

Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022: quais metas foram alcançadas?

Plan for Combating Non-Communicable Chronic Diseases in Brazil, 2011-2022: What goals were achieved?

Deborah Carvalho Malta¹, Crizian Saar Gomes², Alanna Gomes da Silva¹, Évelin Angélica Herculano de Moraes³, Filipe Malta dos Santos⁴, Guilherme Augusto Veloso⁵, Otaliba Libanio de Moraes Neto⁶

DOI: 10.1590/2358-2898202514610274P

RESUMO O Brasil firmou compromisso para a redução das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mediante a implementação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT (2011–2022), que estabeleceu metas específicas de controle e prevenção. Objetivou-se avaliar o cumprimento das metas e projetar a redução da mortalidade por DCNT até 2030. Estudo avaliativo com dados provenientes da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para DCNT por Inquérito Telefônico e do estudo Carga Global de Doenças. Analisaram-se as taxas de mortalidade por DCNT e a prevalência de fatores de risco e proteção. Entre os indicadores monitorados, não foram atingidas as metas relativas à contenção do crescimento da obesidade (aumento de 15,1% em 2010 para 24,3% em 2023), à cobertura do exame preventivo de câncer do colo do útero (queda de 82,2% para 76,8%) e à redução da mortalidade por DCNT (queda anual média de apenas 1,4%). Todavia, observou-se aumento de 9,7% no consumo de frutas e hortaliças, com alcance das metas relativas à prática de atividade física, à redução do tabagismo e à realização de mamografias. As prevalências dos fatores de risco oscilaram ao longo do tempo, evidenciando a necessidade de monitoramento contínuo e ajustes nas estratégias de enfrentamento.

PALAVRAS-CHAVE Indicadores de doenças crônicas. Desenvolvimento sustentável. Avaliação em saúde.

ABSTRACT *Brazil has made a commitment to reducing Noncommunicable Diseases (NCDs) by implementing the Strategic Action Plan to Tackle NCDs (2011-2022), which established specific targets for control and prevention. This study aimed to assess the achievement of these targets and to project the reduction in NCD mortality by 2030. It is an evaluative study using data from the Surveillance of Risk and Protective Factors for NCDs by Telephone Interviews and the Global Burden of Disease study. Mortality rates from NCDs and the prevalence of risk and protective factors were analyzed. Among the indicators monitored, the targets for curbing the growth of obesity (an increase from 15.1% in 2010 to 24.3% in 2023), for cervical cancer screening coverage (a drop from 82.2% to 76.8%), and for reducing mortality from NCDs (an average annual decrease of just 1.4%) were not achieved. However, there was a 9.7% increase in fruit and vegetable consumption, and the targets for physical activity, tobacco use reduction, and mammograms were met. The prevalence of risk factors fluctuated over time, highlighting the need for continuous monitoring and adjustments in NCD prevention strategies.*

KEYWORDS *Chronic disease indicators. Sustainable development. Health evaluation.*

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem (EE), Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública (Demisp) - Belo Horizonte (MG), Brasil.
dcmalta@uol.com.br

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

³Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem (EE), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁴Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁵Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Matemática e Estatística (IME) - Niterói (RJ), Brasil.

⁶Universidade Federal de Goiás (UFG) - Goiânia (GO), Brasil.



Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis pela maior parte das mortes no mundo, além de causarem mortes prematuras, incapacidades, longos períodos de tratamento, elevado número de hospitalizações e queda na produtividade dos indivíduos acometidos¹.

As DCNT podem ser prevenidas por meio de um plano de ação abrangente, que envolva ações integradas e intersetoriais. Ao longo das duas últimas décadas, iniciativas foram realizadas com o objetivo de controlar a ocorrência e reduzir o impacto dessas doenças sobre a carga global de morbimortalidade. Na seara internacional, destaca-se a Reunião de Alto Nível sobre DCNT, promovida pela Organização da Nações Unidas (ONU), em setembro de 2011, que avançou sobre o plano de ação 2008-2013, com o intuito de dar continuidade ao debate dos desafios relacionados com essas doenças e seus fatores de risco, bem como de estabelecer novos compromissos globais¹. Como resultado, os países participantes aprovaram uma declaração política na qual se comprometeram a adotar medidas para deter o crescimento das DCNT, priorizando a prevenção de seus principais fatores de risco e garantindo a promoção de cuidados de saúde adequados². A reunião consolidou o apoio dos chefes de Estado ao tema, além de dar origem à aprovação de planos globais e regionais para o controle e a prevenção das DCNT e seus fatores de risco³.

Nessa mesma reunião, o Brasil apresentou o 'Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022', fundamentado em três eixos: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e adoção de modos de vida saudáveis; e cuidado integral^{4,5}. Por sua vez, esse plano havia resultado de parcerias envolvendo representantes da sociedade civil, de instituições de ensino e pesquisa, de todas as secretarias do Ministério da Saúde e de mais de

20 setores de governo, com ampla participação multissetorial⁵.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o 'Plano de Ação Global para Prevenção e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2013-2020' em 2013¹. O plano reconheceu o papel e a responsabilidade primordiais dos governos na resposta ao desafio de controlar essas doenças, assim como enfatizou a relevância da cooperação internacional no apoio aos esforços nacionais para seu enfrentamento¹. O objetivo principal desse plano consistia em reduzir a carga evitável dos fatores de risco, da morbimortalidade e das incapacidades decorrentes das DCNT por meio de cooperação multissetorial nas escalas nacional, regional e global¹. Desse modo, o documento visava que as populações alcançassem o mais alto padrão de saúde e produtividade em todas as idades, sem que as DCNT obstaculizassem seu bem-estar nem o desenvolvimento socioeconômico de seus países¹.

Em 2015, a ONU estabeleceu, entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a meta de reduzir em 30% a mortalidade por DCNT. Essa meta está sendo monitorada e será acompanhada até 2030 pelos países-membros².

Em 2021, o Ministério da Saúde do Brasil lançou o 'Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030' (Plano de Dant), que estendeu o prazo do Plano anterior até 2030 e incluiu as metas para o enfrentamento das causas externas⁶.

O monitoramento das DCNT e seus fatores de risco são fundamentais para avaliação dos progressos alcançados e revisão das estratégias adotadas quando necessário. Nesse sentido, após mais de uma década desde a implementação do plano Nacional de DCNT, torna-se essencial avaliar quais metas foram alcançadas, identificando avanços, desafios e lacunas na implementação das ações previstas. Essa análise é fundamental para subsidiar políticas públicas futuras, aprimorar

estratégias de prevenção e controle e garantir a continuidade das iniciativas voltadas para a redução dos fatores de risco e a melhoria da qualidade de vida da população. Além disso, compreender os impactos do plano se faz ainda mais relevante no contexto pós-pandemia da covid-19, que trouxe desafios adicionais para o enfrentamento das DCNT. Assim, este estudo contribui para a avaliação crítica das políticas públicas voltadas para o enfrentamento das DCNT no Brasil, fornecendo subsídios para o aprimoramento das estratégias futuras.

Nesse sentido, os objetivos deste estudo foram: avaliar o alcance das metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022, referentes aos indicadores de mortalidade, fatores de risco e proteção; e realizar projeções das metas de redução da mortalidade até 2030.

Material e métodos

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo avaliativo, com dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2010 a 2023 e do estudo Carga Global de Doenças (Global Burden of Disease – GBD) de 2000 a 2021, do Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME).

Cenário

O Vigitel é um inquérito telefônico de base populacional, realizado anualmente pelo Ministério da Saúde, no qual são coletadas informações sobre as DCNT e os principais fatores de risco e de proteção para essas doenças, como alimentação, tabaco, atividade física, exames preventivos de câncer e doenças autorreferidas, além de peso e altura.

O público-alvo dessa pesquisa é constituído por adultos com 18 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, moradores das capitais

brasileiras e do Distrito Federal e que possuem em seu domicílio pelo menos uma linha telefônica fixa. São realizadas aproximadamente 2 mil entrevistas em cada capital, totalizando cerca de 54 mil entrevistas por ano⁷. Em razão de questões operacionais, em 2020 e 2021, o número de entrevistas foi reduzido para cerca de mil entrevistas por capital; e em 2023, para cerca de 800. Neste último ano, foram incluídas entrevistas por celular. O Vigitel utiliza um peso pós-estratificação que objetiva a inferência estatística dos resultados para a população⁸.

O GBD teve início em 1990 sob a coordenação do IHME, da Universidade de Washington. Esse instituto produz e aprimora um conjunto de estimativas de indicadores de saúde regionais e globais consistentes e comparáveis entre as distintas regiões do planeta⁹. Para os dados de mortalidade, utilizou-se a base de dados do estudo GBD. As estimativas de mortalidade do IHME são obtidas a partir de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade¹⁰ (SIM) do Ministério da Saúde, com ajuste para códigos garbage, conforme algoritmos de redistribuição para causas básicas de morte segundo idade-sexo-ano¹¹⁻¹³.

Variáveis

- Fatores de Risco e de proteção para as DCNT: foram analisados os dados do Vigitel e considerados os seguintes indicadores e metas:
 - a. Uso do tabaco (referir fumar, independentemente da quantidade). Meta: reduzir a prevalência de tabagismo em adultos em 30%.
 - b. Obesidade (Índice de Massa Corporal \geq 30 kg/m²). Meta: deter o crescimento.
 - c. Atividade física no tempo livre (indivíduos que praticam pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de intensidade vigorosa). Meta: aumentar a prática de atividade física em 10%.

d. Consumo recomendado de frutas e hortaliças (cinco ou mais porções diárias em cinco ou mais dias da semana). Meta: aumentar o consumo de frutas e hortaliças em 10%.

e. Consumo abusivo de bebidas alcoólicas (cinco ou mais doses para homens e quatro ou mais doses para mulheres em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias). Meta: reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool em 10%.

f. Realização de mamografia (em mulheres de 50 a 69 anos nos últimos dois anos). Meta: aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos para 70%.

g. Exame preventivo de câncer do colo do útero (para mulheres de 25 a 64 anos nos últimos três anos). Meta: ampliar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos para 85%.

- Mortalidade: Foram utilizadas as estimativas produzidas no estudo GBD referentes aos anos de 2000 a 2021, último ano disponível do GBD. Considerou as seguintes DCNT: doenças cardiovasculares (I00-I99), doenças respiratórias crônicas (J30-J98), neoplasias (C00-C97), diabetes *mellitus* (E10-E14) e o total destas DCNT. Meta: reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT em 2% ao ano.

Análises estatísticas

Para a análise dos fatores de risco e proteção relacionados com as DCNT, foi considerado o período de 2010 a 2023, tendo em conta o período de 2010 – ano definido como linha de base do Plano – a 2023, uma vez que, em 2022, não houve coleta de dados pelo Vigitel. Utilizou-se regressão linear para estimar a variação média anual dos indicadores, identificando tendências de aumento, estabilidade ou redução. Considerou-se significativa a tendência cujo coeficiente angular (β) foi

estatisticamente diferente de zero, com valor de $p \leq 0,05$. Além disso, calculou-se o percentual de mudança no período, comparando-o às metas estabelecidas no Plano, com o objetivo de avaliar o progresso em relação aos compromissos assumidos.

Para os dados de mortalidade, foram calculadas as taxas e analisadas as variações anuais no período de 2001 a 2021, abrangendo tanto o período pré-Plano quanto o período de sua vigência. Também foi calculada a média das taxas entre 2010 e 2021, intervalo correspondente à vigência do Plano, considerando-se a meta de redução de 2% ao ano. A análise teve como ponto de partida o ano de 2010, definido como linha de base do Plano, estendendo-se até 2021, último ano com dados disponíveis de mortalidade fornecidos pelo IHME. Adicionalmente, foram calculadas projeções das taxas de mortalidade por meio de modelo de regressão linear, considerando a meta de redução de 30% estabelecida pela Agenda 2030 dos ODS. Para isso, utilizaram-se as taxas observadas entre 2015 e 2021.

Utilizou-se o programa Data Analysis and Statistical Software (Stata) versão 16¹⁴.

Aspectos éticos

As estimativas e os dados utilizados são oriundos de bases secundárias, com informações agregadas e de acesso e de domínio públicos. Dessa forma, o presente trabalho não necessita de apreciação pelo sistema composto pelos Comitês de Ética em Pesquisa coordenados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Sistema CEP/Conep, conforme estabelecido pela Resolução nº 674, de 6 de maio de 2022, do Conselho Nacional de Saúde¹⁵.

Resultados

A *tabela 1* apresenta os indicadores de fatores de risco e proteção para as DCNT definidos no ‘Plano de Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022’, bem como o *status* de alcance das

metas estabelecidas. A prevalência de tabagismo entre adultos nas capitais brasileiras foi reduzida em 34%, passando de 14,1% em 2010 para 9,3% em 2023, o que indica que a meta foi atingida. Em contrapartida, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas aumentou 14% no mesmo período, de 18,1% para 20,8%, não alcançando a meta de redução de 10%. Já a prevalência de obesidade apresentou um crescimento expressivo de 62%, subindo de 15,1% em 2010 para 24,3% em 2023, o que também indica que a meta não foi cumprida (*tabela 1*).

O consumo de frutas e hortaliças demonstrou um aumento de 9,7%, passando de

19,5% em 2010 para 21,4% em 2023, ficando próximo da meta de crescimento de 10%. A meta de aumento da prevalência de atividade física no tempo livre em 10% foi superada, uma vez que o indicador passou de 30,1% em 2010 para 40,6% em 2023, representando um acréscimo de 34%. Em relação à cobertura de mamografia, todos os anos da série mantiveram índices acima de 70%, atingindo assim a meta estabelecida. Por outro lado, a cobertura do exame preventivo para câncer do colo do útero diminuiu, passando de 82,2% em 2010 para 76,8% em 2023, o que indica que a meta de 85% não foi alcançada (*tabela 1*).

Tabela 1. Evolução dos indicadores relacionados com os fatores de risco e proteção para as DCNT e avaliação do alcance das metas no Brasil. Vigite! 2010-2023

Meta	2010 (linha de base)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2023	Inclinação	Percentual de mudança
Uso do tabaco	14,1	13,4	12,1	11,3	10,8	10,4	10,2	10,1	9,3	9,8	9,5	9,1	9,3	-0,359*	-34%
Consumo de bebidas alcoólicas	18,1	16,5	18,4	16,4	16,5	17,2	19,1	19,1	17,9	18,8	20,9	18,3	20,8	0,254*	14%
Consumo de frutas, legumes e verduras	19,5	21,9	22,7	23,6	24,1	25,2	24,4	23,7	23,1	22,9	22,5	22,1	21,4	0,023	9,7
Atividade Física no Tempo Livre	30,1	31,6	33,5	33,8	35,3	37,6	37,6	37	38,1	39	36,8	36,7	40,6	0,651*	34
Obesidade	15,1	16	17,4	17,5	17,9	18,9	18,9	18,9	19,8	20,3	21,5	22,4	24,3	0,621*	62
Mamografia	73,4	74,4	77,4	78	77,8	78,1	78,2	78,5	78	76,9	78	72,8	73,1	-0,068	-0,13
Exame preventivo	82,2	81,8	82,3	82,9	81,4	81	82	82,8	81,7	81,5	80,1	77,2	76,8	-0,36*	-6,6

Fonte: elaboração própria.

* Valor-p < 0,05: coeficiente estatisticamente significativo

Verde: resultado positivo para o alcance das metas

Amarelo: não alcançado, mas com valores próximos

Vermelho: resultado negativo para o alcance das metas.

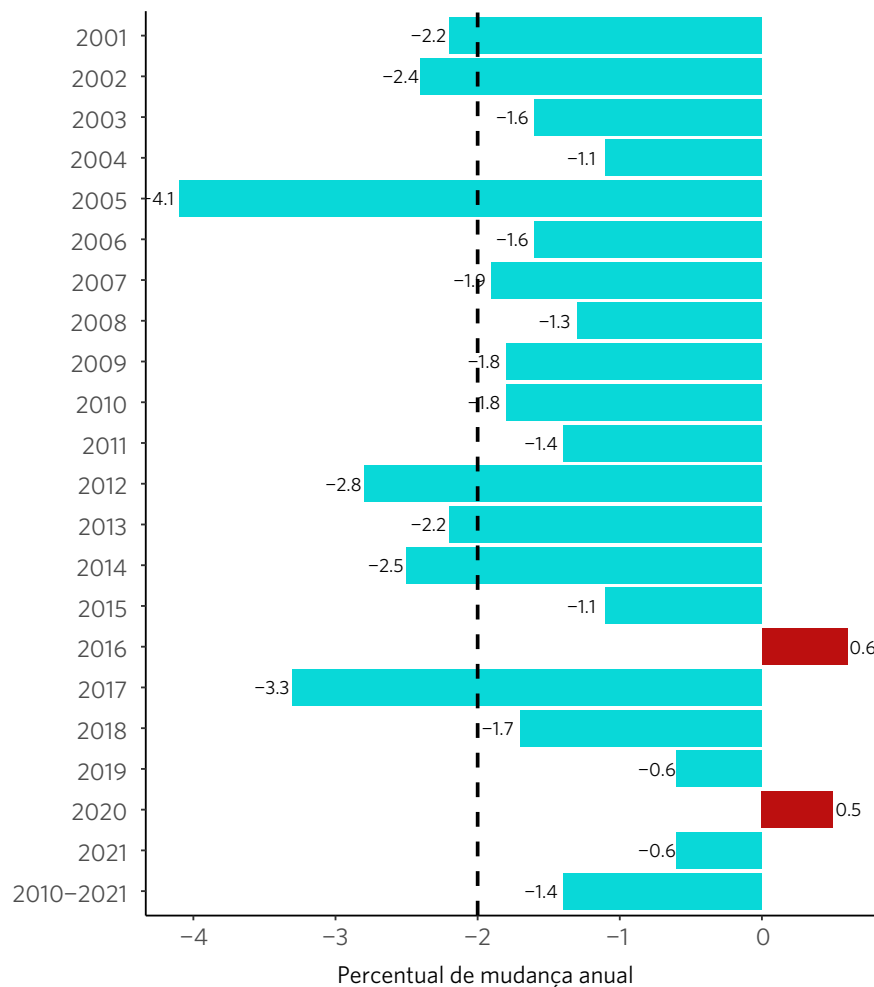
O gráfico 1 apresenta a variação percentual anual das taxas de mortalidade entre 2001 e 2021. Antes da vigência do Plano, observaram-se quedas nas taxas, com destaque para o ano de 2005, que registrou a maior redução no

período (- 4,1%). No entanto, na maioria dos anos anteriores ao Plano, as reduções foram inferiores a 2%. Durante a implementação do Plano, ocorreram reduções expressivas entre 2012 e 2014, todas superiores a 2% ao ano.

Por outro lado, foram registrados aumentos nas taxas em 2016 (+ 0,6%) e 2020 (+ 0,5%). Considerando todo o período de vigência do Plano (2010 a 2021), a média anual de redução

foi de - 1,4%, o que indica uma tendência de queda, embora abaixo da meta estabelecida (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Variação percentual das taxas de mortalidade prematura por DCNT padronizadas por idade, por 100 mil habitantes no Brasil, GDB, 2001-2021

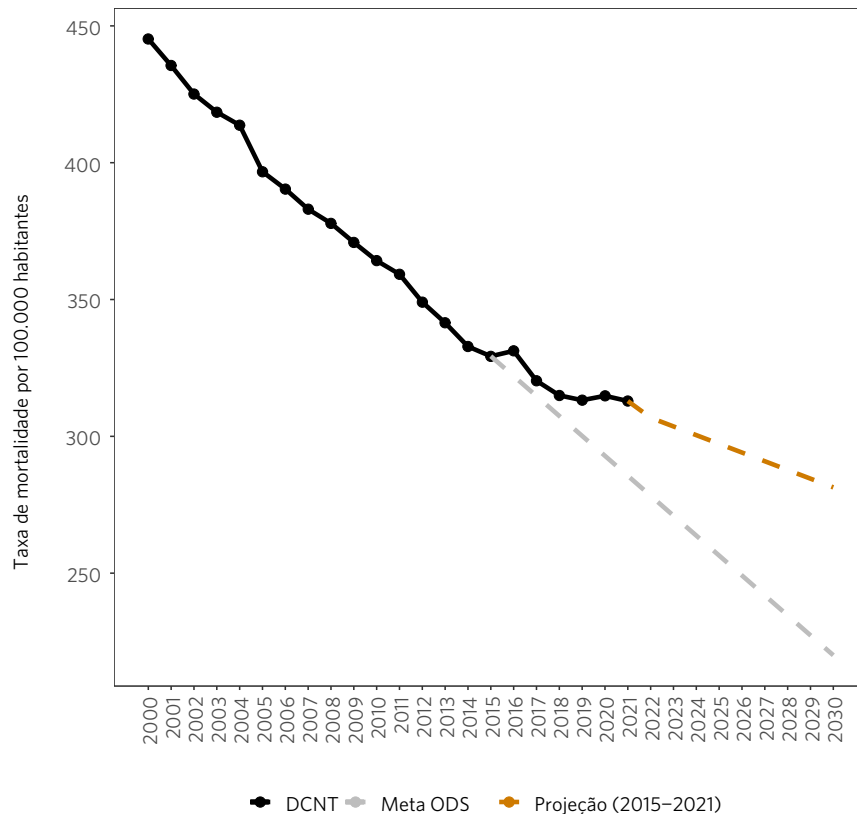


Fonte: elaboração própria.

Considerando a nova meta de redução de 30% na mortalidade por DCNT entre 2015 e 2030, as projeções com base nos dados de

2015 a 2021 indicam que essa meta também não será alcançada (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Tendências da taxa de mortalidade prematura por DCNT padronizada por idade, por 100 mil habitantes e projeções para 2030 no Brasil, GBD 2000 e 2021



Fonte: elaboração própria.

Discussão

A mortalidade prematura por DCNT apresentou uma redução média de 1,4% ao ano, embora tenha havido aumentos nas taxas nos anos de 2016 e 2020. As metas relacionadas com os fatores de risco foram alcançadas para consumo de tabaco, prática de atividade física, ingestão de frutas e hortaliças e realização de mamografias. Por outro lado, as metas não foram atingidas para consumo abusivo de bebidas alcoólicas, obesidade e cobertura do exame preventivo para o câncer do colo do útero.

Entre os Estados-Membros da ONU, o Brasil foi pioneiro ao lançar, em 2011, o ‘Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022’, demonstrando

a centralidade do tema na agenda governamental daquele período⁴. Em 2021, um novo plano foi instituído, incorporando metas relativas a acidentes e violências, além de estender o horizonte de atuação até 2030⁶.

Entretanto, nem todas as metas foram alcançadas, o que torna necessário buscar explicações que ajudem a compreender esses resultados. Para isso, a análise será dividida em dois períodos distintos: a primeira etapa do plano (2010 a 2015) e a segunda etapa (2016 a 2022). Nos anos iniciais, logo após a implementação do plano, observou-se um desempenho mais favorável, com redução da mortalidade prematura por DCNT e diminuição de diversos fatores de risco. Em contrapartida, a partir de 2016, os indicadores apresentaram piora em relação aos anos anteriores, resultado que

pode estar associado às políticas de austeridade fiscal adotadas no período, bem como aos impactos da pandemia da covid-19¹⁶.

A melhoria dos indicadores até 2015 está associada a um contexto político-econômico favorável, que possibilitou maiores investimentos na área da saúde, com aumento do financiamento público destinado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Esse cenário contribuiu significativamente para o fortalecimento da capacidade de resposta do sistema no enfrentamento das DCNT. Nesse período, o Ministério da Saúde implementou diversas políticas, programas e estratégias, destacando-se a estruturação da Vigilância das DCNT e de seus fatores de risco⁵, além da realização de inquéritos populacionais (domiciliares, por telefone e em escolas)¹⁷. Além disso, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) definiu como ações prioritárias a promoção de uma alimentação saudável, a prática regular de atividades físicas e a prevenção de fatores de risco à saúde¹⁷. A ampliação da Atenção Primária à Saúde (APS) e da assistência farmacêutica, por meio do Programa Farmácia Popular, também desempenhou papel essencial na melhoria dos indicadores. Todas essas iniciativas integraram o conjunto de ações do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT (2011-2021), em consonância com o Plano Global e os objetivos da Agenda 2030^{2-5,18}.

A partir de 2016, o Brasil enfrentou uma conjuntura marcada por crise econômica e instabilidade política, que resultou na adoção de políticas de austeridade. Essas medidas contribuíram para a redução do Produto Interno Bruto (PIB), o aumento do desemprego e o agravamento das desigualdades sociais, afetando diretamente a oferta e a qualidade dos serviços de saúde. É amplamente reconhecido que as escolhas políticas diante de crises econômicas geram impactos significativos – muitas vezes imprevistos – sobre a saúde pública. Fatores como o desemprego elevado, a inflação, os cortes orçamentários e o rigor fiscal estão associados a consequências

negativas persistentes nos indicadores de saúde, incluindo o aumento da mortalidade em adultos, da morbimortalidade infantil e a desaceleração no progresso rumo às metas dos ODS^{16,19,20}.

Nos anos de 2020 e 2021, a pandemia da covid-19 gerou impactos significativos não apenas na mortalidade diretamente atribuída ao vírus, mas também em diversos aspectos relacionados com os estilos de vida e com o cuidado com as DCNT. Observou-se redução na prática de atividade física, aumento no consumo de alimentos ultraprocessados, maior uso de produtos derivados do tabaco e elevação no consumo de bebidas alcoólicas²¹. Além disso, houve prejuízos no acompanhamento contínuo de pacientes com DCNT e redução no acesso aos serviços de saúde²². Esses fatores contribuíram para o aumento da mortalidade por DCNT, com destaque para as doenças cardiovasculares²³.

A redução da prevalência de fumantes no Brasil está associada ao avanço das medidas regulatórias, como a ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em 2006; o decreto presidencial que regulamentou a Lei dos Ambientes Livres de Tabaco em 2014; a definição de preço mínimo para comercialização de produtos derivados do tabaco em 2011; além da proibição da promoção, do patrocínio, da venda a menores de 18 anos e da propaganda comercial de produtos fumígenos também em 2014¹⁷. No entanto, observa-se um enfraquecimento do papel regulador do Estado nos últimos anos, evidenciado, por exemplo, pela manutenção dos preços dos produtos do tabaco praticamente inalterados, o que representa um retrocesso e compromete a continuidade da tendência de redução do consumo, verificada até 2014²⁴. Adicionalmente, destaca-se o crescimento do uso de cigarros eletrônicos e narguilé entre jovens e adolescentes²⁵. Nesse contexto, a pressão exercida pela indústria para a liberação da comercialização de cigarros eletrônicos representa uma ameaça concreta à sustentabilidade das políticas de controle do tabagismo no País²⁶.

De forma semelhante, o aumento do consumo de frutas e hortaliças foi crescente, até 2015, devido, em parte, a um cenário mais favorável para a promoção da alimentação saudável no Brasil, pelas ações do governo federal para a segurança alimentar e nutricional, como o Programa de Aquisição de Alimentos, o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, e o Guia Alimentar para a População Brasileira²⁷. Fatores econômicos, como aumento da renda familiar e melhor preço dos alimentos, também influenciaram positivamente naquele período^{27,28}.

As crises econômicas ocorridas no Brasil poderiam explicar o decréscimo desse consumo após 2016, haja vista ter havido elevação dos preços dos alimentos, diminuição da renda e aumento do desemprego em razão da crise econômica no País²⁷. Essa situação foi agravada com a pandemia da covid-19 em 2020 e 2021, resultando em aumento da fome, que chegou a alcançar mais de 33 milhões de habitantes, e da insegurança alimentar em algum grau – leve, moderado ou grave (fome) – que atingiu mais da metade da população brasileira²⁹. Tal situação favoreceu hábitos de vida não saudáveis, como consumir alimentos ultraprocessados e bebidas açucaradas, por terem um menor custo para o consumidor, sendo causa relevante para o aumento constante da obesidade no País, que se apresenta em crescimento constante ao longo dos anos³⁰.

Destaca-se a importância de um maior rigor na implementação de medidas regulatórias voltadas à promoção da segurança alimentar, como a taxação de bebidas açucaradas, a concessão de subsídios para o consumo de alimentos saudáveis e a proibição do *marketing* de alimentos direcionado ao público infantil. Além disso, é fundamental que as políticas macroeconômicas, especialmente aquelas direcionadas à geração de emprego e renda, atuem de forma articulada com as políticas sociais, de modo a contribuir para a superação das desigualdades e da pobreza – inclusive no que se refere à garantia do direito à alimentação adequada e saudável^{18,31}.

No que se refere a prática de atividade física, em 2011, foi implantado, no âmbito do SUS, o Programa Academia da Saúde (PAS), com o objetivo de ampliar o acesso e promover a prática de atividade física para toda a população, inclusive os grupos mais vulneráveis³². Essa iniciativa contribuiu para a melhoria dos indicadores referentes à prática de atividade física e à promoção da saúde no Brasil¹⁶, com impactos positivos no enfrentamento das DCNT. Com a pandemia da covid-19, no entanto, houve uma piora nos indicadores de atividade física no tempo livre, acompanhada de um aumento nos comportamentos sedentários²¹. Apesar disso, em 2023, foi observada uma melhora nesse indicador.

O consumo de bebidas alcoólicas é também uma importante causa de morte prematura no Brasil, sendo responsável por cerca de 10% de todas as mortes no mundo entre indivíduos de 15 a 49 anos^{33,34}. Além disso, constitui um fator de risco para diversas doenças e agravos à saúde. Uma revisão sistemática indicou que crises econômicas podem influenciar o consumo de bebidas alcoólicas, especialmente por meio do aumento do desemprego e da redução da renda entre as populações mais vulneráveis³⁵. No Brasil, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas aumentou entre as mulheres e registrou crescimento durante a pandemia³⁶. Diante desse cenário, é fundamental avançar na adoção de medidas regulatórias mais rigorosas, incluindo a proibição ou a restrição mais ampla da propaganda de bebidas alcoólicas nos meios de comunicação, a limitação dos horários e locais de venda, além da revisão da Lei nº 9.294/1996, que atualmente classifica como bebidas alcoólicas apenas aquelas com teor alcoólico superior a 13º Gay-Lussac, para incluir também cervejas e outras bebidas³⁶.

Por fim, é relevante destacar a importância da renovação do compromisso brasileiro com a agenda de enfrentamento das DCNT a partir da aprovação do Plano de Dant 2021-2030, em alinhamento com as metas globais do Plano de Ação da OMS e dos ODS. O Plano representa um avanço ao estabelecer metas claras para a

redução das DCNT e de seus fatores de risco. Para isso, é necessário investir em políticas custo-efetivas, ampliar o acesso à promoção, prevenção e vigilância em saúde, e combater as iniquidades, garantindo acesso às tecnologias em saúde para toda a população, especialmente para os grupos mais vulneráveis

As políticas de austeridade, em especial os cortes resultantes da Emenda Constitucional nº 95, sancionada em 2016 e vigente de 2017 a 2022, foram agravadas com a pandemia da covid-19, ampliaram desigualdades e podem impactar negativamente os indicadores das DCNT. O enfrentamento das DCNT exige políticas intersetoriais e regulatórias sustentáveis, imunes a discontinuidades de governos transitórios. Destaca-se a retomada da PNPS e a importância de adotar ações baseadas em dados e evidências para melhores resultados à população.

Este estudo apresenta algumas limitações que merecem ser destacadas: 1) a utilização de dados autorreferidos pode levar à sub ou superestimação das prevalências, comprometendo a precisão e a validade das estimativas – no entanto, estudos de validação do questionário do Vigitel indicam boa reprodutibilidade e validade dos dados; 2) a amostra do Vigitel – até 2021 composta exclusivamente por adultos residentes nas capitais e no Distrito Federal com telefone fixo – pode limitar a representatividade dos resultados. Esse viés, porém, é parcialmente corrigido pelo uso de fatores de ponderação aplicados pelo método *rake*. Adicionalmente, alterações no plano amostral ao longo das edições do Vigitel podem impactar a comparabilidade temporal dos dados, exigindo cautela na análise de tendências e recomendando-se a realização de estudos específicos para avaliar o efeito dessas mudanças.

Conclusões

Os resultados deste estudo indicam uma tendência geral de redução da mortalidade prematura por DCNT, com uma queda média

anual de 1,4%. No entanto, considerando as tendências atuais, é pouco provável que as metas de redução da mortalidade prematura por DCNT sejam alcançadas. O cumprimento das metas relacionadas com os fatores de risco evidencia avanços importantes em áreas como controle do tabagismo, promoção da atividade física, alimentação saudável e rastreamento do câncer de mama. No entanto, o não atingimento de metas cruciais – como redução do consumo abusivo de álcool, controle da obesidade e ampliação da cobertura do exame preventivo para câncer do colo do útero – aponta para a necessidade de reforçar políticas públicas, especialmente em promoção da saúde, regulação do ambiente alimentar e ampliação do acesso a serviços preventivos.

O cenário demanda estratégias mais integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para garantir a continuidade dos progressos e superar os desafios persistentes. É imprescindível promover a integração de políticas públicas intersetoriais voltadas à redução das desigualdades sociais, ampliar o acesso aos serviços de saúde para prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, além de fortalecer as ações de proteção e promoção da saúde, com investimentos prioritários na APS. Paralelamente, as metas devem ser continuamente monitoradas em âmbito nacional, estadual e municipal, uma vez que esse acompanhamento contribui para a reorientação dos serviços e dos processos de trabalho conforme as prioridades de saúde. Além disso, o monitoramento é fundamental para subsidiar a revisão de estratégias de prevenção, enfrentamento e controle das DCNT, especialmente em um contexto de crise econômica e de políticas de austeridade que podem comprometer os resultados e os indicadores de saúde. Dessa forma, o monitoramento deve ser incorporado de forma permanente à gestão, garantindo o acompanhamento constante dos avanços relativos às novas metas propostas no Plano de Ações para o Enfrentamento das DCNT no Brasil.

Colaboradores

Malta DC (0000-0002-8214-5734)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Veloso GA (0000-0002-5348-3793)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Morais Neto OL

(0000-0002-3786-318X)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Gomes CS (0000-0001-6586-4561)*, Silva AG (0000-0003-2587-5658)*, Moraes EAH (0000-0003-0156-3449)* e Santos FM (0000-0002-0522-0374)* contribuíram para interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2013-2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [acesso em 2025 fev 24]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>
2. United Nations. Resolução A/RES/66/2, de 19 de setembro de 2011. Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral sobre a Prevenção e o Controle de Doenças Não Transmissíveis. New York, NY: United Nations; 2012.
3. Bonita R, Magnusson R, Bovet P, et al. Country actions to meet UN commitments on non-communicable diseases: a stepwise approach. *Lancet*. 2013;381(9866):575-84. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61993-x](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61993-x)
4. Ministério da Saúde (BR). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2025 fev 24]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
5. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saude*. 2011;20(4):425-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000400002>
6. Ministério da Saúde (BR). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 2025 fev 24]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdf
7. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2025 fev 24]. Disponível em: <https://www.gov.br/sau/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2019/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco-pdf>
8. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas ca-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- pitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2025 fev 24]. 131 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doenças-cronicas-por-inquerito-telefonico/view>
9. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease (GBD) [Internet]. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; [data desconhecida] [acesso em 2025 fev 24]. Disponível em: <https://www.healthdata.org>
 10. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) [Internet]. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; [data desconhecida] [acesso em 2025 fev 24]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/sistemas-de-informacao/sim>
 11. Malta DC, Teixeira RA, Cardoso LSM, et al. Premature mortality due to noncommunicable diseases in Brazilian capitals: redistribution of garbage causes and evolution by social deprivation strata. *Rev Bras Epidemiol.* 2023;26(Supl 1):e230002. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720230002.supl.1>
 12. Teixeira RA, Ishitani LH, Marinho F, et al. Methodological proposal for the redistribution of deaths due to garbage codes in mortality estimates for Noncommunicable Chronic Diseases. *Rev Bras Epidemiol.* 2021;24(Supl 1):e210004. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004.supl.1>
 13. Naghavi M, Ong KL, Aali A, et al. Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet.* 2024;403(10440):2100–32. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00367-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00367-2)
 14. StataCorp [Internet]. Versão 16. College Station, TX: StataCorp LLC; 2019 [acesso em 2025 fev 24]. Disponível em: <https://www.stata.com/>
 15. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 674, de 6 de maio de 2022. Dispõe sobre a tipificação da pesquisa e a tramitação dos protocolos de pesquisa no Sistema CEP/Conep. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2022 out 25; Edição 203; Seção I:65.
 16. Malta DC, Duncan BB, Barros MBA, et al. Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2018;23(10):3115–22. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.25222018>
 17. Malta DC, Silva MMA, Moura L, et al. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(4):661–75. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700040009>
 18. Rasella D, Basu S, Hone T, et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLoS Med.* 2018;15(5):e1002570. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>
 20. Souza LEPP, Barros RD, Barreto ML, et al. The potential impact of austerity on attainment of the Sustainable Development Goals in Brazil. *BMJ Glob Health.* 2019;4(5):e001661. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001661>
 21. Malta DC, Gomes CS, Barros MBA, et al. Distanciamento social, sentimento de tristeza e estilos de vida da população brasileira durante a pandemia de Covid-19. *Saude debate.* 2021;44:177–90. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E411>
 22. Malta DC, Pinheiro PC, Andrade FMD, et al. População com risco cardiovascular elevado em uso de medicamento e aconselhamento: a situação do Brasil em relação à meta mundial, 2014–2015. *Epidemiol Serv Saude.* 2021;30(2):e2020369. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000200016>
 23. Brant LCC, Nascimento BR, Teixeira RA, et al. Excess of cardiovascular deaths during the COVID-19 pandemic in Brazilian capital cities. *He-*

- art. 2020;106(24):1898-905. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2020-317663>
24. Souza LE, Rasella D, Barros R, et al. Smoking prevalence and economic crisis in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2021;55:1-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002768>
 25. Malta DC, Morais ÉAH, Silva AG, et al. Mudanças no uso do tabaco entre adolescentes brasileiros e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. *Ciênc saúde coletiva*. 2024;29(9):e08252023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.08252023>
 26. Scholz JR, Malta DC, Fagundes AAP, et al. Posicionamento da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre o Uso de Dispositivos Eletrônicos para Fumar – 2024. *Arq Bras Cardiol*. 2024;121(2). DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20240063>
 27. Silva LES, Claro RM. Tendências temporais do consumo de frutas e hortaliças entre adultos nas capitais brasileiras e Distrito Federal, 2008-2016. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(5):e00023618. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00023618>
 28. Claro RM, Monteiro CA. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2010;44(6):1014-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000600005>
 29. Rede PENSSAN. II VIGISAN – Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil: suplemento I – Insegurança Alimentar nos estados [Internet]. Brasília, DF: Rede PENSSAN; 2022 [acesso em 2025 fev 24]. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>
 30. Malta DC, Gomes CS, Felisbino-Mendes MS, et al. Undernutrition, and overweight and obesity: the two faces of malnutrition in Brazil, analysis of the Global Burden of Disease, 1990 to 2019. *Public Health*. 2024;229:176-84. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.12.037>
 31. Neder H, Alves Filho N, Souza S. Acesso à renda e inflação de preços de alimentos no Brasil: análise dos efeitos do programa Bolsa Família. *Rev Econ Sociol Rural*. 2015;53(1):51-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/1234-56781806-9479005301003>
 32. Sá GBAR, Dornelles GC, Cruz KG, et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(6):1849-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.09562016>
 33. Machado Í, Monteiro M, Monteiro R, et al. Trends in mortality rates where alcohol was a necessary cause of death in Brazil, 2000-2013. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e9. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.9>
 34. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;392(10152):1015-35. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
 35. Goeij MCM, Suhrcke M, Toffolutti V, et al. How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: A realist systematic review. *Soc Sci Med*. 2015;131:131-46. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.025>
 36. Malta DC, Silva AG, Prates EJS, et al. Convergence in alcohol abuse in Brazilian capitals between genders, 2006 to 2019: what population surveys show. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24:e210022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210022.supl.1>

Recebido em 28/02/2025

Aprovado em 04/07/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – Fapemig, chamada 011/2022 (APQ-03788-22); Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde (TED 67/2023); Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Bolsa de Produtividade em Pesquisa de Deborah Carvalho Malta

Editora responsável: Jamilli Silva Santos