

A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013

Surveillance and monitoring of major chronic diseases in Brazil – National Health Survey, 2013

Deborah Carvalho Malta^{I,II}, Sheila Rizzato Stopa^{I,III}, Celia Landmann Szwarcwald^{IV},
Nayara Lopes Gomes^V, Jarbas Barbosa Silva Júnior^{VI}, Ademar Arthur Chioro dos Reis^{VI}

RESUMO: *Objetivo:* Descrever as principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no país segundo as informações coletadas em indivíduos de 18 anos ou mais de idade. *Métodos:* Foram utilizados dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013, estudo transversal de base populacional. As proporções de cada DCNT foram calculadas e apresentadas segundo sexo, com intervalo de confiança de 95% (IC95%), com os valores absolutos. *Resultados:* Do total de entrevistados, 45,1% referiram ter pelo menos uma DCNT. A Região com maior prevalência de DCNT foi a Sul (52,1%). A hipertensão arterial apresentou a maior prevalência dentre as DCNT, com 21,4%, seguida por problema crônico de coluna (18,5%), depressão (7,6%), artrite (6,4%) e diabetes (6,2%). O grau de limitação intenso/muito intenso apresentou maiores prevalências para outra doença mental (37,6%) e acidente vascular cerebral (AVC) (25,5%). *Conclusão:* A melhoria dos serviços de saúde é indispensável para uma resposta efetiva à dupla carga de adoecimento de países de média e baixa renda.

Palavras-chave: Inquéritos epidemiológicos. Doença crônica. Hipertensão. *Diabetes mellitus*. Dor lombar. Vigilância epidemiológica.

^IDepartamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

^{II}Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{III}Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{IV}Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

^VInstituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

^{VI}Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

Autor correspondente: Deborah Carvalho Malta. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, SAF Sul, Trecho 2, Lote 5/6, Torre I, Edifício Premium, Sala 16, Térreo, CEP: 70070-600, Brasília, DF, Brasil. E-mail: dcmalta@uol.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: *Objective:* To describe the major noncommunicable diseases (NCDs) in Brazil, according to the information collected from individuals aged 18 years or older. *Methods:* Data from the National Health Survey (PNS), 2013, a transversal population-based study, were used. The proportions of each NCD were calculated and presented according to sex, with a 95% confidence interval (95%CI), with the absolute values. *Results:* Of the total respondents, 45.1% reported presenting at least one NCD. The region with the highest prevalence of NCDs was the south (52.1%). Hypertension showed the highest prevalence among NCDs, with 21.4%, followed by chronic back problem (18.5%), depression (7.6%), arthritis (6.4%), and diabetes (6.2%). The intense/very intense degree of limitation showed a higher prevalence of other mental illnesses (37.6%) and cerebrovascular accident (25.5%). *Conclusion:* The improvement of health services is essential for an effective response to the double burden of illness in the middle- and low-income countries.

Keywords: Health surveys. Chronic disease. Hypertension. *Diabetes mellitus*. Low back pain. Epidemiological surveillance.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um dos maiores problemas de saúde pública atualmente e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida (com alto grau de limitação e incapacidade para as atividades de vida diária), além de impactos econômicos para famílias, comunidades e a sociedade em geral^{1,2}.

Anualmente as DCNT respondem por 36 milhões, ou 63%, das mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica. Cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29% são de pessoas com menos de 60 anos, enquanto nos países de renda alta apenas 13% são mortes precoces^{1,2}.

No Brasil, as DCNT também se constituem como um problema de saúde de grande magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%). As DCNT 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^{3,4}.

As DCNT caracterizam-se por ter uma etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e também por associarem-se a deficiências e incapacidades funcionais. Sua ocorrência é muito influenciada pelas condições de vida, pelas desigualdades sociais, não sendo resultado apenas dos estilos de vida. As DCNT requerem ainda uma abordagem sistemática para o tratamento, exigindo novas estratégias dos serviços de saúde^{4,5}.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) inclui como DCNT doenças do aparelho circulatório (cerebrovasculares, cardiovasculares), neoplasias, doenças respiratórias crônicas e *diabetes mellitus*. Essas doenças têm em comum um conjunto de fatores de risco, resultando na possibilidade de se ter uma abordagem comum na sua prevenção^{2,4,5}.

Outras condições crônicas contribuem muito para o aumento da carga de doenças, como as desordens mentais e neurológicas, ósseas e articulares, doenças autoimunes, dentre outras⁵. No entanto, essas condições crônicas diferem-se do grupo de DCNT denominado pela OMS, pelo fato de, em geral, não partilharem os mesmos fatores de risco, requerendo diferentes estratégias de intervenção e esforços de políticas públicas, como é o caso das doenças mentais^{4,6}.

A vigilância de DCNT é uma ação de grande relevância em saúde pública, pois é uma ferramenta que possibilita conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população e identificar seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação da prevenção e do controle⁷.

Visando a estruturação da vigilância de DCNT, o Ministério da Saúde desenvolveu, a partir de 2003, um conjunto de iniciativas que permitem conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção da saúde. Como parte do processo, o Brasil delineou um sistema baseado em informações de fatores de risco e morbimortalidade e inquéritos de fatores de risco, que se distribuem em inquéritos domiciliares, telefônicos e em populações específicas, como os escolares⁸.

Dessa forma, a realização, em 2013, da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) — a pesquisa mais ampla sobre saúde e seus determinantes já realizada no país — compõe o sistema de monitoramento de DCNT e inclui tanto informações sobre fatores de risco quanto de morbidade.

O objetivo deste trabalho foi descrever as principais DCNT no país segundo as informações coletadas de indivíduos de 18 anos ou mais de idade entrevistados na PNS no ano de 2013.

MÉTODOS

A PNS é uma pesquisa domiciliar integrante do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e utiliza a Amostra Mestra desse sistema, com maior espalhamento geográfico e ganho de precisão das estimativas⁹.

Com desenho próprio, elaborado, especificamente, para coletar informações de saúde, a PNS foi planejada para a estimação de vários indicadores com a precisão adequada. A PNS é uma pesquisa realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde e se constitui na mais completa pesquisa de saúde e seus determinantes⁹.

O tamanho da amostra foi definido considerando o nível de precisão desejado para as estimativas de alguns indicadores de interesse, que são basicamente proporções de pessoas em determinadas categorias.

O plano amostral empregado foi amostragem conglomerada em três estágios, com estratificação das unidades primárias. Os setores censitários ou conjunto de setores formam as unidades primárias de amostragem (UPAs), os domicílios são as unidades de segundo estágio e os moradores com 18 anos ou mais de idade definem as unidades de terceiro estágio. Dentro de cada domicílio selecionado, um morador com 18 anos ou mais de idade foi selecionado para responder ao questionário específico, também por amostragem aleatória simples, da lista de moradores construída no momento da entrevista.

Foram definidos pesos amostrais para as UPAs, para os domicílios e todos os seus moradores e o peso para o morador selecionado. Este último foi calculado considerando o peso do domicílio correspondente, a probabilidade de seleção do morador, ajustes de não resposta por sexo e calibração pelos totais populacionais por sexo e classes de idade estimados com o peso de todos os moradores.

Todos os agentes de coleta de informações, supervisores e coordenadores da PNS foram capacitados para compreender detalhadamente toda a pesquisa. As entrevistas foram feitas com a utilização de PDAs (*Personal Digital Assistance*), computadores de mão programados adequadamente para processos de crítica das variáveis.

Foi selecionado de forma aleatória o morador respondente do questionário individual e a este indivíduo foram feitas perguntas sobre diagnóstico médico prévio de diversas DCNT. Os entrevistadores perguntaram se “Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?”. As opções de resposta foram (sim; sim apenas durante a gravidez (somente para as mulheres); não). Foi considerada a resposta sim.

Para o diabetes, foi semelhante: “Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes?”. As opções de resposta foram (sim; sim apenas durante a gravidez (somente para as mulheres); não). Foi considerada a resposta sim.

A mesma pergunta foi feita para as demais morbidades (doença do coração, acidente vascular cerebral (AVC), asma, artrite ou reumatismo, distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT), câncer e insuficiência renal crônica — IRC). As opções de resposta eram sim ou não.

No caso da dor de coluna foi feita a pergunta: “O Sr.(a) tem algum problema crônico de coluna, como dor nas costas, ou no pescoço, lombalgia, ou ciática, problemas de vértebras ou disco?”. As opções de resposta eram sim ou não.

Para a depressão, a pergunta foi: “Algum médico, ou profissional de saúde mental como psiquiatra, ou psicólogo, já lhe deu o diagnóstico de depressão?”. As opções de resposta eram sim ou não. Para as outras doenças mentais, a pergunta foi: “Algum médico, ou profissional de saúde mental como psiquiatra, ou psicólogo, já lhe deu o diagnóstico de outra doença mental (esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose, ou transtorno obsessivo-compulsivo — TOC)?”. As opções de resposta eram sim ou não. O questionário da PNS encontra-se disponível online no endereço: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Novos/Questionario%20PNS.pdf>.

O estudo atual analisou os seguintes indicadores referentes às DCNT:

1. Proporção (%) de indivíduos de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de:
 - hipertensão arterial;
 - diabetes;
 - alguma doença do coração;
 - AVC;
 - asma;
 - artrite ou reumatismo;
 - DORT;
 - câncer;
 - IRC.

2. Proporção (%) de indivíduos de 18 anos ou mais que referem problema crônico de coluna.
3. Proporção (%) de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental.
4. Proporção (%) de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico de outra doença mental (esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC) por profissional de saúde mental.
5. Proporção (%) de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico de alguma doença no pulmão (enfisema pulmonar, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)).

Foi calculado o total de indivíduos de 18 anos ou mais de idade que declaravam ter ao menos uma dessas DCNT; depois, calcularam-se as proporções e o total de indivíduos com cada uma das DCNT citadas acima, segundo sexo.

Ainda, foi calculada a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais de idade que referiram grau intenso/muito intenso de limitação das atividades habituais, conforme o grau de incapacidade declarado pelo entrevistado para cada uma das DCNT. Foram considerados os indivíduos que responderam que a doença limita intensamente/muito intensamente.

Todos os indicadores foram apresentados segundo sexo, com intervalo de confiança de 95% (IC95%). Os dados foram analisados no *software Stata*, versão 11.0, por meio do módulo *survey*, que considera efeitos da amostragem complexa.

A PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, sob o nº 328.159, de 26 de junho de 2013. Todos os indivíduos foram consultados, esclarecidos e aceitaram participar da pesquisa.

RESULTADOS

Após o encerramento da coleta, foram obtidos registros de entrevistas de 64.348 domicílios e 60.202 indivíduos, o que resultou em uma taxa de não resposta de 8,1%.

Do total de entrevistados na PNS, a prevalência de indivíduos que referiram ter pelo menos uma DCNT foi de 45,1%, sendo que para os indivíduos do sexo feminino tal prevalência foi de 50,4%, e para o sexo masculino, de 39,2%. Estima-se que são mais de 66 milhões de brasileiros com diagnóstico prévio de alguma DCNT (Tabela 1).

A Região com maior prevalência de indivíduos com DCNT foi a Sul, com 52,1%, seguida pelas Regiões Sudeste (46,1%), Centro-Oeste (43,9%), Nordeste (42,2%) e Norte (37,2%). Ainda, o Estado brasileiro com maior prevalência de DCNT foi o Rio Grande do Sul, com 54,2%, sendo que os demais Estados da Região Sul também apresentaram altas prevalências de DCNT: Paraná (52,3%) e Santa Catarina (48,4%). A Região Sudeste, que concentra a maior parte da população brasileira, apresentou altas prevalências para os Estados de São Paulo (46,9%) e Minas Gerais (48,0%). Dentre os Estados da Região Norte, Pará apresentou a menor prevalência, com 34,4%, ou, em números absolutos, 1,7 milhões de indivíduos (Tabela 1).

Tabela 1. Indivíduos que referiram ter pelo menos uma doença crônica, segundo sexo, em números absolutos e proporções (dados para Brasil, grandes regiões e Unidades da Federação – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013).

	Total	Sexo		Total (mil pessoas)	Sexo		%	Sexo	
		Masculino	Feminino		Masculino	Feminino		Masculino	Feminino
Brasil	66.016.475	27.037.033	38.979.442	66.016	27.037	38.979	45,1	39,2	50,4
Norte	4.049.280	1.738.670	2.310.610	4.049	1.739	2.311	37,2	32,8	41,4
Rondônia	464.281	194.490	269.790	464	194	270	39,0	33,3	44,5
Acre	184.372	82.169	102.204	184	82	102	38,4	35,9	40,8
Amazonas	858.280	383.699	474.581	858	384	475	37,6	34,4	40,7
Roraima	96.222	43.287	52.935	96	43	53	34,9	31,7	37,9
Pará	1.796.619	739.634	1.056.985	1.797	740	1.057	34,4	29,1	39,5
Amapá	178.803	79.401	99.403	179	79	99	39,4	36,7	41,9
Tocantins	470.703	215.991	254.712	471	216	255	47,7	45,2	49,9
Nordeste	16.444.004	6.611.220	9.832.784	16.444	6.611	9.833	42,2	36,2	47,6
Maranhão	1.618.789	611.348	1.007.441	1.619	611	1.007	37,0	29,2	44,2
Piauí	996.825	421.789	575.037	997	422	575	45,0	39,7	50,0
Ceará	2.818.465	1.236.999	1.581.466	2.818	1.237	1.581	45,3	41,9	48,3
Rio Grande do Norte	1.071.244	416.590	654.654	1.071	417	655	44,3	37,1	50,6
Paraíba	1.169.928	464.554	705.374	1.170	465	705	42,1	35,9	47,5
Pernambuco	3.012.792	1.209.398	1.803.395	3.013	1.209	1.803	46,5	40,1	51,9
Alagoas	933.391	379.386	554.005	933	379	554	41,4	36,5	45,6
Sergipe	611.215	257.744	353.471	611	258	353	39,9	35,1	44,3
Bahia	4.211.354	1.613.411	2.597.943	4.211	1.613	2.598	39,5	32,5	45,6
Sudeste	29.511.611	12.090.491	17.421.120	29.512	12.090	17.421	46,1	40,4	51,0
Minas Gerais	7.370.922	3.015.625	4.355.297	7.371	3.016	4.355	48,0	41,6	53,9
Espírito Santo	1.134.259	457.148	677.112	1.134	457	677	40,6	34,3	46,3
Rio de Janeiro	5.449.500	2.186.694	3.262.805	5.449	2.187	3.263	42,7	37,9	46,7
São Paulo	15.556.930	6.431.024	9.125.906	15.557	6.431	9.126	46,9	41,3	51,8
Sul	11.276.123	4.731.838	6.544.285	11.276	4.732	6.544	52,1	46,1	57,6
Paraná	4.207.829	1.790.288	2.417.541	4.208	1.790	2.418	52,3	47,0	57,1
Santa Catarina	2.446.779	1.047.189	1.399.591	2.447	1.047	1.400	48,4	42,6	54,0
Rio Grande do Sul	4.621.515	1.894.362	2.727.153	4.622	1.894	2.727	54,2	47,4	60,1
Centro-Oeste	4.735.457	1.864.814	2.870.644	4.735	1.865	2.871	43,9	36,3	50,9
Mato Grosso do Sul	768.122	293.499	474.623	768	293	475	43,4	34,9	51,1
Mato Grosso	993.529	397.509	596.019	994	398	596	43,8	35,6	51,7
Goiás	2.155.887	873.596	1.282.291	2.156	874	1.282	46,1	38,8	52,9
Distrito Federal	817.920	300.209	517.710	818	300	518	39,8	32,3	46,0

Com relação às morbidades, a hipertensão arterial foi a mais referida dentre os entrevistados, com prevalência de 21,4% na população de pessoas de 18 anos ou mais de idade, ou, em números absolutos, aproximadamente 31 milhões de indivíduos. Na sequência, as doenças mais referidas foram: problema crônico de coluna (18,5%), depressão (7,6%), artrite (6,4%) e diabetes (6,2%). As demais doenças apresentaram prevalências inferiores a 5% (Tabela 2).

Para o sexo masculino, a hipertensão arterial foi a mais referida dentre os entrevistados, com prevalência de 18,3%, seguida por problema crônico de coluna (15,5%), diabetes (5,4%), depressão e doenças do coração (3,9%). As demais doenças apresentaram prevalências inferiores a 4% (Tabela 3).

Para o sexo feminino, a hipertensão arterial também foi doença mais referida, com prevalência de 24,2%, seguida por problema crônico de coluna (21,1%), depressão (10,9%), artrite ou reumatismo (9,0%), diabetes (7,0%). As demais doenças apresentaram prevalências inferiores a 5% (Tabela 4).

No que se refere ao grau de limitação intenso/muito intenso de limitação das atividades habituais referido para as DCNT investigadas, outra doença mental (esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC) foi a mais referida pelos entrevistados, com 37,6%, seguida de AVC (25,5%), artrite ou reumatismo (17,1%), problema crônico de coluna (16,4%), DORT e asma (15,7%) (Tabela 5).

Tabela 2. Total de indivíduos que referiram morbidades, por proporção e intervalo de confiança, e total em número absoluto (dados para Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013).

Morbidades	Proporções (%)			Total estimado (nº absoluto x 1.000)
	%	IC95% (limite inferior)	IC95% (limite superior)	
Hipertensão arterial	21,4	20,8	22,0	31.315
Diabetes	6,2	5,9	6,6	9.122
Asma	4,4	4,1	4,7	6.438
Depressão	7,6	7,2	8,1	11.179
Outra doença mental	0,9	0,8	1,1	1.347
Doença do coração	4,2	3,9	4,5	6.115
AVC	1,5	1,4	1,7	2.231
Artrite	6,4	6,1	6,7	9.382
Problema na coluna	18,5	17,8	19,1	27.021
DORT	2,4	2,2	2,7	3.568
Câncer	1,8	1,6	2,0	2.681
Insuficiência renal crônica	1,4	1,3	1,6	2.080
Doença do pulmão	1,8	1,6	2,0	2.611

AVC: acidente vascular cerebral; DORT: distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho.

Tabela 3. Total de indivíduos do sexo masculino que referiram morbidades, por proporção e intervalo de confiança, e total em número absoluto (dados para Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013).

Morbidades	Proporções sexo masculino (%)			Total estimado (nº absoluto x 1.000)
	%	IC95% (limite inferior)	IC95% (limite superior)	
Hipertensão arterial	18,3	17,5	19,1	12.601
Diabetes	5,4	4,8	5,9	3.688
Asma	3,6	3,2	4,0	2.486
Depressão	3,9	3,5	4,4	2.714
Outra doença mental	0,9	0,7	1,0	588
Doença do coração	3,9	3,5	4,4	2.709
AVC	1,6	1,3	1,9	1.117
Artrite	3,5	3,1	3,9	2.396
Problema na coluna	15,5	14,8	16,3	10.712
DORT	1,5	1,2	1,8	1.037
Câncer	1,6	1,3	1,9	1.105
Insuficiência renal crônica	1,4	1,1	1,6	933
Doença do pulmão	1,7	1,5	2,0	1.205

AVC: acidente vascular cerebral; DORT: distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho.

Tabela 4. Total de indivíduos do sexo feminino que referiram morbidades, por proporção e intervalo de confiança, e total em número absoluto (dados para Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013).

Morbidades	Proporções sexo feminino (%)			Total estimado (nº absoluto x 1.000)
	%	IC95% (limite inferior)	IC95% (limite superior)	
Hipertensão arterial	24,2	23,4	24,9	18.715
Diabetes	7,0	6,5	7,5	5.433
Asma	5,1	4,7	5,5	3.952
Depressão	10,9	10,3	11,6	8.465
Outra doença mental	1,0	0,8	1,2	760
Doença do coração	4,4	4,0	4,8	3.406
AVC	1,4	1,2	1,6	1.115
Artrite	9,0	8,5	9,6	6.986
Problema na coluna	21,1	20,2	21,9	16.309
DORT	3,3	2,9	3,7	2.531
Câncer	2,0	1,8	2,3	1.576
Insuficiência renal crônica	1,5	1,3	1,7	1.147
Doença do pulmão	1,8	1,6	2,1	1.405

AVC: acidente vascular cerebral; DORT: distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho.

Tabela 5. Total de indivíduos que referiram morbidades com grau de limitação muito intenso/intenso, por proporção e intervalo de confiança (dados para Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013).

Morbidades	Proporções (%)		
	%	IC95% (limite inferior)	IC95% (limite superior)
Hipertensão arterial	4,7	4,0	5,4
Diabetes	7,0	5,5	8,5
Asma	15,7	11,5	20,0
Depressão	11,8	10,3	13,4
Outra doença mental	37,6	31,1	44,7
Doença do coração	13,5	10,8	16,2
AVC	25,5	20,1	30,9
Artrite	17,1	15,3	19,1
Problema na coluna	16,4	15,2	17,6
DORT	15,7	12,6	18,8
Câncer	10,3	7,8	13,5
Insuficiência renal crônica	11,9	8,2	15,5
Doença do pulmão	10,0	6,8	13,2

AVC: acidente vascular cerebral; DORT: distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho.

DISCUSSÃO

A PNS revelou que a carga de morbidade das DCNT no país é elevada, cerca de 45% da população declara pelo menos uma doença crônica e as mulheres relatam mais DCNT que os homens. O diagnóstico médico de hipertensão arterial é relatado por cerca de um quinto da população adulta, seguido pelo problema crônico de coluna. Outras DCNT, como depressão e diabetes, também têm frequências elevadas. As outras doenças mentais apresentaram os maiores graus de limitação; em sequência, foram relatados AVC, artrite, dores de coluna.

Atualmente, as DCNT são o problema de saúde pública de maior magnitude, uma vez que correspondem à maior proporção das causas de morte no país¹⁰. O Brasil tem experimentado, nas últimas décadas, importantes transformações no seu padrão de mortalidade e morbidade, em função dos processos de transição epidemiológica, demográfica e nutricional. Em relação à transição epidemiológica nas últimas décadas, houve importante redução das doenças infecciosas e aumento de DCNT, acidentes e violências^{11,12}.

Os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuem para o maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas pela população^{10,11}.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2008, 31,3% dos participantes afirmaram apresentar pelo menos uma doença crônica¹³. Os dados da PNS de 2013 apontaram 45,1% casos de DCNT. No entanto, cabe ressaltar que a PNAD entrevistou indivíduos de 15 anos ou mais de idade, em uma amostra menor que a PNS em termos de setores censitários. Além disso, os questionários são diferentes. Sendo assim, a comparação entre os indicadores é limitada.

Estudos de mortalidade apontam crescimento da proporção de mortes por DCNT e também aumento da proporção de internações¹⁴. O Brasil é um país que envelhece e, como os idosos tendem a apresentar prevalências mais elevadas de DCNT, a carga de doenças crônicas no país tende a aumentar, exigindo um novo modelo de atenção à saúde para essa população¹⁵.

Em todas as DCNT autorreferidas, as mulheres apresentaram maiores prevalências que os homens. Em estudos autorreferidos é comum as mulheres referirem mais hipertensão arterial, pela maior procura aos serviços de saúde e maior oportunidade de diagnóstico médico¹⁵⁻¹⁷.

A hipertensão foi a doença mais citada, dado compatível com outros estudos que apontam que é a doença circulatória mais prevalente e frequentemente está associada a desfechos mais graves, como doenças cardiovasculares (DCV) fatais e não fatais, doenças cerebrovasculares e insuficiência renal^{18,19}. A PNAD 2008¹³ apontou 14% de hipertensão na população de 15 anos ou mais de idade. Mais recentemente, nas capitais brasileiras, o Vigitel 2011 registrou prevalência média de 22,7% em indivíduos de 18 anos ou mais de idade²⁰. A hipertensão autorreferida diagnosticada previamente foi mais elevada entre as mulheres.

Diversos estudos apontam que antes dos 50 anos, ou da menopausa, a prevalência da hipertensão arterial é mais baixa entre as mulheres, sugerindo um efeito protetor do estrogênio^{21,22}. Ainda, a OMS aponta que em adultos maiores de 25 anos as prevalências são maiores entre os homens²³. Portanto, futuras análises de hipertensão arterial aferida pela PNS poderão esclarecer se a diferença reflete o viés de procura de serviços mais elevada em mulheres ou se é real.

O *diabetes mellitus* é um problema de saúde global, com prevalência estimada pela OMS, em 2010, de 6,4% entre os adultos de 20 a 79 anos e com incremento anual de 2,2%²⁴. Segundo a OMS, em 2008 o diabetes foi responsável por 1,3 milhão de mortes e cerca de 4% das mortes prematuras (< 70 anos)¹. Além disso, associa-se com limitações e incapacidades. A PNS apontou prevalências muito próximas aos dados globais², 6,2% (IC95% 5,9 – 6,6), e também próximas aos dados do Vigitel 2013²⁵ nas capitais brasileiras, 6,9% (IC95% 6,5 – 7,3). Esta é a primeira pesquisa que aponta o elevado grau de incapacidade do diabetes 7% (IC95% 5,5 – 8,5), ou 642.000 brasileiros que têm limitação intensa ou muito intensa devido ao diabetes. Tais dados reforçam a importância das ações de prevenção da doença e promoção da saúde.

As dores e os problemas musculoesqueléticos podem acometer grande parcela da população, tendo impacto econômico e na qualidade de vida dos indivíduos. Dentre os problemas crônicos de coluna, os problemas lombares crônicos são os mais comuns, atingindo principalmente a população com idade economicamente ativa. Na PNS essa foi a segunda DCNT mais referida (18,5%) pela população. Não existem muitos estudos populacionais no país sobre dor na coluna. Conforme dados do Ministério da Previdência Social do Brasil, a dor nas costas tem sido o principal motivo de afastamento do trabalho²⁶.

Dados da PNAD de 2003 e 2008 mostraram que o autorrelato de artrite/reumatismo foi a terceira condição de doença crônica mais frequente na população adulta brasileira, acometendo cerca de 6% da população em ambos os inquéritos, sendo duas vezes maior em mulheres do que em homens²⁷. A PNS apontou prevalências mais baixas que a PNAD, 3,5%, de pessoas com a doença. Diferenças metodológicas, em especial a pergunta, aqui relacionada ao diagnóstico médico prévio, explicariam, em parte, essa diferença.

Os DORTs, caracterizados como transtornos dolorosos e prejudiciais causados pelo uso excessivo ou pela atividade excessiva de alguma parte do sistema musculoesquelético, geralmente resultantes de atividades físicas relacionadas ao trabalho, ocasionam, igualmente, repercussões negativas para os indivíduos e para os cofres públicos²⁸. A PNS avaliou, pela primeira vez, o tema DORT, permitindo ter a visualização de um panorama nacional desses agravos. São 2,4% da população brasileira, predominando em mulheres, quase o dobro, dos quais 16,4% referem incapacidade para atividades do dia a dia, revelando o tamanho da incapacidade e como isso afeta as pessoas, o trabalho, as empresas e o sistema de saúde.

A depressão é um distúrbio afetivo caracterizado, principalmente, por alterações no humor, redução da energia e diminuição das atividades. Pode variar entre episódios mais leves e mais graves. Estudos apontam diferenças sociodemográficas na prevalência de depressão. Por exemplo, entre as mulheres, a depressão é duas vezes mais frequente do que entre os homens^{29,30}. A PNS explorou pela primeira vez o tema e os dados são surpreendentes: 7,6% da população brasileira foi diagnosticada por médico ou profissional da saúde mental; a depressão atinge quase três vezes mais as mulheres e cerca de 11,8% referem incapacidade devido à doença.

A asma caracteriza-se como uma doença de natureza crônica que afeta as vias aéreas e também outras estruturas dos pulmões. De acordo com a OMS, a asma ocupa o primeiro lugar na prevalência de doenças respiratórias crônicas, acometendo 300 milhões de indivíduos no mundo³¹. No Brasil, seriam cerca de 6,4 milhões de pessoas, ou 4,4% da população adulta, sendo que 15,7% revelam incapacidade em decorrência da doença. A asma é responsável por grande número de internações hospitalares, originando custo importante para o Sistema Único de Saúde (SUS)³².

A doença renal crônica é caracterizada por lesão renal ou redução da função renal por três ou mais meses, independentemente do diagnóstico que originou a lesão ou a redução da função. A doença renal crônica é um problema de saúde pública que impacta tanto os indivíduos e seus familiares quanto a sociedade e o sistema de saúde. Os principais fatores de risco associados à doença renal crônica são *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, história familiar de nefropatia e envelhecimento³³.

Estudo baseado em análises do Subsistema de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade de Terapia Renal Substitutiva (Apac-TRS) estimou a incidência de doença renal crônica para o período de 2000 a 2006 para o país em 119,8/1.000.000 habitantes/ano. A prevalência e a incidência aumentam ao longo da progressão da faixa etária³³. O achado da PNS de 1,4% de prevalência de IRC é absolutamente inédito e revela a dimensão da doença no país, já que cursa com elevada incapacidade (11,9%) e onera os serviços de saúde, em especial o SUS, os indivíduos e as famílias.

O AVC é uma das principais causas de morte e incapacidade no mundo. Estima-se que, em 2005, cerca de 5,7 milhões de óbitos foram em decorrência de AVC, sendo que 87% ocorreram em países de renda média e baixa³⁴. Um estudo de tendência de mortalidade por AVC no Brasil, para indivíduos de 30 anos ou mais de idade, de 2000 a 2009, observou tendência de aumento na taxa de mortalidade até 2006 e posterior declínio até 2009³⁴. Ainda, o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), realizado em 2014, encontrou prevalência de 1,3% em população de 35 a 74 anos³⁵.

As DCV são a principal causa de morte no Brasil. Apesar de a mortalidade ter caído ao longo dos anos no Brasil (cerca de 34% para doenças cerebrovasculares e 44% para outras doenças cardíacas), ela continua alta. Em 2004, a mortalidade atribuível às DCV foi de 286 por 100.000 pessoas. Ainda, as DCV geram os maiores custos com relação a internações hospitalares¹⁰. Estima-se que, para o ano de 2007, 12,7% das hospitalizações no Brasil foram em decorrência das DCV. De acordo com dados do ELSA-Brasil, as prevalências de doença coronariana e infarto em população de 35 a 74 anos foram de 4,7 e 1,7%, respectivamente³⁶.

CONCLUSÃO

A PNS revelou um painel rico e preocupante do país, com elevada carga de DCNT e de incapacidades, o que deve se ampliar em função do envelhecimento da população. Torna-se fundamental monitorar as DCNT, sua carga de morbimortalidade e fatores de risco. O fortalecimento da vigilância é uma prioridade nacional e global. O Ministério da Saúde tem investido na melhoria de cobertura e da qualidade dos dados de mortalidade e morbidade e com a PNS completa-se o painel da vigilância, estabelecendo uma linha de base inestimável.

Existe forte evidência que correlaciona os determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, com a prevalência de DCNT e os fatores de risco². No Brasil, mesmo com a existência do SUS, gratuito e universal, o custo individual de uma doença crônica ainda é bastante alto, em função de custos agregados, afastamentos do trabalho, perda de produtividade, o que contribui para o empobrecimento das famílias. Estimativas para o Brasil sugerem que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes de apenas três DCNT (diabetes, doença do coração e AVC) levarão a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015³⁷.

Em relação à carga de morbimortalidade por DCNT, são enormes os desafios colocados aos governos, aos gestores de saúde e à população em geral^{38,39}. Agrega-se, ainda, o aumento da população de idosos e da carga de doenças nas próximas décadas, com ampliação crescente da demanda pelos serviços de saúde. As evidências na produção técnico-científica atual apontam os benefícios de políticas públicas integradas e intersetoriais na resposta a esses desafios^{31,38,39}.

A produção de informações e análises da situação de saúde pode apoiar a implementação de estratégias setoriais e intersetoriais, operando um cuidado integral das DCNT e seus fatores de risco. Além disso, a melhoria dos serviços de saúde, em especial a qualificação da atenção básica, pode responder efetivamente à dupla carga de adoecimento dos países de média e baixa renda^{1,2,10}.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011.
3. Duncan BB, Stevens A, Iser BPM, Malta DC, Silva GA, Moura L, et al. Mortalidade por Doenças Crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009. Saúde Brasil. 2010. Uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Malta DC, Merhy EE. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. *Interface - Comunic Saúde Educ* 2010; 14(34): 593-605.
5. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: WHO; 2005.
6. World Health Organization. National cancer control programmes, policies and managerial guidelines. 2 ed. Geneva: WHO; 2002.
7. Malta DC, Moura L, Silva Junior JB. Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. In: Roquayrol MZ, Gurgel M. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medbook; 2013. p. 273-96.
8. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Neto OLM. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(Supl. 1): 159-67.
9. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Ciênc Saúde Colet* 2014; 19(2): 333-42.
10. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet* 2011; 61-74.
11. Malta DC, Moraes 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 Saúde* 2011; 20(4): 425-38.
12. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Moraes Neto OL, Silva Júnior JB. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; (15): 47-64.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde (PNAD 2008). Rio de Janeiro: IBGE; 2010b.
14. Malta DC, Prestes IV, Oliveira JCG, Moura L, Nunes ML, Oliveira MM, et al. Morbidade hospitalar e ambulatorial em Doenças Crônicas não Transmissíveis no Sistema Único de Saúde - DCNT. In: Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações*. Ministério da Saúde. 2013. p. 243-72.
15. Lima-Costa MFF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciênc Saúde Colet* 2011; 16(9): 3689-96.
16. Lima-Costa MFF, Peixoto SV, Firmo JOA. Validade da hipertensão arterial autorreferida e seus determinantes (Projeto Bambuí). *Rev Saúde Pública* 2004; 38(18): 637-42.
17. Nogueira D, Faerstein E, Coeli CM, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. *Rev Panam Salud Publ* 2010; 27(2): 103-9.
18. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Ciênc Saúde Colet* 2006; 11(4): 1011-22.
19. Ribeiro AB. Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstico e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2007.
20. Andrade SSCA, Malta DC, Iser BM, Sampaio PC, Moura L. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida nas capitais brasileiras em 2011 e análise de sua tendência de 2006 a 2011. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(Supl 1): 215-26.
21. Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertension* 2009; 27(5): 963-75.
22. Victor RG. Hipertensão arterial. In: Ausiello D, Goldman L. *Cecil - Tratado de medicina interna*. 23 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p. 506-37.
23. World Health Organization. World Health Statistics. WHO; 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf. (Acessado em 16 de abril de 2015).
24. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract* 2010; 87(1): 4-14.
25. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel 2013: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

26. Brasil. Ministério da Previdência Social. Relação das 10 maiores frequências de auxílios-doença concedidos segundo os códigos da CID-10 – Acumulado Ano 2007. Disponível em: http://www.mps.gov.br/arquivos/office/3_081014-103849-820.pdf. (Acessado em 16 de abril de 2015).
27. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, Cesar CL. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciênc Saúde Colet* 2011; 16(9): 3755-68.
28. Brasil. Ministério da Previdência Social. Instrução Normativa nº 98, do Instituto Nacional de Seguro Social, de 5 de dezembro de 2003. Aprova Norma Técnica sobre lesões por esforços repetitivos - LER ou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - DORT. Brasília: Diário Oficial da União; 10 dez 2003.
29. Rombaldi AJ, Silva MC, Gazalle FK, Azevedo MR, Hallal PC. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13: 620-9.
30. Van de Velde S, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Soc Sci Med* 2010; 71: 305-13.
31. World Health Organization. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva: WHO; 2014.
32. Alfradique ME et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad Saúde Pública* 2009; 25(6): 1337-49.
33. Moura L, Schmidt MI, Duncan BB, Rosa RS, Malta DC, Stevens A, et al. Monitoramento da doença renal crônica terminal pelo subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – Apac – Brasil, 2000 a 2006. *Epidemiol Serv Saúde* 2009; 18(2): 121-31.
34. Strong K, Mathers C, Bonita R. Preventing stroke: saving lives around the world. *Lancet Neurol* 2007; 6(2): 182-7.
35. Garritano CR, Luz PM, Pires MLE, Barbosa MTS, Batista KM. Análise da Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Brasil no Século XXI. *Arq Bras Cardiol* 2012; 98(6): 519-27.
36. Schmidt MI, Duncan BB, Mill JG, Lotufo PA, Chor D, Barreto SM, et al. Cohort profile: Longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). *Int J Epidemiol* 2014; 1-8.
37. 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: 1929-38.
38. Alwan A, MacLean DR, Riley LM, d'Espaignet ET, Mathers CD, Stevens AG, et al. Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet* 2010; 376: 1861-68.
39. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2095-128.

Recebido em: 21/02/2015

Versão final apresentada em: 09/06/2015

Aceito em: 11/06/2015