doenças crônicas não transmissíveis. Resolução 53ª Assembleia Mundial de Saúde*. Geneva: WHO; 2000.
- World Health Organization (WHO). *Resolution WHA 56.1. WHO Framework Convention on Tobacco Control*. In: 56th World Health Assembly. Geneva: WHO; 2003.
- World Health Organization (WHO). *Resolution WHA 57.9. Global strategy on diet, physical activity and health*. In: 57th World Health Assembly 2004. Geneva: WHO; 2004.
- World Health Organization (WHO). *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. 2008. [acessado 2014 ago 26]. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>
- World Health Organization (WHO). *Resolution WHA 63.13. Strategies to reduce the harmful use of alcohol: draft global strategy*. Geneva: WHO, World Health Assembly; 2010.
- United Nations General Assembly. *Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Sixty-sixth session Agenda item 117 Follow-up to the outcome of the Millennium Summit Draft resolution submitted by the President of the General Assembly*. [internet]. 2011 [acessado 2012 jun 19]. Disponível em: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A%2F66%2FL1&Lang=E
- Rosen G. *A history of public health, expanded edition*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1993.
- McKeown T. *The role of medicine. Dream, Mirage or Nemesis*. Oxford: Blackwell Publications; 1979.
- World Health Organization (WHO), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). *Declaração de Alma-Ata (1978). Alma Ata 1978. Primary health care. Health for All Series No 1*. Geneva: WHO; 1978.
- Carta de Ottawa (1986). [acessado 2013 mar 25]. Disponível em: <http://www.dssbr.org/site/documentos-de-referencia/>
- World Health Organization (WHO). *Adelaide Statement on Health in All Policies*. Geneva: WHO; 2010. [acessado 2011 jul 25]. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf
- World Health Organization (WHO). *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais de Saúde (DSS)*. 2011. [acessado 2013 mar 25]. Disponível em: <http://dssbr.org/site/documentos-de-referencia/>
- Rio + 20. *The Future We Want*. [acessado 2013 mar 25]. Disponível em: <http://www.uncsd2012.org/thefuturewewant.html>
- Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K, editors. *Health in All Policies. Prospects and potentials*. Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies. Helsinki: WHO; 2006.
- Howard R, Gunther S. *Health in All Policies: An EU literature review 2006 – 2011 and interview with key stakeholders. Final Version May 2012 – EQUITYACTION EU*. Available online PDF. [acessado 2013 mar 25]. Disponível em: <http://bit.ly/TMcAy7>
- Puska P, Ståhl T. Health in All Policies – The Finnish Initiative: Background, Principles, and Current Issues. *Annual Review of Public Health* 31:315-328.
- Associação Brasileira de Propaganda (ABAP). *O Futuro Promete, eu quero chegar bem lá”, de iniciativa da Associação Brasileira de Propaganda*. 2011. [acessado 2013 mar 25]. Disponível em: <http://www.appbrasil.net/page/o-futuro-promete-eu-quero-chegar-bem-la>
- Associação Médica Brasileira (AMB). *Campanha Salve Saúde*. [acessado 2013 mar 25]. Disponível em: <http://www.amb.org.br/Site/Home/NOT%C3%8DCIAS/Salve-Sa%C3%BAde-j%C3%A1-est%C3%A1-no-ar-com-informa%C3%A7%C3%B5es-claras-e-objetivas-para-a-popula%C3%A7%C3%A3o%2036677.cnt>
- Kannel WB, Wolf PA. Framingham study insights on the hazards of elevated blood pressure. *JAMA* 2008; 300(21):2545-2547.

29. Nissinen A, Berrios, Ximena, Puska P. Community-based noncommunicable disease interventions: lessons from developed countries for developing ones. *Bull World Health Organ* 2001; 79(10):963-970.
30. Be Active Australia. A Framework for Health Sector Action for Physical Activity 2005–2010. [acessado 2013 mar 25]. Disponível em: http://www.nphp.gov.au/publications/documents/nphp_baa_aug_05_no_cover.pdf
31. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003. *Diário Oficial da União* 2006; 3 jan.
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2013: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2014.
33. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, Baugh V, Bekedam H, Billo N, Casswell S, Cecchini M, Lancet NCD Action Group; NCD Alliance. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet* 2011; 377(9775):1438-1447.
34. Shankardass K, Solar O, Murphy K, Greaves L, O'Campo P. Scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *Int J Public Health* 2012; 57(1):25-33.
35. Malta DC. Doenças crônicas não transmissíveis, um grande desafio da sociedade contemporânea. *Cien Saude Colet* 2014; 19(1):4.
36. Mukhopadhyay A. South Asia's health promotion kaleidoscope. *Promot Educ* 2007; 14(4):238-243.
37. De Maio FG. Understanding chronic non-communicable diseases in Latin America: towards an equity-based research agenda. *Global Health* 2011; 7(1):36.
38. Mendis S. The policy agenda for prevention and control of non-communicable diseases. *Br Med Bull* 2010; 96:23-43.
39. Geneau R, Legowski B, Stachenko S. An intersectoral network for chronic disease prevention: the case of the Alberta healthy living network. *Chronic Dis Can* 2009; 29(4):153-161.
40. Moysés SJ, Moysés ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):627-638.
41. World Health Organization (WHO). *Monitoring framework and targets for the prevention and control of NCDs: A comprehensive global monitoring framework, including indicators, and a set of voluntary global targets for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases* [internet]. 2012 [citado 2012 set 6]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/events/2012/ncd_discussion_paper/en/index.html
42. Oliveira-Campos M, Rodrigues-Neto JF, Silveira MF, Neves DMRN, Vilhena JM, Oliveira JF, Magalhães JC, Drumond D. Impacto dos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Cien Saude Colet* 2013; 18(3):873-882.
43. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cien Saude Colet* 2000; 5(1):163-177.

Artigo apresentado em 14/06/2014

Aprovado em 05/08/2014

Versão final apresentada em 06/08/2014