

Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil

Fiscal austerity measures hamper noncommunicable disease control goals in Brazil

Deborah Carvalho Malta ¹
 Bruce Bartholow Duncan ²
 Marilisa Berti de Azevedo Barros ³
 Srinivasa Vittal Katikireddi ⁴
 Fatima Marinho de Souza ⁵
 Alanna Gomes da Silva ¹
 Daiane Borges Machado ⁵
 Mauricio Lima Barreto ⁵

Abstract *Given the Constitutional Amendment 95 and the economic crisis, we discussed the possible effects of austerity measures on the achievement of the goals established for the control of chronic noncommunicable diseases (NCDs) in the country. The trends of NCDs and risk factors were analyzed, according to data from epidemiological surveys and mortality data from the Global Burden of Disease study. The results indicate a trend of stability in mortality rates by NCD in 2015 and 2016. Brazilians with low schooling, in general, have a higher prevalence of risk factors and a lower prevalence of protective factors. In the 2015-2017 period, previously favorable trends reversed for indicators such as fruit and vegetable consumption and physical activity, tobacco trends stabilized, and alcohol intake increased. In conclusion, should these trends be maintained, it is unlikely that Brazil will achieve the goals previously agreed upon with the World Health Organization and the United Nations to curb NCDs and their risk factors.*

Key words *Noncommunicable diseases, Risk factors, Mortality, Austerity, Sustainable development*

Resumo *Tendo em vista a Emenda Constitucional 95 e a crise econômica, são discutidos os possíveis efeitos que as medidas de austeridade podem ter no cumprimento das metas estabelecidas para o controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. As tendências de DCNT e os fatores de risco foram analisadas, de acordo com os dados de levantamentos epidemiológicos e os de mortalidade do estudo Global Burden of Disease. Os resultados indicam uma tendência de estabilidade nas taxas de mortalidade por DCNT em 2015 e 2016. Os brasileiros com baixa escolaridade, em geral, apresentam maior prevalência de fatores de risco e menor de fatores de proteção. Entre 2015 e 2017, tendências anteriormente favoráveis foram revertidas para indicadores como consumo de frutas e vegetais, atividade física, estabilização das taxas de uso de tabaco e aumento do consumo de álcool. Conclui-se que, se tais tendências forem mantidas, o Brasil poderá não cumprir as metas previamente acordadas em conjunto com a Organização Mundial de Saúde e as Nações Unidas para reduzir as DCNT e seus fatores de risco.*

Palavras-chave *Doenças crônicas não transmissíveis, Fatores de risco, Mortalidade, Austeridade, Desenvolvimento sustentável*

¹ Programa de Pós-Graduação. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Alfredo Balena 190/5º, Santa Efigênia. 30130-100 Belo Horizonte MG Brasil. dcmalta@uol.com.br

² Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre RS Brasil.

³ Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas SP Brasil.

⁴ Public Health Social & Public Health Sciences Unit, University of Glasgow. Glasgow UK.

⁵ Centro Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde, Fiocruz. Salvador BA Brasil.

Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam um imenso desafio para a saúde e o desenvolvimento da humanidade. Elas são responsáveis por cerca de 36 milhões das mortes anuais¹ e podem ainda ocasionar altas taxas de incapacidades, ocasionando sofrimentos e custos materiais diretos e indiretos aos pacientes e suas famílias, além de criar importantes demandas sobre os custos do sistema de saúde^{2,3}.

Em função da magnitude das DCNT e das evidências de que é possível avançar em políticas públicas para seu enfrentamento, em 2011 as Nações Unidas realizaram reunião internacional sobre o tema, o que resultou, em 2013, na aprovação do Plano Global de Enfrentamento das DCNT 2013-2020⁴ e, em 2015, na inclusão do tema na Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) pelas Nações Unidas⁵.

Neste contexto, o Brasil lançou em 2011, na Assembleia das Nações Unidas, o 'Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022'⁶ e implementou na última década um sistema de Vigilância de DCNT que permite o monitoramento das metas nacionais e globais de DCNT, representando um avanço na Vigilância das DCNT no país⁷.

Somam-se, ainda, evidências que destacam a importância dos determinantes sociais, em particular a pobreza, na ocorrência das DCNT, com piores indicadores na população mais vulnerável^{7,8}. Estudos do impacto da crise financeira de 2008 na Europa e as medidas de austeridade fiscal implementadas em diversos países mostram importantes efeitos sobre os gastos públicos em saúde, piora na saúde infantil e na saúde mental, além de aumento das doenças cardíacas^{9,10}.

As medidas de austeridade adotadas no Brasil no último período, consolidadas com a aprovação da EC95 em 2016¹¹, geram desemprego e aumento da miséria e afetam o sistema de saúde e todo o sistema de proteção social. Neste novo contexto torna-se importante monitorar o comportamento dos fatores de risco pactuados nos planos de enfrentamento das DCNT com vistas a entender se foram afetados por estas medidas. Assim, esta nota de pesquisa discute os possíveis efeitos que as medidas de austeridade fiscal podem vir a ter no alcance das metas estabelecidas para o controle das DCNT no país.

Métodos

Foram analisadas as tendências das prevalências de fatores de risco e de doenças crônicas que consubstanciam as metas referentes aos compromissos nacionais e globais no enfrentamento das DCNT⁴⁻⁶. Para a meta referente à redução da taxa de mortalidade por DCNT, segundo a OMS, são considerados quatro grupos de causas: doenças cardiovasculares (I00-I99), doenças respiratórias (J30-J98), neoplasias (C00-C97) e diabetes mellitus (E10-E14)⁴. Foram utilizadas as estimativas da base de dados do estudo Carga Global de Doença (GBD), do *Instituto of Health Metrics and Evaluation* (IHME), sendo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, a principal fonte de informação de mortalidade do GBD no Brasil. Foram aplicadas correções para sub-registros, por causas mal definidas e *garbage code*, que podem ser lidas em outras publicações¹². Para o Plano de DCNT Brasil⁶ foi aferida a meta de redução em 2% da taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) até 2022.

Quanto aos fatores de risco (FR) foram utilizadas informações oriundas do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), para as capitais brasileiras, realizado anualmente entre adultos de 18 ou mais anos de idade que possuam telefone fixo. Os dados do Vigitel 2010 serviram como linha de base¹³.

Metas estabelecidas no Plano DCNT para 2022 e indicadores aferidos entre 2010 a 2017 nas capitais brasileiras:

a) *Obesidade*: deter o crescimento da obesidade em adultos de 18 anos ou mais, segundo dados autorreferidos de peso e altura do Vigitel para essa população.

b) *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.

c) *Tabagismo*: redução da prevalência de tabagismo em adultos em 30%.

d) *Atividade física*: aumento da prevalência de atividade física (AF) em 10%, considerando-se a prática semanal de 150 minutos de AF no lazer entre adultos, na semana, independente do número de dias.

e) *Alimentação*: aumento da prevalência do consumo de frutas e hortaliças em 10%, ou o consumo de 5 porções ou mais ao dia.

f) Foram ainda inseridos dois indicadores do plano global de DCNT⁴: reduzir a hipertensão ar-

terial em 25%, e deter o crescimento do diabetes, ambos aferidos pelo Vigitel, segundo a pergunta (algum médico lhe deu o diagnóstico de pressão alta, ou diabetes?)¹³. Foram comparadas as prevalências entre 2010 a 2017, segundo anos de escolaridade (0 a 8, 9 a 11 e 12 anos e mais). Foram calculadas as diferenças entre 2010, considerado linha de base, 2014 e 2015 e 2017, bem como a razão de prevalência segundo níveis de escolaridade, tendo 12 anos e mais como referência (RP = 1,0) e Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) utilizando a Regressão de Poisson.

Resultados

A taxa de mortalidade prematura padronizada por DCNT em 1998 foi de 477,6/100.000 hab., em 2010, linha de base do Plano DCNT Brasil, foi de 372,4/100.000, com declínio sucessivo, em torno de 2% ao ano no período. Em 2014 a taxa foi de 344,9/100.000 hab., em 2015 341,8/100.000 hab., e em 2016 340,4/100.000. A redução anual das taxas de mortalidade prematura padronizadas por DCNT após o lançamento do Plano DCNT-Brasil foi de: 2,0% (2011), 2,2% (2012), 1,7% (2013), 1,7% (2014), 0,9% (2015), 0,4% (2016). Entre os anos de 2015 e 2016, ocorreu estabilidade nas taxas em todos os grupos de causas doenças cardiovasculares (261,8 e 261,0/100.000), doenças respiratórias crônicas (23,6 e 23,6/100.000), diabetes (24,8 e 25,2/100.000) e neoplasias (131,6 e 130,6/100.000) (Figura 1).

Quanto à prevalência dos fatores de risco estimados anualmente pelo Vigitel observa-se que o comportamento no período 2010-2014 é acentuadamente diferente de 2015-2017. Por exemplo, o uso abusivo de álcool que havia sido reduzido no primeiro período, aumentou no segundo, no total e em todos os níveis educacionais. O consumo de hortaliças que cresceu de forma acentuada no primeiro período, decresceu no segundo, também em todos os níveis de escolaridade. A atividade física aumentou no primeiro período e reduziu no seguinte, em todos os níveis de escolaridade. O tabagismo reduziu -23,4% no primeiro período e apenas -2,9% no segundo, com aumento das prevalências na população com 9 anos e mais de escolaridade. Apenas a obesidade aumentou no primeiro período e manteve prevalências estáveis no segundo. Exceto entre os mais escolarizados, quando aumentaram as prevalências (Tabela 1).

A população com menor escolaridade (0 – 8 anos), em geral, tem prevalências mais elevadas

de fatores de risco. Comparando-se as razões de prevalência (RP) da população com baixa escolaridade (0 a 8 anos), com 12 e mais, em 2017, as RP mais elevadas foram encontradas entre fumantes (RP = 1,8 IC95% 1,6-2,0), na população com obesidade (RP = 1,5; IC95% 1,3-1,7), com hipertensão (RP = 2,7; IC95% 2,5-2,9) e com diabetes (RP = 4,4; IC95% 3,9-4,9). Destaca-se que na população com diabetes aumentou a RP segundo escolaridade no período (2010: RP = 2,6; IC95% 2,2-3,1) e (2017: RP = 4,4; IC95% 3,9-4,9). Razões de prevalências menores foram observadas para fatores de proteção: atividade física (RP = 0,5; IC95% 0,4-0,5), e consumo de frutas e hortaliças (RP = 0,6; IC95% 0,5-0,6) (Tabela 1).

Discussão

Embora as tendências de mortalidade por DCNT tenham declinado em mais de 2% na última década e nos primeiros anos de lançamento do Plano de Enfrentamento das DCNT, a recente tendência à estabilização pode ser consequência da mudança do comportamento dos FR e por condições de vida e acesso a serviços, prejudicados pela crise econômica e social^{10,14}. Dado este comportamento, a meta de redução na mortalidade prematura por DCNT da Agenda 2030 (ODS) poderá não ser atingida.

O Brasil passa por profunda crise econômica e política com cortes em programas sociais e piora no desempenho do setor saúde^{10,11}. Estudos recentes de Rasella et al.¹⁴ apontam que medidas de austeridade fiscal podem comprometer os resultados de saúde, como, por exemplo, aumento da mortalidade infantil, especialmente entre os brasileiros pobres e vulneráveis.

Dados do SIM de 2016 já apontam o aumento da mortalidade infantil, interrompendo um ciclo de mais de vinte anos de declínio contínuo^{15,16}. O mesmo ocorre com a mortalidade materna^{15,17}. Destacam-se ainda o aumento de casos de doenças imunopreveníveis, como sarampo e febre amarela, e queda nas coberturas vacinais que refletem a piora dos serviços de saúde^{18,19}. A queda dos indicadores reflete a crise de austeridade, a redução no investimento dos programas sociais e o aumento da pobreza e da vulnerabilidade^{10,14}.

A determinação social das DCNT já foi apontada em diversos estudos^{8,9}. A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 apontou o peso das desigualdades sociais nos fatores de risco, uma vez que a prevalência ajustada por idade e sexo deles é

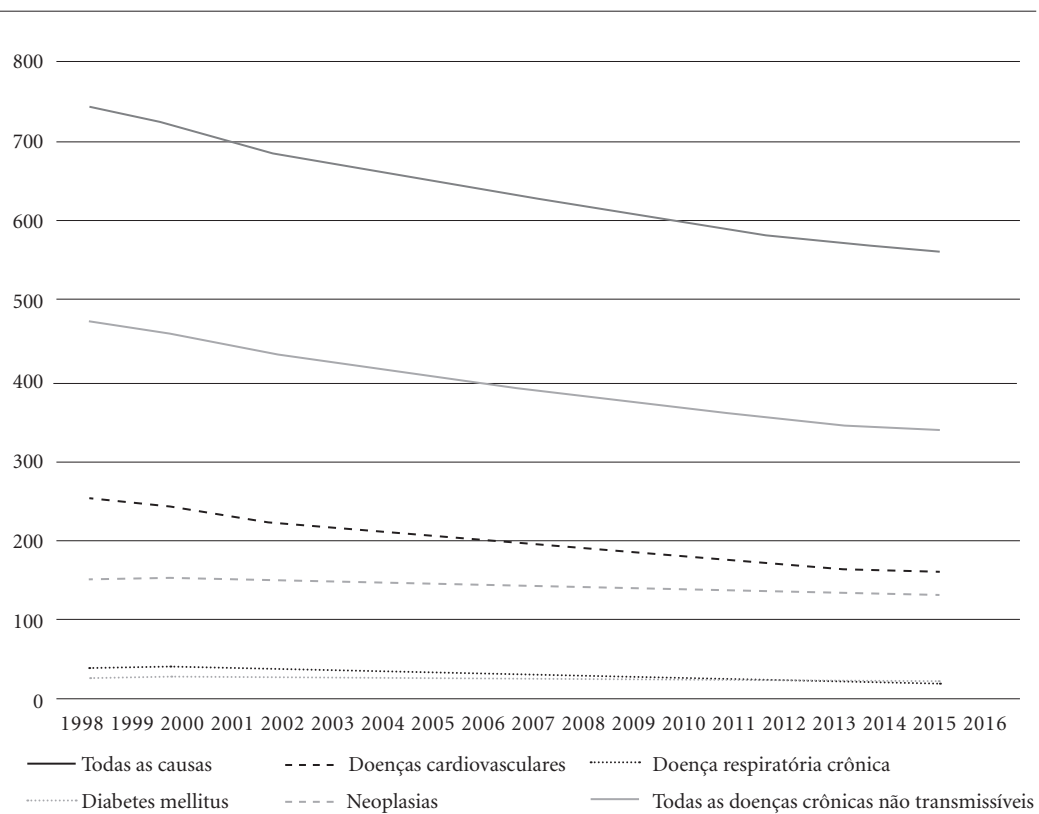


Figura 1. Tendência de mortalidade por todas as causas e principais doenças crônicas não transmissíveis, 30 a 69 anos, Brasil, 1998 à 2016.

notavelmente maior entre os menos escolarizados^{20,21}. Em contextos de crise, populações mais pobres tendem a ser mais afetadas^{8-10,14,22}. Assim o mostram também os dados aqui apresentados.

As evidências apontam que o controle dos fatores de risco de DCNT é mais efetivo quando medidas regulatórias são instituídas pelo Estado, intervindo sobre o ambiente, regulando práticas de comercialização, disponibilidade e oferta de serviços, taxaço de produtos nocivos à saúde, rotulagem de alimentos, dentre outros²³. Por adotar medidas regulatórias preconizadas pela OMS, o Brasil foi considerado um exemplo no mundo na redução das prevalências do tabagismo^{24,25}. Dentre essas medidas, destaca-se a proibição da propaganda do tabaco: a ratificação da Convenção-Quadro sobre o Controle do Uso do Tabaco – CQCT de 2006; a Lei nº 12.546 de 2011; e o decreto presidencial de 2014 que instituiu os ambientes livres do fumo, o aumento dos espaços de advertências dos cigarros, a elevação da taxaço dos cigarros e a definição do preço mí-

nimo para sua comercialização, dentre outras²⁵. A estabilidade das prevalências do uso do tabaco aqui identificada aponta que novas medidas precisam ser implementadas. Por exemplo, adotar embalagens genéricas, aplicar a fiscalização dos ambientes livres do fumo e dos pontos de venda, impedir o comércio ilegal oriundo do contrabando, e investir no apoio aos pequenos agricultores na diversificação das culturas, dentre outras estratégias²³.

No caso do álcool, o país avançou ao aplicar a Lei Seca que regula a direção, bem como as medidas de fiscalização²⁵. Entretanto, novas ações são ainda necessárias, como: aplicar proibições ou restrições abrangentes sobre a exposição ao anúncio de álcool (na mídia); impor restrições sobre sua comercialização (reduzindo horários e pontos de venda); adotar medidas de restrição ou proibição de promoção de bebidas em *open bar*²³; mudar a Lei Nº 9.294/1996, que considera as restrições ao marketing do álcool apenas para bebidas com teor alcoólico superior a 13 graus

Tabela 1. Metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Adultos, 18 anos e mais, segundo anos de escolaridade, capitais brasileiras. VIGITEL, 2010 à 2017.

Fator	Anos Escol	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	% (2014 - 2010)*	% (2015 a 2017)*	RP** (2010)	RP** (2014)*	RP** (2017)*
Fumantes	0 a 8	18,1	18,2	16,3	15	14,1	14,4	14,3	13,2	-22,1	-8,3	1,9 (1,7-2,2)	2,1 (1,7-2,5)	1,8 (1,6-2,0)
	9 a 11	12,2	10,7	10	10,3	10,3	9	9,4	9,9	-15,6	10,0	1,2 (1,1-1,4)	1,5 (1,3-1,8)	1,3 (1,1-1,5)
	12 e mais	10	9,8	9,1	7,4	6,8	7,2	6,9	7,4	-32,0	2,8	1	1	1
	Total	14,1	13,4	12,1	11,3	10,8	10,4	10,2	10,1	-23,4	-2,9			
Obesidade IMC $\geq$ 30 kg/m ²	0 a 8	18,8	19,7	21,7	22,3	22,7	23,6	23,5	23,3	20,7	-1,3	1,6 (1,4-1,8)	1,8 (1,6-2,1)	1,5 (1,3-1,7)
	9 a 11	13,1	14,2	15,2	15,1	17,2	17,8	18,3	17,8	31,3	0,0	1,1 (1,0-1,2)	1,4 (1,2-1,6)	1,1 (1,0-1,2)
	12 e mais	11,7	13	14,4	14,3	12,3	14,6	14,9	16	5,1	9,6	1	1	1
	Total	15,1	16	17,4	17,5	17,9	18,9	18,9	18,9	18,5	0,0			
Frutas e hortaliças recomendado	0 a 8	15,3	18,9	18,6	19,4	20,2	20,1	19,7	19,5	32,0	-3,0	0,6 (0,5-0,6)	0,6 (0,5-0,6)	0,7 (0,6-0,8)
	9 a 11	19,1	20,6	21,2	23,1	22,5	23,2	23	22,1	17,8	-4,7	0,7 (0,6-0,8)	0,7 (0,6-0,8)	0,7 (0,6-0,8)
	12 e mais	27,4	28,9	31,4	30,1	31,9	34,6	30,8	29,7	16,4	-14,2	1	1	1
	Total	19,5	21,9	22,7	23,6	24,1	25,2	24,4	23,7	23,6	-6,0			
Atividade física suficiente no lazer	0 a 8	19,6	21,2	21,6	22	22,9	25,4	24,5	23,3	16,8	-8,3	0,5 (0,4-0,5)	0,5 (0,4-0,5)	0,5 (0,4-0,5)
	9 a 11	34,6	35,3	37,1	37,2	38,5	40,1	40,4	39,7	11,3	-1,0	0,8 (0,8-0,9)	0,8 (0,8-0,9)	0,8 (0,8-0,9)
	12 e mais	41,3	42,5	45,4	45,4	47,8	49,6	47,9	47	15,7	-5,2	1	1	1
	Total	30,1	31,6	33,5	33,8	35,3	37,6	37,6	37	17,3	-1,6			
Uso álcool abusivo	0 a 8	14	13,4	15	12,8	12,3	13,2	14,2	13,8	-12,1	4,5	0,6 (0,6-0,7)	0,6 (0,6-0,7)	0,6 (0,6-0,7)
	9 a 11	19,6	17,5	19,4	17,5	18,4	18,1	19,2	20,2	-6,1	11,6	0,9 (0,8-0,9)	0,9 (0,8-0,9)	0,9 (0,8-0,9)
	12 e mais	22,9	20	22	19,7	19,5	20,9	24	22,8	-14,8	9,1	1	1	1
	Total	18,1	16,5	18,4	16,4	16,5	17,2	19,1	19,1	11,0				
Hipertensão arterial	0 a 8	36,4	36,4	37,9	38	38,1	39,9	41,8	39,7	4,7	-0,5	2,6 (2,4-2,8)	2,6 (2,4-2,9)	2,7 (2,5-2,9)
	9 a 11	17,3	17,6	17,9	17,1	19,3	18,2	20,6	19,6	11,6	7,7	1,2 (1,1-1,4)	1,3 (1,2-1,5)	1,3 (1,2-1,5)
	12 e mais	13,9	15,3	14,2	14,6	14,6	15,1	15	14,8	5,0	-2,0	1	1	1
	Total	24,3	24,3	24,3	24,1	24,8	24,9	25,7	24,3	2,1	-2,4			
Diabetes	0 a 8	10,4	10,6	12,1	12,2	14,2	13,5	16,5	14,8	36,5	9,6	2,6 (2,2-3,1)	3,8 (3,2-4,5)	4,4 (3,9-4,9)
	9 a 11	4,6	3,9	5,2	4,2	5,1	4,4	5,9	5,3	10,9	20,5	1,2 (1,0-1,4)	1,4 (1,1-1,6)	1,6 (1,3-1,9)
	12 e mais	4	3,1	3,8	3,2	3,7	3,7	4,6	3,4	-7,5	-8,1	1	1	1
	Total	6,8	6,3	7,4	6,9	8	7,4	8,9	7,6	17,6	2,7			

*Diferença percentual no alcance metas entre 2010 a 2014, 2015 a 2017. **Razão de Prevalência e IC95%, referência 12 anos e mais de escolaridade, calculado pela Regressão de Poisson.

Gay Lussac, alcançando assim cervejas e bebidas *ices*^{23,25}.

O consumo de alimentos saudáveis, como frutas e vegetais, é muito caro. Em consequência, seriam necessárias medidas de incentivo fiscal para aumentar seu uso, como preconizado no Plano de Enfrentamento de DCNT⁶. O México adotou regulamentação taxando alimentos e bebidas ultraprocessados e com alto teor de açúcar em 2013, o que resultou na redução de 10% do consumo de refrigerantes e aumento do consumo da água em 15%²⁶.

Ocorreram inúmeros avanços na área da alimentação no país, como a elaboração do Guia Alimentar da população brasileira (2014); o incentivo ao aleitamento materno; o Programa Nacional de Aquisição de Alimentos frescos, dentre outros^{25,27}. Embora no período recente tenha ocorrido certa estabilidade no fenômeno da obesidade nas capitais brasileiras, ainda são grandes os desafios para deter o crescimento desse problema, o que requer efetividade das medidas regulatórias; aprovação da legislação sobre taxaço de alimentos ultraprocessados; subsídios aos alimentos saudáveis; e proibição do marketing de alimentos para crianças²⁵. Medidas como taxaço dos impostos sobre bebidas açucaradas estão entre as recomendações atualmente feitas pela OMS e já foram adotadas em muitos países^{23,26}. Deve-se estar atento a projetos de lei que tentam obstaculizar a comercialização de frutas, legumes e verduras (FLV) pelo pequeno agricultor²⁸, ou a oposição da indústria nacional de alimentos à implantação de rotulagem contendo advertências sanitárias visando a esclarecer o consumidor sobre os elevados teores de açúcar, sal e gorduras nos produtos ultraprocessados²⁹.

Estudos apontam para a importância de Programas de incentivo à atividade física, como o Academia da Saúde, no aumento nos níveis de AF^{30,31}. Esses programas, quando inseridos na atenção básica, promovem melhorias do espaço físico e articulam ações de promoção à saúde e são responsáveis por oportunizar acesso a tais práticas a populações de baixa renda e escolaridade, idosos e mulheres, justamente os que têm menor acesso à AF^{31,32}. A redução das prevalências de AF nos últimos anos deve ser monitorada, e pode ser explicada tanto pela crise econômica do país, que reduz o acesso a estas práticas e à menor expansão desses programas no SUS.

Na prevenção e controle da hipertensão e diabetes são efetivas as medidas de promoção à saúde (redução de sal, tabaco, álcool), além dos cuidados na atenção primária e da adoção de

práticas de autocuidado. O Brasil fez notáveis progressos na expansão da Estratégia de Saúde da Família e no acesso aos medicamentos para tratamento adequado, inclusive a gratuidade de medicamentos para tratamento de DCNT^{6,33-36}. Observa-se nos últimos anos um grande crescimento da razão de prevalência do diabetes na população de baixa escolaridade quando comparada com a que tem 12 anos e mais de estudo. Esse problema, além de ser impulsionado pela obesidade e pelo envelhecimento, pode ser entendido no contexto da desigualdade no acesso aos serviços de saúde, às práticas de promoção e, também, ao aumento da pobreza e da crise econômica^{10,14}.

Conclusão

As medidas de austeridade atualmente implementadas no Brasil poderão afetar significativamente a oferta de ações e serviços do SUS, contribuindo para a deterioração da saúde da população. A piora dos resultados referentes às DCNT e aos fatores de risco, aqui descrita, se associa ao contexto de crise econômica e de austeridade adotadas. Os cortes promovidos pela EC95 representam um golpe profundo no SUS e nas políticas sociais, resultando no aumento da pobreza e da extrema pobreza³⁷. E, se somados aos resultados aqui apresentados sobre o aumento generalizado de uma série de FR associados à DCNT, explicam a interrupção do decréscimo que vinha se observando na mortalidade deste grupo de doenças. A continuidade da mencionada medida de restrição sugere, inclusive, uma inversão da tendência da melhora dos indicadores aqui estudados.

Destaca-se ainda o enfraquecimento do papel regulatório do governo brasileiro na edição de medidas protetivas. Avançar no enfrentamento de DCNT implica em decisões políticas e na implementação de medidas regulatórias, que enfrentem interesses da indústria de alimentos, álcool e tabaco^{4,23,26}.

O desempenho nas metas das DCNT deve ser objeto de contínuo monitoramento pelo país, pela sociedade civil, pelas instituições de ensino e pesquisa, e também pela OMS e pelas Nações Unidas, vigilantes quanto às metas de reduções assumidas nos planos nacionais e globais, incluindo a Agenda 2030 do Desenvolvimento Sustentável⁵.

Dentre seus limites, este estudo observa tendências e não se presta a análise de causas. Ademais, o tempo de observação ainda é curto, sen-

do sensível a flutuações aleatórias. Há, portanto, necessidade de se continuar o processo de observação. Apesar dessas restrições, tendo em vista estudos em outros contextos, em especial, os que analisam efeitos na saúde das medidas de austeridade adotados em vários países europeus^{9,22},

os achados aqui apresentados, em conjunto com outras evidências acumuladas sobre tais efeitos, os achados descritos se tornam potenciais sinalizadores de que as metas e os prazos para controle das DCNT no país podem ser seriamente afetadas pelas medidas contidas na EC95 de 2016.

Referências

1. World Health Organization (WHO). *Mortality and burden of disease*. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014: Brazil [Internet]. Geneva: WHO; 2014. [cited 2014 Oct 29]. Available from: http://www.who.int/nmh/countries/bra_en.pdf?ua=1
2. World Health Organization (WHO). *Health topics: Chronic diseases*. Geneva: WHO; 2013. [cited 2014 Oct 29]. Available from: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/
3. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, Feigl AB, Gaziano T, Mowafi M, Pandya A, Prettner K, Rosenberg L, Seligman B, Stein AZ, Weinstein C. *The global economic burden of non-communicable diseases: report by the World Economic Forum and the Harvard School of Public Health*. Geneva: World Economic Forum; 2011. [cited 2014 Oct 29]. Available from: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurden-NonCommunicableDiseases_011.pdf/
4. World Health Organization (WHO). *Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013. [cited 2014 Oct 29]. Available from: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
5. United Nations. *Agenda 2030 e nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável*. ODS. [cited 2014 Oct 29]. Available from: <http://www.agenda2030.org.br/>
6. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Júnior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saude* 2013; 20(4):425-438.
7. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muenig P, Guida F, Ricceri F, d'Errico A, Barros H, Bochud M, Chadeau-Hyam M, Clavel-Chapelon F, Costa G, Delpierre C, Fraga S, Goldberg M, Giles GG, Krogh V, Kelly-Irving M, Layte R, Lasserre AM, Marmot MG, Preisig M, Shipley MJ, Vollenweider P, Zins M, Kawachi I, Steptoe A, Mackenbach JP, Vineis P, Kivimäki M; LIFEPAth consortium. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. *Lancet* 2017; 389(10075):1229-1237.
8. Pearce N, Ebrahim S, McKee M, Lamprey P, Barreto ML, Matheson D, Walls H, Foliaki S, Miranda JJ, Chimeddamba O, Garcia-Marcos L, Haines A, Vineis P. Global prevention and control of NCDs: Limitations of the standard approach. *J Public Health Policy* 2015; 36(4):408-425.
9. Parmar D, Stavropoulou C, Ioannidis JP. Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. *BMJ* 2016; 354:i4588.
10. Schramm JM, Paes-Sousa R, Mendes LVP. *Políticas de austeridade e seus impactos na saúde: um debate em tempos de crises*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018
11. Brasil. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2016; 15 dez.
12. GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388(10053):1459-1544.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2018.
14. Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocke-Reis CO, Millett C. 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.
15. Datasus. *Sistema de Informação de Mortalidade*. [acesado 2018 Ago 14]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&iid=6937&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10>
16. FSP Mortalidade de crianças no Brasil aumentou após 15 anos de queda no índice. [acesado 2018 Maio 25]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2018/05/26/corte-bolsa-familia-investimento-saude-mortalidade-infantil-estudo.htm>

17. Mortalidade materna sobe, e Brasil já revê meta de redução para 2030. Sem cumprir compromissos de queda, país ainda teve alta de taxa em 2016. [acessado 2018 Ago 13]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/mortalidade-materna-sobe-e-brasil-ja-reve-meta-de-reducao-para-2030.shtml>
18. Doenças Transmissíveis. *Casos crescem e índice de vacinação diminui*. [acessado 2018 Ago 25]. Disponível em: <http://temas.folha.uol.com.br/e-agora-brasil-saude/doencas-transmissiveis/casos-crescem-e-indice-de-vacinacao-diminui.shtml>. FSP
19. SUS é mais do que uma política de saúde pública. *Entrevista especial com Jairnilson Paim*. [acessado 2018 Ago 14]. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/581727-sus-e-mais-do-que-uma-politica-de-saude-publica-entrevista-especial-com-jairnilson-paim> Revista ihu on-line
20. Azevedo Barros MB, Lima MG, Medina LPB, Szwarcwald CL, Malta DC. Social inequalities in health behaviors among Brazilian adults: National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health* 2016; 15(1):148.
21. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, Barros MBA. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica* 2017; 51(Supl. 1):4s.
22. Stuckler D, Basu S. *A economia desumana: porque mata a austeridade*. Lisboa: Editorial Bizâncio; 2014.
23. World Health Organization (WHO). Best Buys and Other Recommended Interventions for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases Updated (2017). [acessado 2018 Ago 14]. Disponível em: http://who.int/ncds/management/WHO_Appendix_BestBuys.pdf
24. Giovino GA, Mirza SA, Samet JM, Gupta PC, Jarvis MJ, Bhalal N, Peto R, Zatonski W, Hsia J, Morton J, Palipudi KM, Asma S; GATS Collaborative Group. Representative cross-sectional household surveys. *Lancet* 2012; 380(9842):668-679.
25. Malta DC, Reis AAC, Jaime PC, Moraes Neto OL, Silva MMA, Akerman M. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1799-1809.
26. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). *Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis nas Américas: Considerações sobre o fortalecimento da capacidade regulatória*. Washington; OPAS; 2016. Documento de Referência Técnica REGULA.
27. Jaime P, Delmuë DCC, Campello T, Silva DO, Santos LMP. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1829-1836.
28. Projeto limita orgânicos a agricultor familiar e descarta pequeno produtor... - Veja mais em. [acessado 2018 Ago 14]. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2018/07/05/restricoes-venda-direta-produtos-organicos.htm>
29. Colucci C. *Brasil terá arrojo do Chile em rótulos de alimentos insalubres?* [acessado 2018 Fev 13]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudia-collucci/2018/02/brasil-tera-arrojo-do-chile-em-rotulos-de-alimentos-insalubres.shtml?loggedpaywall>
30. Pratt M, Brownson RC, Ramos LR, Malta DC, Hallal PC, Reis RS, Parra DC, Simões EJ. Project GUIA: A model for understanding and promoting physical activity in Brazil and Latin America. *J Phys Act Health* 2010; 7(Supl. 2):S131-S134.
31. Simões EJ, Hallal PC, Siqueira FV, Schmaltz C, Menor D, Malta DC, Duarte H, Hino AA, Mielke GI, Pratt M, Reis RS. Effectiveness of a scaled up physical activity intervention in Brazil: A natural experiment. *Prev Med* 2016; 103S:S66-S72.
32. Malta DC, Silva Júnior JB. Policies to promote physical activity in Brazil. *Lancet* [Internet]. 2012 Jul [cited 2014 Fev 12]; 380(9838):195-196. 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)
33. World Obesity Federation. World Obesity Day [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 30]. Available from: <http://www.obesityday.worldobesity.org/>
34. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of Primary Health Care on Mortality from Heart and Cerebrovascular Diseases in Brazil: a Nationwide Analysis of Longitudinal Data. *BMJ* 2014; 349:g4014.
35. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; 377(9781):1949-1961.
36. Souza MFN, Malta DC, França EB, Barreto ML. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1737-1750.
37. Relatórios Luz: síntese e completo de 2017. *Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para Agenda 2030*. [acessado 2017 Out 1]. Disponível em: <https://gtagenda2030.org.br/>

Artigo apresentado em 02/08/2018

Aprovado em 30/08/2018

Versão final apresentada em 02/09/2018