

Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013

doi: 10.5123/S1679-49742014000300002

Strategic Action Plan to Combat Non-Communicable Diseases in Brazil after three years of implementation, 2011-2013

Deborah Carvalho Malta

Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF, Brasil

Jarbas Barbosa da Silva Jr.

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

Resumo

Objetivo: descrever o monitoramento das metas do terceiro ano de vigência do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, no período 2011-2013. **Métodos:** foram comparados indicadores das metas do Plano em 2010 (linha de base), com aqueles obtidos a partir de inquéritos populacionais (2013) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (2011). **Resultados:** ocorreu redução (-3,8%) na mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT entre 2010 e 2011; e redução entre 2010 e 2013 no consumo do tabaco (-19,8%) e no consumo abusivo do álcool (-9,3%); aumento no consumo de frutas e legumes (21%), níveis de atividade física (12,3%), obesidade (15,9%) e cobertura de mamografia (6,3%); e estabilidade na citologia oncótica. **Conclusão:** as metas avaliadas do plano de enfrentamento das DCNT foram alcançadas, exceto na contenção da obesidade; torna-se importante a manutenção do monitoramento e avanços na análise desagregada das metas do Plano.

Palavras-chave: Doenças Crônicas; Hábito de Fumar; Mortalidade; Estilo de Vida Sedentário; Obesidade.

Abstract

Objective: to describe the monitoring of the targets of the second year of the Strategic Action Plan to Combat Chronic Non-Communicable Diseases (NCD), Brazil, 2011-2013. **Methods:** a comparison was made between the Plan's target indicators at baseline (2010) and those obtained from Brazilian Health Surveys in 2012 and from the National Mortality Information System for the latest available year (2011). **Results:** premature mortality (age 30-69) from NCDs decreased by -3.8% between 2011 and 2013 tobacco consumption decreased by -19.8% and abusive alcohol consumption decreased -9.3%. There were increases in fruit and vegetable consumption (21%), levels of physical activity (12.3%), obesity (15.9%), mammography coverage (6.3%). Cytology remained stable. **Conclusion:** the NCD Plan targets have been achieved, in most cases, except halting obesity and reducing alcohol consumption. It is important to maintain and advance monitoring using disaggregated analysis of the Plan's targets.

Key words: Chronic Disease; Smoking; Mortality; Sedentary Lifestyle; Obesity.

Endereço para correspondência:

Deborah Carvalho Malta – Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. SAF Sul, Trecho 2, Lotes 5 e 6, Bloco F, Torre 1, Edifício Premium, Térreo, Sala 16, Brasília-DF, Brasil. CEP: 70070-600
E-mail: deborah.malta@saude.gov.br

Introdução

Considerando-se o panorama epidemiológico e econômico das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil no ano de 2011, o Ministério da Saúde coordenou o processo de elaboração do 'Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022', para o qual contou com a colaboração de outros mais de 20 ministérios, diferentes instituições acadêmicas, secretarias de estado e municipais, sociedades científicas e organizações não governamentais, garantindo a inclusão de ações da Saúde como também dos demais setores envolvidos.^{1,2}

Foram propostas nove metas nacionais para o Plano de DCNT, com foco no período 2011-2022, referentes aos temas de morbimortalidade e fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis.

O Plano brasileiro está alinhado às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS)³ e aborda os quatro principais fatores de risco modificáveis: tabagismo; alimentação inadequada; inatividade física; e consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Tais fatores são responsáveis por grande parte da carga de DCNT, advinda de quatro grupos de agravos: cardiovasculares; cânceres; diabetes; e doenças respiratórias crônicas.¹⁻³ O Plano fundamenta-se em três principais diretrizes, ou eixos:

- I. Vigilância, informação, avaliação e monitoramento
- II. Promoção da saúde
- III. Cuidado integral

Foram propostas nove metas nacionais para o Plano de DCNT, com foco no período 2011-2022, referentes aos temas de morbimortalidade e fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no contexto da realidade e necessidade do país.^{1,2,4}

Em âmbito mundial, 2011 foi um ano de grande relevância para o tema, com a convocação da Reunião de Alto Nível da Organização das Nações Unidas para DCNT. Entre os principais resultados dessa Reunião, firmou-se um compromisso Global dos países e deu-se o encaminhamento para a aprovação, em 2013, durante a 65ª Assembleia Mundial da Saúde, das metas voluntárias 2015-2025 para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis e do Plano Global de DCNT.⁵⁻⁷

O estudo atual objetiva descrever o monitoramento das metas do terceiro ano de vigência do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis – DCNT – no Brasil, 2010-2013.

Métodos

Este artigo descreve os dados disponíveis para o triênio 2011-2013 referentes às nove metas estabelecidas pelo Plano brasileiro, a serem atingidas pelo país até 2022, tendo como linha de base o ano de 2010. A descrição dos indicadores e a metodologia utilizada podem ser conhecidas com detalhes em outras publicações.^{1,4} Na versão do Plano de 2011, embora a linha de base tenha sido definida por um conjunto de diversos inquéritos e sistemas de informações, o estudo em tela apresenta apenas os indicadores com dados disponíveis para o período estudado, monitorados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); e pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), esta última apenas para as capitais. O inquérito telefônico do Vigitel é realizado anualmente, com a população de adultos – 18 ou mais anos de idade – que possuem telefone fixo no domicílio, residentes nas 26 capitais do Brasil e no Distrito Federal. Os dados do Vigitel 2010 serviram como linha de base para diversos indicadores de fatores de risco e, como sua coleta é anual, apoiarão o monitoramento contínuo do Plano de DCNT nas capitais.

O presente estudo detalha os indicadores do inquérito Vigitel realizado em 2013.^{1,8} As demais metas do Plano, cuja linha de base refere-se a outras pesquisas, como a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e outras, não serão aqui apresentadas pela razão de que essas pesquisas ainda não tiveram seus resultados divulgados, vindo, portanto, a ser objeto de avaliações futuras.^{1,2,9}

Foram avaliados os seguintes grupos de indicadores e respectivas metas:

1 **Indicadores de mortalidade** – redução da taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) por DCNT em 2% ao ano. Considerando-se o que foi preconizado pela OMS³ e pelo Plano brasileiro,¹ foram definidos quatro grupos de causas de DCNT como prioridades de atuação:

1.1 **doenças cardiovasculares** (I00-I99)

1.2 doenças respiratórias (J30-J98)**1.3 neoplasias (C00-C97)****1.4 diabetes mellitus (E10-E14).**

As estimativas da população foram obtidas no sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus),¹⁰ segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram usadas taxas padronizadas pela população mundial, como também foi realizada a correção das taxas para sub-registros e por causas mal definidas.^{1,4}

2 Indicadores relacionados a fatores associados às DCNT:

2.1 Obesidade: redução da prevalência de obesidade em crianças de 5 a 9 anos; redução da prevalência de obesidade em adolescentes de 10 a 19 anos; e deter o crescimento da obesidade em adultos (18 anos ou mais).

2.2 Álcool: redução de 10% nas prevalências de consumo abusivo de álcool em adultos, quatro doses ou mais em mulheres e cinco doses ou mais em homens nos últimos 30 dias.

2.3 Tabagismo: redução da prevalência de tabagismo em adultos em 30%.

2.4 Atividade física: aumento da prevalência de atividade física no lazer em 10%.

2.5 Alimentação: aumento da prevalência do consumo recomendado de frutas e hortaliças ou consumo de cinco porções diárias em 10%.

2.6 Sal: redução do consumo médio diário de sal de 12 gramas (2010) para 5 gramas (2022).

2.7 Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino: aumento da cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos para 70% nos últimos dois anos; e ampliação da cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos para 85% nos últimos três anos.^{1,2,4}

Alguns indicadores e resultados foram recalculados, em relação aos valores apresentados na linha de base do Plano de DCNT.¹ Como exemplo, cita-se a prevalência de atividade física no lazer, recalculada em relação aos valores estimados em 2010, em função das mudanças conceituais do indicador.^{8,11} Conforme os novos parâmetros da OMS, foram considerados ativos no tempo livre aqueles que praticavam, por semana, 150 minutos de atividade leve ou moderada e/ou 75 de atividade intensa, independentemente da frequência semanal.^{8,11}

Foram utilizados exclusivamente dados secundários, sem identificação dos sujeitos. Todos os dados foram coletados e analisados segundo os princípios éticos estabelecidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Resultados

Observa-se, na Tabela 1, que a mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) por DCNT aferida em 2010 era de 392,96 por 100 mil habitantes e, em 2011, de 378,00 por 100 mil habitantes. Entre 2010 e 2011, a queda foi de 3,8%, e no período de 2000 a 2011 observou-se um declínio médio de 2,5% ao ano.

A prevalência do tabaco reduziu-se de 14,1% em 2010 para 11,3% em 2013. Os dados do Vigitel 2010 para mamografia apontaram tendência de crescimento desse indicador nas capitais, de 73,4% em 2010 para 78,0% em 2013. A cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos de idade vivendo em capitais foi de 82,2% em 2010 e de 82,9% em 2013, mantendo-se estável no período estudado (Tabela 1).

Os dados do Vigitel 2013 mostraram que a prática de atividades físicas regulares no lazer passou de 30,1% em 2010 para 33,8% em 2013, com tendência de aumento no total da população e em homens no período.

Dados autorreferidos de peso e altura em adultos apontaram aumento da tendência de obesidade, de 15,1% em 2010 para 17,5% em 2013. O consumo de frutas e hortaliças elevou-se de 19,5% em 2010 para 23,6% em 2013, com tendência de aumento em homens no período. O consumo nocivo de álcool em adultos, de 18,1% em 2010, reduziu 9,3% e atingiu 16,4% em 2013 (Tabela 1).

Discussão

Após três anos do lançamento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis – DCNT – no Brasil, já foram atingidas metas de redução de mortalidade para todo o país, e, quanto aos fatores de risco, houve redução significativa nas capitais para o consumo do tabaco e do consumo abusivo do álcool, aumento do consumo de frutas e legumes, aumento dos níveis de atividade física, da cobertura de mamografia e estabilidade na

Tabela 1 – Metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) segundo a linha de base e apuração dos resultados, 2013

Metas do Plano de DCNT ^a	Fonte de dados	Ano da linha de base	Resultado: linha de base de 2010	Resultado: 2011/2013	Próximo inquérito
Redução da mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT em 2% ao ano ^b	SIM	2010	392,96	378,00 (2011)	Anual/SIM
Redução da prevalência de tabagismo em 30%	Vigitel PNS	2010 2013	14,1% (IC _{95%} : 13,4-14,8%)	11,3% (IC _{95%} : 10,6-11,9)	Anual e 2013 PNS
Aumento da cobertura de mamografia em mulheres de 50-69 de idade anos nos últimos dois anos para 70% ^c	PNAD Vigitel	2008 2010	54% 73,4% (IC _{95%} : 71,6-75,2%)	78,0% (IC _{95%} : 76,4-79,6)	PNS 2013 e Anual
Aumento da cobertura do exame de Papanicolaou em mulheres de 25-64 de idade anos nos últimos três anos para 85%	PNAD Vigitel	2008 2010	78% 82,2% (IC _{95%} : 81,1-83,3%)	82,9% (IC _{95%} : 81,9-83,8)	PNS 2013 e Anual
Aumento da prevalência da prática do nível recomendado de atividade física no tempo livre em 10%	Vigitel PNS	2010 2013	30,1% (IC _{95%} : 29,3-30,9%)	33,8% (IC _{95%} : 33,0-34,6)	Anual e PNS 2013
Contenção do crescimento da obesidade em adultos	Vigitel POF	2010 2008	15,1% (IC _{95%} : 14,5-15,7%)	17,5% (IC _{95%} : 16,9-18,2)	Anual e PNS 2013
Redução da prevalência de obesidade em crianças ^d	POF	2008	M ^e : 16,6% F: 11,8%	—	2015 POF
Redução da prevalência de obesidade em adolescentes ^e	POF	2008	M: 5,9% F: 4,0%	—	2015 POF
Aumento do consumo recomendado de frutas e hortaliças em 10%	Vigitel PNS	2010 2013	19,5% (IC _{95%} : 18,8-20,2%)	23,6% (IC _{95%} : 22,9-24,3)	Anual e PNS 2013
Redução do consumo médio de sal de 12g para 5g	POF PNS	2008	12g	—	PNS 2013 POF 2015
Redução do consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%	Vigitel PNS	2010 2013	18,1% (IC _{95%} : 17,4-18,8%)	16,4% (IC _{95%} : 15,7-17,0)	Anual e PNS 2013

a) As metas apresentadas referem-se ao período de 11 anos, 2011 a 2022, exceto de mortalidade, que tem apuração anual.

b) Redução de 3,8% entre 2010 e 2011

c) A meta de cobertura de 70% refere-se ao país. As capitais, já haviam atingido essa cobertura em 2011.

d) Redução da obesidade segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 1998, ou seja, atingir 8% em meninos e 5% em meninas de 5 a 9 anos no ano de 2012.

e) Redução da obesidade segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 1998, ou seja, 3% em meninos e 2,7% em meninas de 10 a 19 anos.

Fontes: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel); Pesquisa Nacional de Saúde (PNS); Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD); e Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF).

citologia oncótica. Ocorreu aumento da obesidade no período, embora tenha sido observada estabilidade entre 2012 e 2013.

Outros inquéritos compuseram a linha de base do Plano de DCNT em 2011. Como esses inquéritos serão realizados em futuro próximo, não foram objeto desse monitoramento de dois anos. Entre eles, citamos a Pesquisa de Orçamentos Familiares, que apresenta dados relevantes sobre consumo alimentar e dados antropométricos da população brasileira e é realizada a cada cinco anos, sendo que a próxima, agendada para 2015, terá abrangência nacional. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE em 2008, foi a linha de base para indicadores como mamografia e exame de Papanicolau. A PNAD foi substituída pela Pesquisa Nacional de Saúde (esta foi a campo em 2013/2014 e terá resultados disponíveis no segundo semestre de 2014), possibilitando o monitoramento, a cada cinco anos, da maioria das metas do Plano de DCNT e, também, das metas do Plano Global de DCNT.⁹ A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, realizada a cada três anos, em estudantes de 13 a 15 anos de idade matriculados em escolas públicas e particulares no Brasil, regiões e capitais, possibilitará monitorar metas junto à população de adolescentes.

A meta de redução anual da taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) foi atingida nessa primeira aferição, mostrando que a tendência entre 2000 e 2010, que já era de queda, acentuou-se, superando a meta de declínio de 2% ao ano.^{1,2,4}

A redução da prevalência de tabagismo é o indicador de fator de risco que mais tem avançado no Brasil. O feito pode ser atribuído às medidas regulatórias adotadas nos últimos anos, como a proibição da propaganda, aumento dos preços dos cigarros, figuras de advertências nos maços, entre outras medidas.^{1,4,12,13} Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição,¹² em 1989, as prevalências de tabagismo no Brasil aproximavam-se de 34,5%. Em 2008, a *Global Adult Tobacco Survey* (GATS), aqui denominada Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab) apontou que 17,2% dos adultos tinham hábito de fumar.^{12,13} A meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde prevê uma redução de 30% no tabagismo em 10 anos, o que equivale à meta estabelecida pelo Plano do Brasil.^{1,2,4,6,7}

No que se refere ao aumento da cobertura de mamografia nos últimos dois anos, os dados do Vigitel referem-se às 26 capitais do país e ao Distrito Federal,

locais onde há maior cobertura e procura por esse exame, além de apresentarem maior escolaridade da população. Dados nacionais serão conhecidos com a PNS.^{8,9}

As coberturas de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e de exame de Papanicolau naquelas de 25 a 64 anos de idade foram aferidas em 2008, pela PNAD/IBGE, em 54 e 78% respectivamente, e referem-se à população de mulheres em todo o país. Novas medidas, a serem tomadas pela PNS, estarão disponíveis no segundo semestre de 2014.¹

Cabe destacar que o Ministério da Saúde têm desenvolvido estratégias para garantir o aumento da oferta de mamografia em toda a extensão do país,¹⁴ e da mesma forma, tem se ocupado da garantia da qualidade desse exame, o que pode explicar o aumento da cobertura autorreferida. Já a meta de cobertura do exame de citologia oncótica (Papanicolau) nos últimos três anos manteve-se estável, segundo o Vigitel, destacando-se que as coberturas já se encontram elevadas.

A prática de atividade física no tempo livre mostrou crescimento no Brasil, tanto em homens como na população geral (dados por sexo não apresentados).⁸ O crescimento da atividade física aqui identificado não tem sido observado no mundo em geral; ao contrário, estudos globais têm identificado, sim, aumento da inatividade física.¹⁵ O Plano brasileiro de DCNT tem elevado esse tema ao nível de ação prioritária, e o programa Academia da Saúde poderá ser um importante fator de apoio ao incremento da atividade física na população.^{1,16} Estudos têm apontado os resultados e benefícios de programas comunitários de atividade física no incremento de níveis populacionais dessa atividade.¹⁷

Deter o crescimento da obesidade em adultos e reduzir sua prevalência em crianças e adolescentes são metas ambiciosas. Os dados do Vigitel, aqui mostrados, assemelham-se aos já encontrados no país – e também aos dados globais –, estimando a continuidade do crescimento desse fator associado às DCNT.^{8,18} A permanência dessas metas reforça o compromisso dos países em continuar a busca por soluções e estratégias para conter o avanço da obesidade.

Os indicadores de prevalência de obesidade em crianças de 5 a 9 anos e adolescentes de 10 a 19 anos foram aferidos em 2008 pela Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF – e serão novamente medidos somente em 2015. As medidas de peso e altura em

adultos (18 ou mais anos de idade) também serão aferidas em 2015 pela POF; elas foram coletadas em 2013/2014 pela Pesquisa Nacional de Saúde – PNS –⁹ e poderão ser monitoradas por ambas as pesquisas. A PNS possibilitará o monitoramento não apenas das metas de obesidade mas de todas as metas do Plano de DCNT para a população brasileira – e não apenas da população das capitais –, além de prover informações de base domiciliar.⁹

Quanto à meta de consumo de frutas e hortaliças recomendada, o Vigitel mostrou aumento, não obstante sua manutenção como uma prática reconhecível entre apenas um quinto da população adulta brasileira. Visando ao aumento do consumo, fazem-se necessárias medidas de incentivo à produção, além da informação, educação e comunicação sobre seu consumo e benefícios alcançados, entre outras.^{1,2,8}

Segundo a POF, o consumo médio de sal da população brasileira foi de 12 gramas em 2008;¹ nova mensuração do consumo está prevista para 2015. Além disto, a PNS fez a coleta da excreção urinária em 2013 e em 2014. As metas serão monitoradas posteriormente.⁹

O consumo abusivo de bebidas alcoólicas reduziu no período estudado. Esta é uma meta relevante e o país deve avançar no marco regulatório desse setor do Mercado, especialmente na proibição da propaganda de cervejas.^{1,2,19}

Como limitações ao estudo, destaca-se o fato de o Vigitel disponibilizar dados apenas para as capitais, com base em consulta à população que dispõe de telefonia fixa. Contudo, os pesos de pós-estratificação ajustam as prevalências, aproximando-as das estimativas populacionais.⁸

Cabe destacar que as metas estabelecidas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil estão de acordo com as metas adotadas pelo Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle das DCNT 2013-2020, conduzido pela Organização Mundial da Saúde – OMS –, como também com o Plano de Ação Regional de DCNT 2013-2019, coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS.^{7,20} Os indicadores dos planos da OMS e da OPAS serão futuramente monitorados.^{6,7,20}

A compatibilização dos indicadores e metas é importante porque facilitará o monitoramento das doenças crônicas não transmissíveis e de seus fatores de risco em escala global. A comparabilidade das informações obtidas em cada país, todavia, é um importante desafio a superar. Faz-se mister investir na qualidade e validade dos dados a serem monitorados, e na padronização dos inquéritos, metodologias e instrumentos a serem utilizados nesse monitoramento.^{4,7}

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2012 jun 17]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1818
2. 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* [Internet]. 2011 out-dez [citado 2014 fev 12]; 20(4):425-38. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>
3. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011.
4. Malta DC, Silva Júnior JB. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol Serv Saude*. 2013 jan-mar ;22(1):151-64.
5. United Nations. Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases [Internet]. [cited 2014 Feb 12]. Available from: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1
6. World Health Organization. 65th World Health Assembly closes with new global health measures [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2012 May 30]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/wha65_closes_20120526/en/index.html
7. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2014 Jan

- 27]. Available from: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
 9. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza Júnior PRB, et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Cienc Saude Coletiva* [Internet]. 2014 fev [citado 2014 ago 01];19(2):333-42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200333&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.14072012>.
 10. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde (TABNET) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2013 jul 30]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popestim/cnv/pop>
 11. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2010.
 12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa especial sobre tabagismo (PETab), 2009 [Internet]. [citado 2012 jun 17]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?petab/petab.def>
 13. Malta DC, Iser BPM, Sá NNB, Yokota RTC, Moura L, Claro RM, et al. Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do VIGITEL, 2006 a 2011. *Cad Saude Publica*. 2013 abr;29(4):812-22.
 14. Silva JB, Magalhães HM. Initiatives in cancer control from Brazil's Ministry of Health. *Lancet Oncol*. 2013 Apr;14(5):385-6.
 15. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012 Jul;380(9838):219-29.
 16. Malta DC, Silva Júnior JB. Policies to promote physical activity in Brazil. *Lancet* [Internet]. 2012 Jul [cited 2014 Feb 12];380(9838):195-6. Available from: [http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61041-1/fulltext](http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61041-1/fulltext)
 17. Simoes EJ, Hallal P, Pratt M, Ramos L, Munk M, Damascena W, et al. Effects of a community-based, professionally supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. *Am J Public Health*. 2009 Jan;99(1):68-75.
 18. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Ezzati M, Bhala N, Amuyunzu-Nyamongo M, et al. Measuring progress on NCDs: one goal and five targets. *Lancet*. 2012 Oct;380(9850):1283-5.
 19. Parry CD, Patra C, Rehm J. Alcohol consumption and non-communicable diseases: epidemiology and policy implications. *Addiction*. 2011 Oct;106(10):1718-24.
 20. Organização Pan Americana de Saúde. Plano estratégico da Organização Pan Americana de Saúde, 2014 – 2019. Washington, DC: OPAS; 2014.

Recebido em 30/01/2014
Aprovado em 04/06/2014