

Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022

doi: 10.5123/S1679-49742011000400002

Presentation of the Strategic Action Plan for Coping with Chronic Diseases in Brazil from 2011 to 2022

Deborah Carvalho Malta

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

Otaliba Libânio de Moraes Neto

Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF, Brasil
Universidade Federal de Goiás, Goiânia-GO, Brasil

Jarbas Barbosa da Silva Junior

Secretário de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF, Brasil

Grupo Técnico de Redação

Resumo

Objetivo: apresentar uma síntese do 'Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022'. **Metodologia:** a elaboração do Plano contou com a participação de diferentes instituições, Secretarias e áreas técnicas do Ministério da Saúde (MS) e de outros órgãos governamentais. **Resultados:** após dez meses de construção coletiva, o Plano de DCNT foi divulgado na Reunião de Alto Nível da Organização das Nações Unidas, em setembro de 2011; o Plano define e prioriza as ações e os investimentos necessários ao país para enfrentar e deter as DCNT nos próximos dez anos e fundamenta-se em três diretrizes principais: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; e c) cuidado integral. **Conclusão:** a consolidação do plano depende da mobilização de toda a sociedade civil, para a priorização das DCNT nas políticas e nos investimentos nacionais.

Palavras-chave: doença crônica; fatores de risco; vigilância epidemiológica; cuidado integral; doenças cardiovasculares.

Summary

Objective: this work aims to present a synthesis of the 'Strategic Action Plan to Tackle Non-Communicable Chronic Diseases (NCD) in Brazil, 2011-2022'. **Methodology:** the plan elaboration counted on the participation of different institutions, Secretariats and technical areas of the Ministry of Health, and other governmental organizations. **Results:** after ten months of collective construction, NCDs Plan has been broadcast at the High Level Meeting of the United Nations, in September 2011; the Plan defines and prioritizes actions and investments necessary to face and detain NCDs in the next ten years based on three principles: a) surveillance, information, evaluation and monitoring, b) health promotion, and c) integral care. **Conclusion:** NCDs Plan consolidation depends on the mobilizing of the entire civil society, to contemplate NCDs as priority in national policies and investments.

Key words: chronic diseases; risk factors; epidemiologic surveillance; integral care; cardiovascular diseases.

Endereço para correspondência:

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, SAF SUL, Trecho 2, Lotes 5/6, Bloco F, Torre 1, Edifício Premium, Térreo, Sala 14, Brasília-DF, Brasil. CEP: 70070-600
E-mail: cgdant@saude.gov.br

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de óbitos no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza.¹

Apesar do rápido crescimento das DCNT, seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo-efetivas de promoção de saúde, para redução de seus fatores de risco, e pela melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno.

Das 57 milhões de mortes no mundo em 2008, 36 milhões – ou 63,0% – aconteceram em razão das DCNT, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica.² Cerca de 80,0% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29,0% das pessoas têm menos de 60 anos de idade. Nos países de renda alta, apenas 13,0% são mortes precoces.³

No Brasil, como nos outros países, as doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72,0% das causas de óbitos, com destaque para doenças do aparelho circulatório (DAC) (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%),⁴ e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda.

Os principais fatores de risco para as DCNT são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool,⁵ responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto.

Cerca de seis milhões de pessoas morrem a cada ano pelo uso do tabaco, tanto por utilização direta quanto por fumo passivo.⁶ Até 2020, esse número deve aumentar para 7,5 milhões, contando 10,0% de todas as mortes.⁷ Estima-se que fumar cause, aproximadamente, 70,0% dos cânceres de pulmão, 42,0% das doenças respiratórias crônicas e cerca de 10,0% das doenças do aparelho circulatório.⁸

As estimativas mostram que 3,2 milhões de pessoas morrem a cada ano devido à inatividade física.⁸ Pessoas

que são insuficientemente ativas têm de 20,0 a 30,0% de aumento no risco de todas as causas de mortalidade.⁶ Atividade física regular reduz o risco de doença circulatória, inclusive hipertensão, diabetes, câncer de mama e de cólon, além de depressão.

Cerca de seis milhões de pessoas morrem a cada ano pelo uso do tabaco, tanto por utilização direta quanto por fumo passivo. Até 2020, esse número deve aumentar para 7,5 milhões.

Considera-se que o uso nocivo do álcool seja responsável por 2,3 milhões de mortes a cada ano, correspondendo a 3,8% de todas as mortes no mundo.⁸ Mais da metade desses óbitos são causados por DCNT, incluindo câncer, doenças do aparelho circulatório e cirrose hepática. O consumo *per capita* de bebidas alcoólicas é mais alto em países de alta renda.³

O consumo adequado de frutas, legumes e verduras reduz os riscos de doenças do aparelho circulatório, câncer de estômago e câncer colorretal.^{9,10} A maioria das populações consome mais sal que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a prevenção de doenças.¹¹ O grande consumo de sal é um importante determinante de hipertensão e risco cardiovascular.¹² A alta ingestão de gorduras saturadas e ácidos graxos trans está ligada às doenças cardíacas.¹³ A alimentação não saudável, incluindo o consumo de gorduras, está aumentando rapidamente na população de baixa renda.³

Estima-se que o excesso de peso e a obesidade causem 2,8 milhões de mortes a cada ano.⁸ Os riscos de doença cardíaca, acidente vascular encefálico (AVE) e diabetes aumentam consistentemente com o aumento de peso.¹⁴ O índice de massa corporal (IMC) elevado também aumenta os riscos de certos tipos de câncer (de mama, colorretal, de endométrio, rim, esôfago, pâncreas).¹⁵ O excesso de peso tem crescido entre crianças e adolescentes, no mundo.

A epidemia de DCNT tem afetado, sobretudo, pessoas de baixa renda, mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso a serviços de saúde. Além disso, a presença dessas doenças cria um círculo vicioso, levando essas pessoas a maior estado de pobreza.³

Há forte evidência que correlaciona os determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, aos fatores de risco e à prevalência de DCNT.¹⁶ No Brasil, os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuem para um maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas. Nesse contexto, grupos étnicos e raciais menos privilegiados, como a população indígena, têm tido participação desproporcional nesse aumento verificado na carga de doenças crônicas.⁴

O tratamento para diabetes, câncer, doenças do aparelho circulatório e doença respiratória crônica pode ser de curso prolongado, onerando os indivíduos, as famílias e os sistemas de saúde. Os gastos familiares com DCNT reduzem a disponibilidade de recursos para necessidades como alimentação, moradia e educação, entre outras. A OMS estima que, a cada ano, 100 milhões de pessoas são levadas à pobreza nos países em que se tem de pagar diretamente pelos serviços de saúde.¹²

No Brasil, mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde – SUS –, gratuito e universal, o custo individual de uma doença crônica ainda é bastante alto, em função dos custos agregados, o que contribui para o empobrecimento das famílias.

Para o sistema de saúde, os custos diretos das DCNT representam impacto crescente. No Brasil, as DCNT estão entre as principais causas de internações hospitalares.

Recente análise do Banco Econômico Mundial estima que países como Brasil, China, Índia e Rússia perdem, anualmente, mais de 20 milhões de anos produtivos de vida devido às DCNT.¹⁷ Avaliações para o Brasil indicam que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes de apenas três DCNT (diabetes; doença do coração; e acidente vascular encefálico) levarão a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015.¹⁸

O impacto socioeconômico das DCNT está afetando o progresso das Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM), que abrangem temas como saúde e determinantes sociais (educação e pobreza). Essas metas têm sido afetadas, na maioria dos países, pelo crescimento da epidemia de DCNT e seus fatores de risco.³

As quatro doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças cardiovasculares; diabetes; câncer;

e doenças respiratórias crônicas) têm quatro fatores de risco em comum, modificáveis: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e álcool. Em termos de mortes atribuíveis, os grandes fatores de risco globalmente conhecidos são: pressão arterial elevada (responsável por 13,0% das mortes no mundo); tabagismo (9,0%); altos níveis de glicose sanguínea (6,0%); inatividade física (6,0%); e sobrepeso e obesidade (5,0%).⁸

A maioria dos óbitos por DCNT é atribuída às doenças do aparelho circulatório, ao câncer, ao diabetes e às doenças respiratórias crônicas. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes.⁴ Apesar de elevada, observou-se redução de 20% nessa taxa na última década, principalmente em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram no mesmo período.

Ainda preocupam os baixos níveis de atividade física no lazer da população adulta (15,0%), de consumo de cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana (18,2%), o consumo de alimentos com elevado teor de gordura (34,0%) e refrigerantes cinco ou mais dias por semana (28,0%), além dos fatores que contribuem para o aumento das prevalências de excesso de peso e de obesidade, que atingem 48,0% e 14,0% dos adultos respectivamente.¹⁹

Como resposta ao desafio das DCNT, o Ministério da Saúde do Brasil tem implementado importantes políticas de enfrentamento dessas doenças, com destaque para a Organização da Vigilância de DCNT, cujo objetivo é conhecer a distribuição, magnitude e tendência das doenças crônicas e agravos e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção da saúde. Foram organizados inquéritos de fatores de risco em domicílios, monitoramentos anuais por telefone e inquéritos em adolescentes.²⁰ A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), publicada em 2006, que prioriza diversas ações no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool, tem sido uma prioridade de governo.²¹ O programa 'Academia da Saúde', criado em abril de 2011, visa à promoção de atividade física e tem por meta sua expansão para quatro mil municípios até 2015. Entre as ações de enfrentamento do tabagismo, destacam-se as ações regulatórias, como proibição da propaganda de cigarros, advertências sobre o risco

de problemas nos maços do produto, e adesão, em 2006, à Convenção-Quadro do Controle do Tabaco. No campo da alimentação saudável, o incentivo ao aleitamento materno tem sido uma importante iniciativa do Ministério da Saúde, ao lado do 'Guia de Alimentação Saudável', da rotulagem dos alimentos e dos acordos com a indústria para a eliminação das gorduras trans e, recentemente, para a redução de sal nos alimentos. Além disso, nos últimos anos, ocorreu uma importante expansão da Atenção Primária em Saúde, que, hoje, cobre cerca de 60,0% da população brasileira. As equipes de saúde atuam em território definido, com população adstrita, realizando ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção e assistência, além de acompanhamento longitudinal dos usuários, o que é fundamental na melhoria da resposta ao tratamento daqueles com DCNT. Outro destaque refere-se à expansão da atenção farmacêutica e distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes (anti-hipertensivos, insulinas, hipoglicemiantes, estatina, entre outros) nas farmácias das Unidades Básicas do SUS. Em março de 2011, o programa 'Farmácia Popular/Saúde Não Tem Preço' passou a ofertar medicamentos para hipertensão e diabetes e, atualmente, mais de 20 mil farmácias privadas já estão cadastradas para a distribuição gratuita desses medicamentos. Além disso, o governo brasileiro lançou, em 2011, o programa 'Brasil sem Miséria', que visa à redução da pobreza destacando ações para o enfrentamento de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes.

Entretanto, o enfrentamento das DCNT ainda exige esforços do setor Saúde; e de outros setores, dada sua magnitude e complexidade de seus determinantes. O Ministério da Saúde lançou, em agosto de 2011, o 'Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022'.

O objetivo deste trabalho é apresentar uma síntese desse plano de enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis, seus objetivos e eixos estratégicos, e suas principais ações e metas.

Metodologia

A elaboração do 'Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022' pelo Ministério da Saúde contou com diversas instituições.

Quanto à metodologia empregada na construção do Plano de DCNT, partiu-se, de um lado, do levantamento junto às áreas técnicas responsáveis das ações desenvolvidas em relação às DCNT pelo Ministério da Saúde, e por outro lado, da revisão das ações propostas pela OMS, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e outros países com evidências de benefício em DCNT.^{1,3} Esses processos foram conduzidos pela Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, e levados como propostas à direção do Ministério, que definiu pelo processamento das discussões do Plano no âmbito do Comitê Gestor da Promoção da Saúde. Todas as áreas técnicas das Secretarias do Ministério envolvidas no tema de DCNT foram convidadas para participar da construção do Plano de DCNT, propondo ações e definindo orçamentos e metas.

Após reuniões internas nos meses de fevereiro, março, abril e maio de 2011, o processo foi ampliado para diferentes segmentos da sociedade, sendo realizadas diversas reuniões e três fóruns externos em junho, com a participação de organizações não governamentais (ONG), entidades médicas, entidades profissionais, instituições de ensino e pesquisa, sociedade civil organizada e, ainda, de representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e de associações de portadores de doenças crônicas, além de outros ministérios do governo brasileiro. Nesses fóruns, foram definidos os eixos estratégicos do Plano de DCNT, bem como as ações, as metas nacionais e as metas por ações estratégicas.

Em julho de 2011, o Plano de DCNT foi apresentado no colegiado do Gabinete do Ministro da Saúde. Em seguida, o Ministro da Saúde e o Secretário de Vigilância em Saúde apresentaram o documento aos Secretários Executivos de dezenove ministérios do Governo Federal, colhendo sugestões de ações intersetoriais.

Paralelamente, a Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde (Ascom) preparou o Plano Intersetorial de Mobilização de DCNT, que envolveu a Secretaria de Comunicação da Presidência da República (Secom) e os ministérios com áreas de interseção. Esse plano de comunicação prevê ações para os próximos anos, que envolvem a comunicação da Saúde com outros setores do governo.

Foi criado um sítio eletrônico institucional para tornar público o Plano de DCNT, possibilitando sua ampla divulgação pela internet. Por meio desse sítio, também foi possível o envio de sugestões e a participação, por exemplo, na Carta Aberta de Brasília, em que pessoas físicas e entidades podiam aderir à Declaração Brasileira para a Prevenção e o Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Essa grande mobilização, estimulando a participação na elaboração do Plano de DCNT e sua divulgação, foi uma preparação para a etapa seguinte, de aprovação nas instâncias do SUS e de lançamento nacional e internacional.

Em julho de 2011, o Plano de Enfrentamento das DCNT foi apresentado na Comissão de Gestores Tripartite, sendo aprovado, bem como decidida a definição futura de metas regionais que também pudessem ser atingidas pelos gestores estaduais e municipais. Em 18 e 19 de agosto, o Plano foi lançado pelo Ministro da Saúde no Fórum Nacional, em Brasília, reunindo mais de 400 pessoas, e amplamente divulgado para a população pela imprensa. O Fórum Nacional ainda serviu para a coleta de sugestões dos diversos segmentos da sociedade para a versão final do Plano.

No início de setembro, o Plano de DCNT foi apresentado ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), que lhe deu amplo apoio e onde se definiu que o mesmo seria levado ao conhecimento da 14ª Conferência Nacional de Saúde, em novembro de 2011. Antes, nos dias 19 e 20 de setembro, o documento foi divulgado na Reunião de Alto Nível da ONU, pela Presidenta Dilma Rousseff, pelo Ministro da Saúde Alexandre Padilha e delegação brasileira, sendo, na ocasião, distribuído nas versões para os idiomas inglês e espanhol.

Desde então, o Plano de DCNT tem sido apresentado e divulgado em inúmeros eventos governamentais e da sociedade civil, como a 11ª Expo-EPI, o VIII Congresso de Epidemiologia da Abrasco e a 14ª Conferência Nacional de Saúde, além de sua divulgação – permanente – pela *web* (http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_completa_portugues.pdf). Foi feita, ainda, uma impressão de mais de 15 mil exemplares, para livre distribuição.

Decorreram cerca de dez meses entre o planejamento e a divulgação do 'Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil'. Sua consolidação foi um compromisso de todos os níveis de gestão do SUS e de diversas instituições da sociedade civil organizada.

O Plano de DCNT aborda os quatro principais grupos de doenças – doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes – e fatores de risco – tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade.

Foram propostas três diretrizes ou eixos prioritários: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde; e cuidado integral.

Resultados

Síntese do Plano de Enfrentamento de DCNT

O 'Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022' define e prioriza as ações e os investimentos necessários no sentido de preparar o país para enfrentar e deter as DCNT nos próximos dez anos.

O objetivo do Plano de DCNT é promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e de seus fatores de risco, e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas.

O Plano fundamenta-se no delineamento de três principais diretrizes ou eixos: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; e c) cuidado integral.

Vigilância, informação, avaliação e monitoramento

Os três componentes essenciais da vigilância de DCNT são: monitoramento dos fatores de risco; monitoramento da morbidade e mortalidade específicas das doenças; e respostas dos sistemas de saúde, que também incluem gestão, políticas, planos, infraestrutura, recursos humanos e acesso a serviços de saúde essenciais, inclusive a medicamentos. O eixo da Vigilância dará sequência às ações de monitoramento de DCNT e seus fatores de risco e ampliará novas ações em termos de inquéritos populacionais mais amplos, pesquisas de monitoramento de desigualdades, entre outros. As principais ações são: a) realização da Pesquisa Nacional de Saúde em 2013, em parceria com a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), gerando informações e conhecimentos sobre

o processo saúde-doença e seus determinantes sociais, para formulação de políticas de saúde no Brasil. Serão pesquisados temas como: acesso aos serviços e sua utilização; morbidade; fatores de risco e proteção a doenças crônicas; e saúde dos idosos, das mulheres e das crianças. Também serão feitas medições antropométricas e de pressão arterial, além de coleta de material biológico; b) realização de inquéritos populacionais, telefônicos e em populações especiais, como adolescentes; c) realização de estudos sobre DCNT, como análises de morbimortalidade, avaliação de intervenções em saúde, estudos sobre desigualdades em saúde, identificação de populações vulneráveis (indígenas, quilombolas, outras), avaliação de custos de DCNT, entre outros; e d) criação de um portal na internet, para monitorar e avaliar a implantação do Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT, bem como a evolução das DCNT no país.

Promoção da saúde

Compreendendo a importância das parcerias para superar os fatores determinantes do processo saúde-doença, foram definidas diferentes ações envolvendo diversos ministérios (Educação, Cidades, Esporte, Desenvolvimento Agrário, Desenvolvimento Social, Meio Ambiente, Agricultura/Embrapa, Trabalho e Planejamento), a Secretaria Especial de Direitos Humanos, a Secretaria de Segurança Pública, órgãos de Trânsito e outros, além de organizações não governamentais, empresas e sociedade civil, com o objetivo de viabilizar as intervenções que impactem positivamente na redução dessas doenças e seus fatores de risco, especialmente para as populações em situação de vulnerabilidade. Principais ações:

Atividade física

a) Programa Academia da Saúde: construção de espaços saudáveis que promovam ações de promoção da saúde e estimulem a atividade físicas-práticas corporais, em articulação com a Atenção Primária à Saúde.

b) Programa 'Saúde na Escola': implantação em todos os municípios, incentivando ações de promoção da saúde e de hábitos saudáveis nas escolas (como as cantinas saudáveis); reformulação de espaços físicos, visando à prática de aulas regulares de educação física e à prática de atividade física no contraturno.

c) Praças do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC): fortalecimento da construção das

praças do PAC dentro do Eixo Comunidade Cidadã, além de busca pela cobertura de todas as faixas etárias; as praças do PAC integram atividades e serviços culturais, práticas esportivas e de lazer, formação e qualificação para o mercado de trabalho, serviços socioassistenciais, políticas de prevenção à violência e de inclusão digital.

d) Espaços urbanos saudáveis: criação do 'Programa Nacional de Calçadas Saudáveis' e construção e reativação de ciclovias, parques, praças e pistas de caminhadas.

e) Campanhas de comunicação: criação de campanhas que incentivem a prática de atividade física e hábitos saudáveis, articuladas com grandes eventos como a Copa do Mundo de Futebol de 2014 e as Olimpíadas de 2016 no Rio de Janeiro-RJ.

Alimentação saudável

a) Escolas: promoção de ações de alimentação saudável, pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar.

b) Oferta de alimentos saudáveis: estabelecimento de parcerias e acordos com a sociedade civil (agricultores familiares, pequenas associações e outros), para o aumento da produção e da oferta de alimentos in natura, visando ao acesso à alimentação adequada e saudável.

c) Apoio a iniciativas intersetoriais, para o aumento da oferta de alimentos básicos e minimamente processados, no contexto da produção, do abastecimento e do consumo alimentar.

d) Acordos com a indústria para redução do sal e do açúcar: estabelecimento de acordo com o setor produtivo e parceria com a sociedade civil, para redução do sal e do açúcar nos alimentos, buscando avançar em uma alimentação mais saudável.

e) Redução dos preços dos alimentos saudáveis: fomento à adoção de medidas fiscais, tais como redução de impostos, taxas e subsídios, visando à redução dos preços dos alimentos saudáveis (frutas, hortaliças) e o estímulo a seu consumo.

f) Implantação do 'Plano Intersetorial de Obesidade', com vistas à redução da obesidade na infância e na adolescência.

Tabagismo e álcool

a) Adequação da legislação nacional que regula o ato de fumar em recintos coletivos: ampliação das ações de prevenção e de cessação do tabagismo, com

atenção especial aos grupos mais vulneráveis (jovens, mulheres, população de menor renda e escolaridade, indígenas, quilombolas).

b) Fortalecimento da implementação da política de preços e de aumento de impostos dos produtos derivados do tabaco e álcool, com o objetivo de reduzir o consumo.

c) Apoio à intensificação de ações fiscalizatórias em relação à venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos.

d) Fortalecimento das ações educativas voltadas à prevenção e à redução do uso de álcool e tabaco, pelo programa 'Saúde na Escola'.

e) Apoio a iniciativas locais de legislação específica, no sentido do controle de pontos de venda de álcool e do horário noturno de fechamento de bares e outros pontos correlatos de comércio.

Envelhecimento ativo

a) Implantação de um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo, favorecendo ações de promoção da saúde, prevenção e atenção integral.

b) Promoção de envelhecimento ativo e de ações que envolvam a Saúde Suplementar.

c) Incentivo aos idosos para a prática da atividade física regular no programa 'Academia da Saúde'.

d) Capacitação das equipes de profissionais da Atenção Primária em Saúde para o atendimento, acolhimento e cuidado da pessoa idosa e de pessoas com condições crônicas.

e) Incentivo à ampliação da autonomia e independência para o autocuidado e o uso racional de medicamentos.

e) Criação de programas para formação do cuidador da pessoa idosa e com condições crônicas.

Cuidado integral

Serão realizadas ações visando ao fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde e à ampliação das ações de cuidado integrado para a prevenção e o controle das DCNT. Principais ações:

a) Linha de cuidado de DCNT: definição e implementação de protocolos e diretrizes clínicas das DCNT com base em evidências de custo-efetividade, vinculando os portadores ao cuidador e à equipe da Atenção Primária, garantindo a referência e contrarreferência para a rede de especialidades e hospitalar, e favorecendo a continuidade do cuidado e a integralidade na atenção.

b) Capacitação e telemedicina: capacitação das equipes da Atenção Primária em Saúde, expandindo recursos de telemedicina, segunda opinião e cursos à distância, para qualificação da resposta às DCNT.

c) Medicamentos gratuitos: ampliação do acesso gratuito aos medicamentos e insumos estratégicos previstos nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas das DCNT e tabagismo.

d) Câncer do colo do útero e de mama: aperfeiçoamento do rastreamento do câncer do colo do útero e de mama: universalização desses exames a todas as mulheres, independentemente de renda e raça/cor, reduzindo desigualdades; e garantia de 100% de acesso ao tratamento de lesões precursoras de câncer.

e) Implantação do programa 'Saúde Toda Hora':

i. Atendimento de urgência: fortalecimento do cuidado integrado ao portador de doenças do aparelho circulatório na rede de urgência, entre unidades de promoção, prevenção e atendimento à saúde, com o objetivo de tornar esse atendimento mais rápido e eficaz.

ii. Atenção domiciliar: ampliação do atendimento em domicílio a pessoas com dificuldades de locomoção ou que precisem de cuidados regulares ou intensivos e não de hospitalização, como idosos, acamados, portadores de sequelas de acidente vascular encefálico – AVE –, entre outros; cuidados ambulatoriais e hospitalares em casa, ampliando o campo de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica.

iii. Unidades coronarianas e de AVE: qualificação das estruturas hospitalares para o atendimento em urgência e emergência, sem restringir as portas de entrada aos prontos-socorros; priorização dos atendimentos a traumas, problemas cardíacos e acidente vascular encefálico por meio da criação, dentro dos hospitais, de unidades especializadas – unidades coronarianas e unidades de AVE –, visando qualificar a resposta a esses agravos e possibilitar a criação de novas vagas hospitalares e de leitos de retaguarda, evitando espera nas portas dos hospitais.

Foram propostas metas nacionais para o 'Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022':

- Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2,0% ao ano (Figura 1).
- Reduzir a prevalência de obesidade em crianças de 5 a 9 anos de idade, do sexo masculino, passando de 16,6% (2008) para 8,0% (2022); e em crianças de 5 a 9 anos de idade, do sexo feminino, passando de 11,8% (2008) para 5,1% (2022) (Figura 2).
- Reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes de 10 a 19 anos de idade, do sexo masculino, passando de 5,9% (2008) para 3,2% (2022); e em adolescentes de 10 a 19 anos de idade, do sexo feminino, passando de 4,0% (2008) para 2,7% (2022).
- Deter o crescimento da obesidade em adultos (18 anos ou mais anos de idade), mantendo, para os próximos dez anos, as prevalências de 2008: 48,1% de excesso de peso; e 15,0% de obesidade.
- Reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool, de 18,0% (2011) para 12,0% (2022) (Figura 3).
- Reduzir a prevalência de tabagismo em adultos (18 anos ou mais anos de idade), de 15,1% (2011) para 9,1% (2022) (Figura 4).
- Aumentar a prevalência de atividade física no lazer, de 14,9% (2010) para 22,0% (2022) (Figura 5).
- Aumentar o consumo de frutas e hortaliças, de 18,2% (2010) para 24,3% (2022).
- Reduzir o consumo médio de sal, de 12 gramas (2010) para 5 gramas (2022).
- Aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos de idade, de 54,0% (2008) para 70,0% (2022).
- Ampliar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos de idade, de 78,0% (2008) para 85,0% (2022).
- Garantir o tratamento das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer de colo de útero e de mama.

Discussão

A Reunião de Alto Nível da ONU, em setembro de 2011, marca um novo momento global, priorizando o tema das DCNT e a articulação e o suporte de todos os setores do governo no enfrentamento dessas doenças. Ela também destaca a importância da atuação da sociedade civil, de ONG e do setor privado para a obtenção do sucesso contra a epidemia das DCNT.

O plano brasileiro de enfrentamento das DCNT visa preparar o país para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais acidente vascular encefálico, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. No Brasil, essas doenças

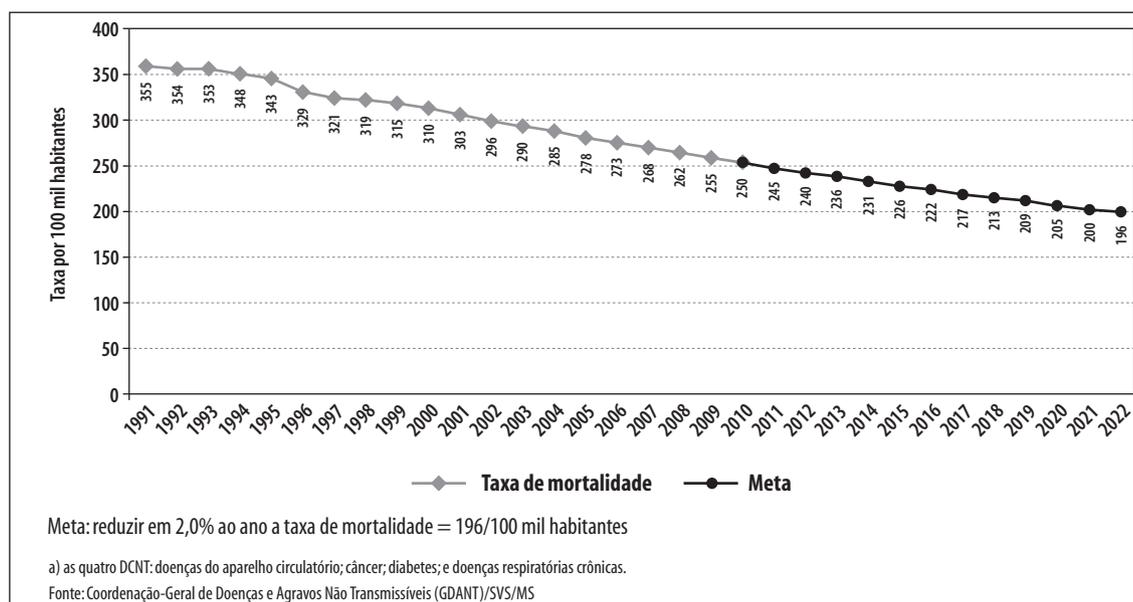


Figura 1 - Projeção das taxas de mortalidade prematura (<70 anos de idade) pelo conjunto das quatro DCNT^a. Brasil, 1991 a 2022

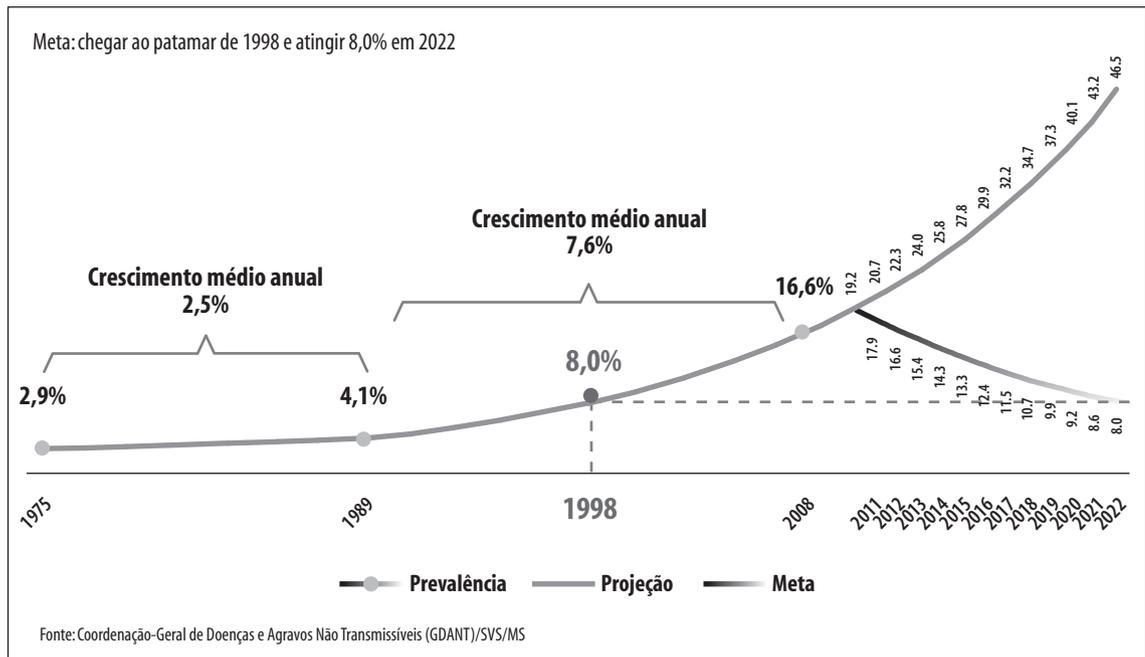


Figura 2 - Projeção da obesidade em meninos de 5 a 9 anos de idade. Brasil, 1975 a 2022

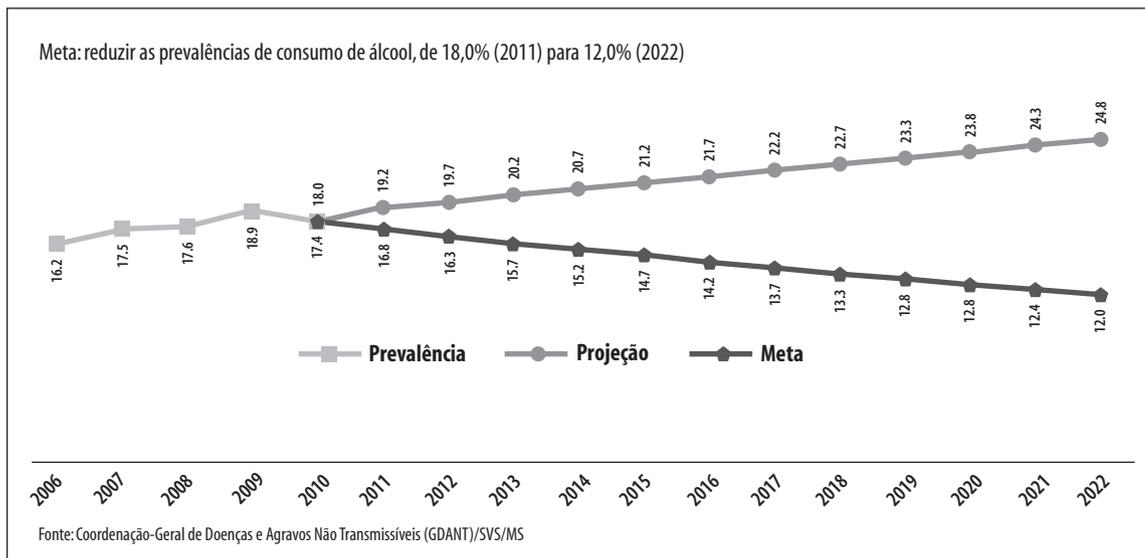


Figura 3 - Projeção do consumo nocivo de álcool em adultos (≥18 anos) nas 26 capitais e no Distrito Federal. Brasil, 2006 a 2022

constituem o problema de saúde de maior magnitude e respondem por cerca de 70,0% das causas de mortes,⁴ atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa

escolaridade e renda. Na última década, observou-se redução de aproximadamente 20,0% nas taxas de mortalidade pelas DCNT, o que pode ser atribuído à expansão da Atenção Primária, melhoria da assistência

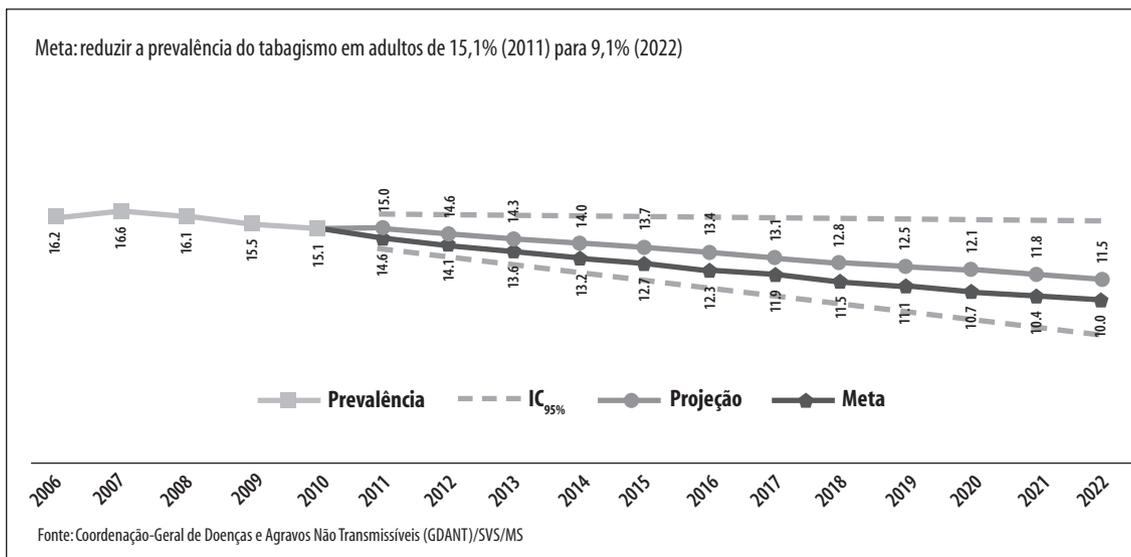


Figura 4 - Projeção do tabagismo em adultos (≥18 anos) nas 26 capitais e no Distrito Federal. Brasil, 2006 a 2022

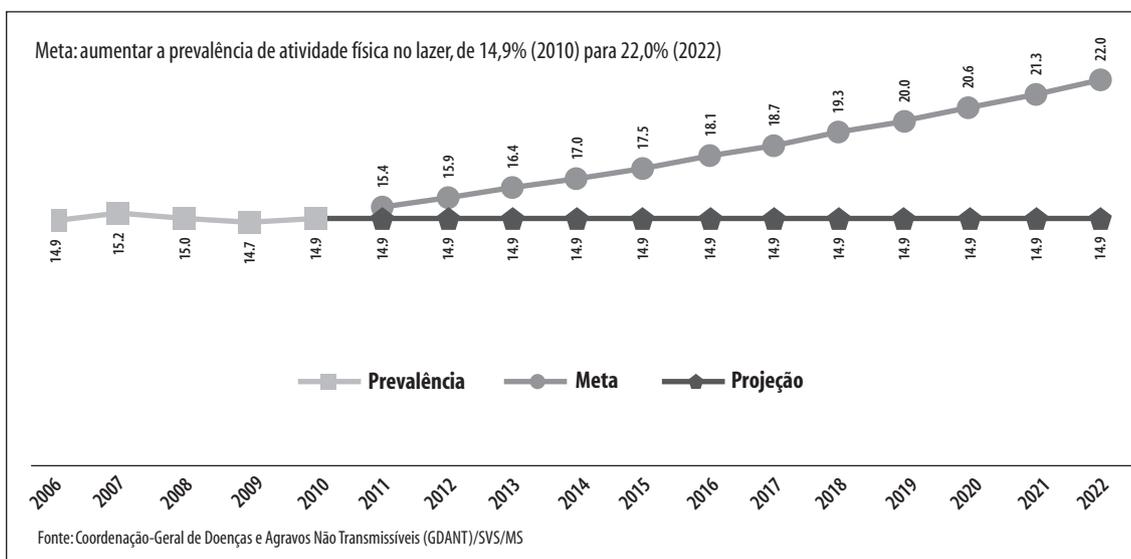


Figura 5 - Projeção da atividade física no lazer em adultos (≥18 anos) nas 26 capitais e no Distrito Federal. Brasil, 2006 a 2022

e redução do consumo do tabaco desde os anos 1990, mostrando importante avanço na saúde dos brasileiros.

Como determinantes sociais das DCNT, são apontadas as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além de fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida

alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, tornando possível sua prevenção.

A pobreza, entendida não apenas como falta de acesso a bens materiais como também de oportunidades, de opções e de voz perante o Estado e a sociedade, constitui uma grande vulnerabilidade frente a imprevistos e fator de risco para doenças crônicas. A epidemia

de DCNT tem um substancial impacto negativo sobre o desenvolvimento humano e social. O diagnóstico das DCNT e de seus fatores de risco aponta para a maior carga entre populações vulneráveis, o que precisa ser enfrentado e monitorado com ações afirmativas, no sentido de produzir mais investimentos junto a essas populações e reduzir a iniquidade em saúde. A prevenção e a promoção da saúde devem, por essa razão, ser incluídas como prioridades nas iniciativas de desenvolvimento e investimento. O fortalecimento da prevenção e o controle de DCNT devem, também, ser considerados como parte integral dos programas de redução da pobreza e de outros programas de assistência ao desenvolvimento. Este é outro argumento do Plano de Enfrentamento de DCNT: manter amplo diálogo com diversos setores de governo de forma a executar diversas ações em diferentes *locus*, o que pressupõe a integração e o trabalho articulado entre diversos setores.

O Plano de DCNT aborda os quatro principais grupos de doenças (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes), as de maior magnitude, que correspondem a cerca de 80,0% das DCNT. Tais doenças têm, entre seus determinantes modificáveis, fatores de risco em comum (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade). Essa mesma abordagem é priorizada pela OMS, haja vista as inúmeras evidências de melhor custo-efetividade na abordagem integrada dos fatores de risco.^{1,3} Agir sobre esses fatores de risco comuns também reduzirá outras DCNT não incluídas nesse primeiro rol de doenças priorizadas. O Sistema único de Saúde atua em todos os problemas e necessidades de saúde da população; portanto, todas as doenças são objeto de cuidado, mesmo as que não foram aqui destacadas, nos diversos serviços disponíveis no SUS.

A vigilância e o monitoramento das DCNT e seus fatores de risco, indispensáveis para a organização da resposta dos serviços, devem ser integrados aos sistemas de informações em saúde, adotando-se indicadores mensuráveis e específicos. As ações de promoção à saúde são essenciais e visam à proteção universal, à comunicação em saúde, à atuação intersetorial, entre outros. A regulação é essencial no Plano de DCNT e várias das medidas adotadas passam pela articulação intersetorial, envolvendo temas como álcool, tabaco, alimentos, os quais necessitam da integração entre governo, poder legislativo e sociedade, na definição

das medidas que possam ter maior abrangência populacional, como a regulamentação da propaganda de alimentos, a proibição de propaganda de tabaco e álcool, a proibição da venda de bebidas para menores, entre outras. O Plano de Enfrentamento de DCNT visa promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, além do fortalecimento dos serviços de saúde voltados às doenças crônicas. Medidas de prevenção e controle devem estar embasadas em claras evidências de custo-efetividade. Intervenções de base populacional devem ser complementadas por intervenções individuais de atenção à saúde.²² O fortalecimento dos sistemas de atenção à saúde para a abordagem de DCNT inclui o reforço da atenção básica de saúde, articulando-a os demais níveis de atenção e às redes de serviços. É reconhecida a importância da atenção básica de saúde na realização de ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção e assistência e acompanhamento longitudinal dos portadores de DCNT, vinculando-se e responsabilizando-se pelos usuários.

Entre os fundamentos conceituais do Plano de DCNT, compreende-se uma abordagem integral das doenças crônicas não transmissíveis, em todos os níveis de atuação (promoção, prevenção e cuidado integral), articulando ações da linha do cuidado no campo da macro e da micropolítica. No campo da micropolítica, situam-se ações regulatórias, articulações intersetoriais e organização da rede de serviços e do sistema de saúde (fortalecimento das equipes multidisciplinares), bem como apoio aos sistemas de decisão (guidelines baseados em evidências, treinamento dos profissionais) e ao sistema de informação clínico (informações do portador). No campo da micropolítica, atuação da equipe na linha do cuidado e vinculação e responsabilização do cuidador, com acompanhamento longitudinal e a produção da autonomia do usuário.²³ O modelo de atenção aos portadores de doenças crônicas implica em componentes do suporte ao autogerenciamento, empoderamento e autonomização desses portadores, com investimento em aconselhamento, educação e informação e avaliação.^{23,24}

Outra compreensão essencial é a da abordagem precoce e abrangente das DCNT, desde a vida fetal até a vida adulta. Os fatores de risco para DCNT estão disseminados na sociedade. Frequentemente, iniciam-

se de modo precoce e estendem-se ao longo do ciclo vital. Evidências de países onde houve grandes declínios em certas DCNT indicam que as intervenções de prevenção e tratamento são necessárias.^{3,22} A reversão da epidemia de DCNT exige uma abordagem populacional abrangente, com intervenções preventivas e assistenciais, desde a vida intrauterina, com pré-natal adequado, passando pelo aleitamento materno e o investimento na primeira infância, até a adolescência, com o propósito de minimizar riscos em todas as fases da vida.

As metas propostas ainda serão desagregadas para as unidades federadas, possibilitando o monitoramento regional. Ademais, o sistema de monitoramento estará disponível no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, para que seja publicizado o acompanhamento das metas.

Outro ponto a ser destacado é o da articulação intrasetorial. O Plano de DCNT perpassa todas as Secretarias e diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde. Dezenas de técnicos estiveram envolvidos em sua elaboração. O Plano foi definido como prioridade de governo e de Estado e, por isso, o tempo para sua implementação é de dez anos, implicando diálogo permanente com os próximos governos.

O Plano de Enfrentamento de DCNT dialoga com as prioridades e marcas do atual governo, quais sejam:

- 1) 'Rede Cegonha' – compreensão da prioridade do pré-natal e do investimento na gestação e na primeira infância;
- 2) enfrentamento do câncer de mama e colo de útero;
- 3) Rede de Urgência e Emergência – na urgência, o atendimento aos usuários com infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico; a mortalidade por AVE, por exemplo, pode ser reduzida com o aumento de medidas preventivas como o controle da hipertensão e o tratamento agudo dos indivíduos que sofrem de acidente vascular encefálico;²⁵
- 4) 'Melhor em Casa' – atenção domiciliar aos portadores de doenças crônicas e aos idosos, os que mais sofrem e podem se beneficiar com esse acompanhamento, expansão dos cuidados domiciliares e capacitação dos cuidadores na comunidade;
- 5) 'Saúde Não Tem Preço' – o programa oferta medicamentos gratuitos para hipertensão e diabetes nas farmácias privadas credenciadas do programa 'Farmácia Popular'; a possibilidade de ampliação na distribuição de medicamentos de forma contínua,

um dos pilares de uma melhor qualidade de vida aos portadores de doenças crônicas, também está prevista no Plano de DCNT;

- 6) Política Nacional de Promoção da Saúde e do programa 'Academia da Saúde' – promoção da saúde por meio de atividade física, com meta de expansão para 4 mil municípios até 2015: em 2011, foram anunciados recursos para a construção de duas mil unidades da Academia, bem como para seu custeio;
- 7) acordos voluntários com a indústria para a redução do teor do sal dos alimentos ainda em 2011, em quase todos os grupos de alimentos;
- 8) luta contra o tabaco – um ponto de grande relevância, com reflexos verificados no declínio da prevalência das DCNT; em novembro de 2011, com a aprovação, pelo Congresso Nacional, de Medida Provisória do governo, muitos progressos foram obtidos, como a instituição dos ambientes livres de fumo em qualquer recinto coletivo fechado, ampliação das taxações do cigarro em 85,0% e instituição da política de preço mínimo dos cigarros, além da proibição da propaganda de cigarros, a lei 12.546/2011 determina, ainda, a ampliação das advertências nos maços para 100,0% da área de uma face e para 30,0% da área na outra face, até 2016; com essas medidas, o Brasil praticamente completa seu marco regulatório em relação ao tabaco.

Por fim, torna-se necessária a mobilização da sociedade civil, dos conselhos de saúde, das comissões sociais, ONG e setor privado. As instituições e grupos da sociedade civil são importantes na conscientização para a prevenção e o controle de DCNT. Cabe estabelecer esforços de advocacy, para que as doenças crônicas não transmissíveis sejam completamente reconhecidas como prioridade da agenda de desenvolvimento global. As empresas podem fazer contribuições importantes em relação aos desafios da prevenção de DCNT, principalmente quanto à redução dos teores de sal, gorduras saturadas e açúcar dos alimentos. Um setor que evite a propaganda de alimentação não saudável ou de outros comportamentos prejudiciais ou, ainda, que reformule produtos para proporcionar acesso a opções de alimentos saudáveis, dará exemplos de abordagens e ações a serem seguidos por parceiros de todo o setor corporativo. Os governos são responsáveis por estimular as parcerias na produção de alimentos mais saudáveis, bem como por monitorar os acordos estabelecidos

entre as partes. Os conselhos de saúde e as comissões sociais devem ter essa agenda como prioritária, cobrando investimentos, mobilizando e tomando o tema transversalmente no processo de organização

dos serviços de saúde. Juntos, governos e sociedade podem estabelecer ações concretas visando à redução dessas doenças e à melhoria da qualidade de vida da população brasileira, em todo o ciclo de vida.

Grupo Técnico de Redação

Betine Pinto Moehlecke Iser

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

Eneida Anjos Paiva

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

Gulnar Azevedo e Silva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

Jorge Francisco Kell

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

Lenildo de Moura

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

Luane Margarete Zanchetta

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

Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha

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

Lucimar Rodrigues Coser Cannon

Organização Pan-Americana da Saúde/Representação no Brasil, Brasília-DF, Brasil

Micheline Gomes Campos da Luz

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

Naiane B. F. Oliveira

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

Regina Tomie Ivata Bernal

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil

Renata Tiene de Carvalho Yokota

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

Vera Luiza da Costa e Silva

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

Referências

1. World Health Organization. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
2. Alwan A, Maclean DR, Riley LM, d'Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, et al. Monitoring and surveillance of chronic non communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet*. 2010; 376(9755):1861-1868.
3. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
4. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011; 377(9781):1949-1961.

5. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Morais Neto OL, Silva Júnior JB. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2006; 15(1):47-65.
6. World Health Organization. Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. Geneva: World Health Organization; 2010.
7. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*. 2006; 3(11):e442.
8. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
9. Bazzano LA, Serdula MK, Liu S. Dietary intake of fruits and vegetables and risk of cardiovascular disease. *Current Atherosclerosis Report*. 2003; 5(6):492-499.
10. Riboli E, Norat T. Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2003; 78(3 Suppl):S559-569.
11. Brown IJ, Tzoulaki I, Candeias V, Elliott P. Salt intakes around the world: implications for public health. *International Journal of Epidemiology*. 2009; 38(3):791-813.
12. World Health Organization. Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies: report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency, United Kingdom. Geneva: World Health Organization; 2010.
13. Hu FB, Stampfer MJ, Manson JE, Rimm E, Colditz GA, Rosner BA, et al. Dietary fat intake and the risk of coronary heart disease in women. *New England Journal of Medicine*. 1997; 337(21):1491-1499.
14. World Health Organization. World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
15. World Cancer Research Fund International. American Institute for Cancer Research. Policy and action for cancer prevention. Food, nutrition, and physical activity: a global perspective. Washington: World Cancer Research Fund. American Institute for Cancer Research; 2009.
16. World Health Organization. Closing the gap in generation health equality through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health Final Report. Geneva: World Health Organization; 2008.
17. Working towards wellness. Accelerating the prevention of chronic disease. The business rationale. Geneva: World Economic Forum; 2008.
18. 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.
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2009. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
20. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Morais Neto OL. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2008; 11 Supl 1:S159-167.
21. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
22. World Health Organization. Global strategy for the prevention and control of non communicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2000.
23. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 2010; 14:593-605.
24. Nolte E, McKee M, editors. Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Maidenhead, Berkshire: Open University Press; 2008. (European Observatory on Health Systems and Policies Series)
25. Lotufo PA, Bensenor IM. Stroke mortality in Brazil: one example of delayed epidemiological cardiovascular transition. *International Journal of Stroke*. 2009; 4(1):40-41.

Recebido em 15/12/2011
Aprovado em 28/12/2011