

Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013

Prevalence of chronic non-communicable diseases and association with self-rated health: National Health Survey, 2013

Mariza Miranda Theme Filha^I, Paulo Roberto Borges de Souza Junior^{II}, Giseli Nogueira Damacena^{II}, Celia Landmann Szwarcwald^{II}

RESUMO: *Objetivo:* Analisar o perfil de dez doenças crônicas não transmissíveis investigadas na Pesquisa Nacional de Saúde realizada no Brasil em 2013 e sua associação com a autoavaliação da saúde. *Métodos:* Estudo transversal de base populacional e abrangência nacional com 60.202 indivíduos com 18 anos ou mais. Foi utilizado processo amostral por conglomerado com três estágios de seleção: setor censitário, domicílio e indivíduo. Calculou-se a prevalência das doenças crônicas e os intervalos de confiança de 95% por idade, sexo e escolaridade, a idade média do primeiro diagnóstico e a proporção de limitação das atividades habituais. Para testar a associação com a autoavaliação de saúde, utilizou-se o procedimento de regressão logística ajustada por sexo e idade. *Resultados:* As doenças mais prevalentes foram hipertensão arterial (21,4%), depressão (7,6%), artrite (6,4%) e diabetes mellitus (6,2%). Indivíduos com diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC) referiram maior limitação das atividades habituais (38,6%). Observou-se um gradiente na prevalência segundo idade e escolaridade, e todas as doenças foram mais frequentes entre as mulheres. Pior autoavaliação de saúde foi encontrada entre aqueles com diagnóstico de AVC (OR = 3,60; valor de $p < 0,001$) e nos que referiram duas doenças (OR = 5,53; valor de $p < 0,001$) ou três ou mais doenças (OR = 10,86; valor de $p < 0,001$). *Conclusões:* Por se tratar de doenças associadas a fatores de risco modificáveis, a prevenção com foco populacional é a melhor estratégia para redução da carga dessas doenças.

Palavras-chave: Doença crônica. Autoavaliação. Estudos transversais. Inquéritos epidemiológicos. Epidemiologia. Brasil.

^IEscola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

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

Autor correspondente: Mariza Miranda Theme Filha, Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 813, Manguinhos, CEP: 21241-210, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: marizatheme@hotmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, processo nº 25000.212376/2007-71.

ABSTRACT: *Objective:* To analyze the profile of 10 chronic noncommunicable diseases investigated in the National Health Survey carried out in Brazil in 2013 and their association with the self-rated health. *Methods:* A cross-sectional, population-based nationwide study with 60,202 individuals aged 18 years old or more. Sampling process by conglomerate was carried out in three stages of selection: census tract, household, and individual. The prevalence of chronic diseases by age, gender and educational status and the confidence intervals of 95% , the mean age at the first diagnosis and the proportion of limitation of the usual activities were calculated. To test the association with self-rated health, the logistic regression procedure adjusted for gender and age was used. *Results:* The more prevalent diseases were hypertension (21.4%), depression (7.6%), arthritis (6.4%), and diabetes mellitus (6.2%). Individuals diagnosed with stroke reported greater limitations in the daily activities (38.6%). There was a gradient in the prevalence by age and educational level, and all the diseases were more frequent among women. A worse self-rated health was observed among those with a diagnosis of stroke (OR = 3.60; $p < 0.001$) and those who referred two diseases (OR = 5.53; $p < 0.001$) or three or more diseases (OR = 10.86; $p < 0.001$). *Conclusions:* Because these diseases are associated with modifiable risk factors, the prevention with population focus is the best strategy to reduce the burden of these diseases.

Keywords: Chronic disease. Self-assessment. Cross-sectional studies. Health surveys. Epidemiology. Brazil.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias obstrutivas, asma e neoplasias, que compartilham diversos fatores de risco. Também inclui no rol das condições crônicas os transtornos mentais, as doenças neurológicas, bucais, ósseas e articulares, oculares e auditivas, a osteoporose e as desordens genéticas. São doenças que apresentam longos períodos de latência e curso prolongado, o que coloca grande desafio para a saúde pública¹.

Desde 1980 o Estudo de Carga de Doenças tem fornecido estimativas abrangentes da carga de 235 causas de morte e de 67 diferentes fatores de risco em 21 regiões do mundo. As DCNT são as mais prevalentes e responsáveis pela maior morbimortalidade no mundo². O relatório da OMS sobre as DCNT publicado em 2011 apontava esses agravos como as principais causas de morte, superando, em conjunto, todas as outras causas, e afetando principalmente os países de média e baixa renda³.

No Brasil, o estudo publicado sobre a carga global das doenças (CGD) com dados relativos a 1998 mostrava que 59% dos anos perdidos por morte precoce e 74,7% dos anos de vida perdidos por incapacidade eram representados pelo grupo das DCNT⁴.

Dada à sua característica crônica e muitas vezes recorrente, as DCNT apresentam forte associação com a autoavaliação da saúde. Esse é um indicador amplamente utilizado em pesquisas de saúde e é considerado um forte preditor, tanto da morbidade quanto da mortalidade, mesmo quando controlado pela presença de doença ou incapacidade.

Embora seja aferida por uma única pergunta, a autoavaliação cobre várias dimensões da saúde, em um processo implícito de ponderação dessas dimensões, sugerindo que o sentimento de bem-estar extrapola a presença de condições objetivas, embora apresente relações bem estabelecidas com as condições clínicas e com os indicadores de morbidade e mortalidade⁵.

Adicionalmente, o curso crônico provoca diferentes graus de limitação nas atividades habituais que aumentam com a idade. A avaliação do grau de limitações em decorrência das DCNT também é amplamente utilizado nos inquéritos de saúde. Assim como a autoavaliação da saúde, a percepção do grau de limitação é facilmente questionado por meio de uma única pergunta e apresenta alto grau de concordância com a avaliação clínica. Enquanto a autoavaliação de saúde é uma medida global da saúde, a percepção de limitações e incapacidades se relaciona com as condições clínicas individuais⁵.

O monitoramento da prevalência das DCNT, dos fatores de risco relacionados, a presença de limitações e incapacidades e o questionamento sobre a autoavaliação de saúde permite obter indicadores essenciais para definição de políticas de saúde voltadas para a prevenção e o controle desses agravos.

O objetivo deste trabalho é apresentar a prevalência de algumas doenças crônicas e o grau de limitação imposto por esses agravos investigados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, e analisar sua associação com a autoavaliação do estado de saúde.

MÉTODOS

A amostra da PNS é uma subamostra dos setores censitários da Base Operacional Geográfica do Censo Demográfico 2010, exceto aqueles com números muito pequenos de domicílios e os setores especiais. Foi utilizado o processo de amostragem conglomerada em três estágios com estratificação das unidades primárias de amostragem. Os setores censitários ou conjunto de setores formaram as unidades primárias de amostragem (UPAs), os domicílios as unidades de segundo estágio e os moradores com 18 anos ou mais de idade definiram as unidades do terceiro estágio. Foram selecionados 62.986 domicílios, e 60.202 indivíduos responderam à entrevista individual. Uma pessoa responsável no domicílio selecionado respondeu ao questionário domiciliar sobre todos os moradores e um morador adulto, selecionado aleatoriamente, respondeu à entrevista individual. Por se tratar de uma amostra complexa foram definidos fatores de expansão ou pesos amostrais para as UPAs, para os domicílios e todos os seus moradores, e para o morador selecionado. Maiores detalhes sobre amostragem e coleta de dados encontram-se no Relatório da Pesquisa Nacional de Saúde 2013, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁶.

Foram consideradas as variáveis relativas a 10 DCNT (hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença do coração, acidente vascular cerebral (AVC), asma, artrite, distúrbio osteomuscular relacionado com o trabalho (DORT), depressão, câncer e insuficiência renal

crônica) e a autoavaliação da saúde entre os portadores dessas doenças. Para avaliação das doenças crônicas, o indivíduo selecionado no domicílio foi questionado:

1. “algum médico lhe deu o diagnóstico de (*doença*)?”;
2. “que idade o sr.(a) tinha no primeiro diagnóstico de (*doença*)?”;
3. “em geral, em que grau (*doença*) limita suas atividades habituais?”.

Foram considerados portadores de doenças crônicas aqueles que responderam afirmativamente à presença de pelo menos uma das doenças investigadas. Uma pessoa poderia estar acometida por mais de uma doença crônica e a presença de multimorbidades foi analisada considerando a resposta afirmativa para o diagnóstico de duas e três ou mais doenças.

A variável limitação das atividades habituais apresentava cinco opções de resposta: não limita; um pouco; moderadamente; intensamente; e muito intensamente. Na análise do percentual de limitação pela doença procedeu-se a agregação das opções moderadamente, intensamente e muito intensamente. Particularmente para a limitação relacionada à asma, essa só foi questionada para aqueles que referiram crise nos últimos 12 meses.

A autoavaliação da saúde foi analisada por meio da pergunta (“em geral, como o sr.(a) avalia sua saúde?”), tendo cinco opções de resposta: muito boa, boa, moderada, ruim ou muito ruim. Na análise, a variável autoavaliação de saúde foi agrupada em duas categorias: “boa” (muito boa, boa e regular) e “ruim” (ruim ou muito ruim).

Os indivíduos com diagnóstico de uma das dez doenças investigadas foram analisados segundo faixa etária, sexo e anos de estudo. Para as variáveis idade e sexo calcularam-se as distribuições proporcionais e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Tendo em vista que as doenças crônicas estão fortemente associadas à idade e ao sexo, para testar as diferenças na prevalência segundo a escolaridade foi utilizado o modelo de regressão logística múltipla ajustada por essas duas variáveis. O mesmo procedimento foi realizado para comparação da proporção de autoavaliação de saúde “ruim” entre os portadores das doenças crônicas, tendo como referência a autoavaliação de saúde “boa”.

O projeto da PNS foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), em junho de 2013, atendendo a todas as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os autores negam conflito de interesses.

RESULTADOS

Entre os indivíduos que responderam à entrevista individual, 52% eram mulheres, 36,7% tinham entre 18 e 34 anos, 44,4% entre 35 e 59 anos e 18% tinham 60 anos ou mais. Quanto à escolaridade, 38,7% tinham menos de 8 anos de estudo, 43,6% entre 8 e 11 anos e 17,5% tinham 12 anos ou mais. Em relação à presença das 10 DCNT sob análise neste artigo, 62,7% referiam nenhuma doença, 22,9% uma doença, 14,4% multimorbidades (9,2% com duas doenças e 5,2% com três ou mais doenças). A autoavaliação de saúde ruim foi referida por 33,9% dos entrevistados.

As doenças mais prevalentes foram hipertensão arterial (21,4%; IC95% 20,8 – 22,0) seguidas pela depressão (7,6%) e o diabetes mellitus (6,2%). A maior idade média no primeiro diagnóstico foi entre os portadores de AVC (53 anos) e câncer (52 anos). DORT e depressão apresentaram idade média de diagnóstico entre 30 e 39 anos, e hipertensão, diabetes mellitus, doença do coração, artrite e insuficiência renal crônica, na faixa de 40 a 49 anos. O diagnóstico de asma foi o que aconteceu mais precocemente na vida, em média aos 18 anos. A referência à limitação de moderada a intensa das atividades habituais foi maior para as doenças que acometem os indivíduos mais tardiamente, como AVC (38,6%) e artrite (34,9%) (Tabela 1).

A distribuição por faixa etária revela um gradiente significativo com o aumento da idade, exceto para a asma. Hipertensão arterial e diabetes mellitus foram mais prevalentes entre os indivíduos com 60 anos ou mais (respectivamente, 50,6 e 18,1%). A prevalência de depressão foi semelhante nas faixas etárias de 35 a 59 anos (9,3%) e 60 anos ou mais (9,5%). A proporção de DORT foi maior no grupo de 35 a 59 anos (3,3%), reduzindo com o aumento da idade. A ocorrência de duas doenças simultâneas foi 3,3 vezes maior entre os indivíduos com 35 a 59 anos e 5,6 vezes maior entre aqueles com 60 anos ou mais, tomando-se como referência a idade de 18 a 34 anos. A prevalência de três doenças simultâneas no grupo etário de 60 anos ou mais foi 3,7 vezes a prevalência do grupo com 35 a 59 anos, e quase 20 vezes em relação àqueles entre 18 e 34 anos (Tabela 2).

Tabela 1. Prevalência de diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis selecionadas em indivíduos com 18 anos ou mais por idade média no primeiro diagnóstico e limitação das atividades habituais devido à doença. PNS, Brasil, 2013.

Doença	n amostral	Indivíduos com diagnóstico		Idade média do indivíduo no primeiro diagnóstico	% com limitação das atividades habituais*
		%	IC95%		
Hipertensão arterial	12.885	21,4	20,8 – 22,0	44	12,1
Diabetes mellitus	3.753	6,2	5,9 – 6,6	49	16,0
Doença do coração	2.516	4,2	3,9 – 4,5	45	27,0
AVC	918	1,5	1,4 – 1,7	53	38,6
Asma	2.649	4,4	4,1 – 4,7	18	35,5**
Artrite	3.860	6,4	6,1 – 6,7	43	34,9
DORT	1.468	2,4	2,2 – 2,7	36	30,3
Depressão	4.600	7,6	7,2 – 8,1	36	23,1
Câncer	1.103	1,8	1,6 – 2,0	52	19,5
Insuficiência renal crônica	856	1,4	1,3 – 1,6	40	20,9

IC95%: intervalo de confiança de 95%; AVC: acidente vascular cerebral; DORT: distúrbio osteomuscular relacionado com o trabalho; *limitação moderada/intensa/muito intensa; **somente para os indivíduos que referiram crise nos últimos 12 meses.

Tabela 2. Prevalência de diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis selecionadas entre os indivíduos com 18 anos ou mais, por faixa etária. PNS, Brasil, 2013.

Doença	%	IC95%	Valor p
Hipertensão arterial			
18 a 34 anos	4,2	3,8 – 4,6	< 0,001
35 a 59 anos	24,1	23,1 – 25,0	
60 anos ou mais	50,6	48,9 – 52,4	
Diabetes mellitus			
18 a 34 anos	0,7	0,5 – 0,9	< 0,001
35 a 59 anos	6,1	5,6 – 6,7	
60 anos ou mais	18,1	16,9 – 19,4	
Doença do coração			
18 a 34 anos	1,0	0,8 – 1,3	< 0,001
35 a 59 anos	3,9	3,5 – 4,4	
60 anos ou mais	11,4	10,3 – 12,7	
AVC			
18 a 34 anos	0,1	0,1 – 0,2	<0,001
35 a 59 anos	1,3	1,1 – 1,6	
60 anos e mais	4,9	4,3 – 5,7	
Asma			
18 a 34 anos	4,6	4,2 – 5,1	0,092
35 a 59 anos	4,1	3,7 – 4,5	
60 anos ou mais	4,8	4,1 – 5,5	
Artrite			
18 a 34 anos	1,4	1,2 – 1,8	< 0,001
35 a 59 anos	6,5	6,1 – 7,1	
60 anos ou mais	16,4	15,3 – 17,7	
DORT			
18 a 34 anos	1,9	1,5 – 2,3	< 0,001
35 a 59 anos	3,3	3,0 – 3,8	
60 anos ou mais	1,4	1,0 – 2,0	
Depressão			
18 a 34 anos	4,8	4,2 – 5,3	< 0,001
35 a 59 anos	9,3	8,7 – 10,0	
60 anos ou mais	9,5	8,6 – 10,6	
Câncer			
18 a 34 anos	0,4	0,2 – 0,6	< 0,001
35 a 59 anos	1,6	1,3 – 1,8	
60 anos ou mais	5,6	4,9 – 6,4	

Continua...

Tabela 2. Continuação.

Doença	%	IC95%	Valor p	
Insuficiência renal crônica				
18 a 34 anos	0,6	0,5 – 0,8	< 0,001	
35 a 59 anos	1,6	1,3 – 1,8		
60 anos ou mais	2,8	2,3 – 3,4		
Uma doença				
18 a 34 anos	18,9	17,9 – 20,0	< 0,001	
35 a 59 anos	37,1	36,0 – 38,3		
60 anos ou mais	54,1	51,9 – 56,2		
Duas doenças				
18 a 34 anos	4,9	4,3 – 5,6		
35 a 59 anos	20,8	19,6 – 22,0		
60 anos ou mais	47,1	44,7 – 49,5		
Três ou mais doenças				
18 a 34 anos	1,1	0,9 – 1,4		
35 a 59 anos	9,2	8,5 – 10,1		
60 anos ou mais	33,2	30,7 – 35,9		

IC95%: intervalo de confiança de 95%; AVC: acidente vascular cerebral; DORT: distúrbio osteomuscular relacionado com o trabalho.

A hipertensão arterial foi a doença mais frequente em ambos os sexos (18,3% entre os homens e 24,2% entre as mulheres). Não se observou diferenças estatisticamente significativas segundo sexo para as doenças do coração, AVC e insuficiência renal crônica. Todas as outras doenças sob análise foram significativamente mais prevalentes entre as mulheres, inclusive a presença de multimorbidades (duas doenças e três ou mais doenças) (Tabela 3).

Exceto a asma e DORT, todas as doenças apresentaram relação inversa com a escolaridade. Após o ajuste por idade e sexo houve redução da força de associação e perda da significância estatística para algumas doenças. Mantiveram o gradiente inverso e significativo com a escolaridade somente AVC e artrite. Por outro lado, o diagnóstico de câncer e DORT mostrou associação direta e estatisticamente significativa com maior nível de instrução. Indivíduos com hipertensão, diabetes e insuficiência renal crônica apresentaram maior chance da doença apenas entre aqueles com menos de oito anos de estudo (Tabela 4).

Todas as doenças associaram-se fortemente com autoavaliação de saúde “ruim” na análise bruta, exceto a DORT. Apesar da redução da força de associação, o comportamento se manteve praticamente inalterado na análise ajustada por idade e sexo, perdendo significância estatística somente a associação entre autoavaliação de saúde entre os portadores de qualquer uma das doenças analisadas (categoria “uma doença”). Indivíduos com diagnóstico de AVC, depressão e três ou mais doenças simultaneamente apresentaram mais de três vezes a chance de autoavaliação de saúde “ruim” em relação à autoavaliação “boa” (Tabela 5).

Tabela 3. Prevalência de diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis selecionadas entre indivíduos com 18 anos ou mais por sexo. PNS, Brasil, 2013.

Doença	%	IC95%	Valor p	
Hipertensão arterial				
Masculino	18,3	17,5 – 19,1	< 0,001	
Feminino	24,2	23,4 – 24,9		
Diabetes mellitus				
Masculino	5,4	4,8 – 5,9	< 0,001	
Feminino	7,0	6,5 – 7,5		
Doença do coração				
Masculino	3,9	3,5 – 4,4	0,115	
Feminino	4,4	4,0 – 4,8		
AVC				
Masculino	1,6	1,3 – 1,9	0,314	
Feminino	1,4	1,2 – 1,6		
Asma				
Masculino	3,6	3,2 – 4,0	< 0,001	
Feminino	5,1	4,7 – 5,5		
Artrite				
Masculino	3,5	3,1 – 3,9	< 0,001	
Feminino	9,0	8,5 – 9,6		
DORT				
Masculino	1,5	1,2 – 1,8	< 0,001	
Feminino	3,3	2,9 – 3,7		
Depressão				
Masculino	3,9	3,5 – 4,4	< 0,001	
Feminino	10,9	10,3 – 11,6		
Câncer				
Masculino	1,6	1,3 – 1,9	0,028	
Feminino	2,0	1,8 – 2,3		
Insuficiência renal crônica				
Masculino	1,4	1,1 – 1,6	0,426	
Feminino	1,5	1,3 – 1,7		
Uma doença				
Masculino	27,9	26,9 – 28,9	< 0,001	
Feminino	34,5	33,5 – 35,6		
Duas doenças				
Masculino	13,4	12,6 – 14,3		
Feminino	20,6	19,7 – 21,5		
Três ou mais doenças				
Masculino	5,3	4,7 – 6,0		
Feminino	10,8	10,0 – 11,7		

IC95%: intervalo de confiança de 95%; AVC: acidente vascular cerebral; DORT: distúrbio osteomuscular relacionado com o trabalho.

Tabela 4. Prevalência de diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis selecionadas entre indivíduos com 18 anos ou mais por escolaridade e razão de chances ajustada por idade e sexo. PNS, Brasil, 2013.

Doença	% com diagnóstico	OR bruto	Valor p	OR ajustado	Valor p
Hipertensão arterial					
< 8 anos	31,1	2,63	< 0,001	1,27	< 0,001
8 a 11 anos	16,7	1,16	0,012	1,05	0,460
12 ou mais anos	14,7	1		1	
Diabetes					
< 8 anos	9,6	2,81	< 0,001	1,48	< 0,001
8 a 11 anos	5,4	1,50	< 0,001	1,26	0,052
12 ou mais anos	3,6	1		1	
Doença do coração					
< 8 anos	6,3	2,38	< 0,001	1,14	0,349
8 a 11 anos	3,1	1,12	0,417	0,95	0,734
12 ou mais anos	2,7	1		1	
AVC					
< 8 anos	2,7	3,83	< 0,001	2,58	< 0,001
8 a 11 anos	0,8	1,13	0,558	2,23	< 0,001
12 ou mais anos	0,7	1		1	
Asma					
< 8 anos	4,1	0,74	0,057	0,81	0,023
8 a 11 anos	4,4	0,76	0,574	0,85	0,106
12 ou mais anos	4,7	1		1	
Artrite					
< 8 anos	9,3	2,27	< 0,001	1,39	0,002
8 a 11 anos	5,5	1,30	0,005	1,28	0,028
12 ou mais anos	4,3	1		1	
DORT					
< 8 anos	2,0	0,66	< 0,001	0,57	< 0,001
8 a 11 anos	1,9	0,63	< 0,001	0,69	0,005
12 ou mais anos	3,0	1		1	
Depressão					
< 8 anos	8,6	1,24	< 0,001	0,94	0,433
8 a 11 anos	6,9	0,99	0,886	0,81	0,014
12 ou mais anos	7,0	1		1	
Câncer					
< 8 anos	2,3	1,39	0,004	0,42	< 0,001
8 a 11 anos	1,1	0,66	0,013	0,57	< 0,001
12 ou mais anos	1,7	1		1	

Continua...

Tabela 4. Continuação.

Doença	% com diagnóstico	OR bruto	Valor p	OR ajustado	Valor p
Insuficiência renal crônica					
< 8 anos	2,1	2,21	< 0,001	1,65	0,006
8 a 11 anos	1,2	1,22	0,230	1,22	0,322
12 ou mais anos	1,0	1		1	
Uma doença					
< 8 anos	34,8	1,46	< 0,001	1,12	0,024
8 a 11 anos	26,9	0,88	0,009	1,01	0,804
12 ou mais anos	28,4	1		1	
Duas doenças					
< 8 anos	25,2	1,78	< 0,001	1,09	0,280
8 a 11 anos	11,9	0,70	< 0,001	0,89	0,169
12 ou mais anos	14,5	1		1	
Três ou mais doenças					
< 8 anos	13,8	3,06	< 0,001	1,56	< 0,001
8 a 11 anos	5,0	0,86	0,153	1,15	0,194
12 ou mais anos	5,4	1		1	

OR: *odds ratio*; AVC: acidente vascular cerebral; DORT: distúrbio osteomuscular relacionado com o trabalho.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontam a importância das DCNT no perfil de adoecimento da população brasileira e a comparação com estudos prévios revela a consolidação da nossa transição epidemiológica. Análise dos dados da Pesquisa Mundial de Saúde realizada em 2003 no Brasil já mostrava a elevada prevalência de seis DCNT (artrite, angina, asma, depressão, esquizofrenia e diabetes), sendo maior entre as mulheres, para a maioria das doenças analisadas, e apresentando pior avaliação de saúde quando comparados com aqueles sem nenhuma doença⁷. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008 mostraram que as doenças crônicas identificadas por algum médico ou profissional de saúde mais frequentemente declaradas foram hipertensão (14%), doença de coluna (13,5%), artrite ou reumatismo (5,7%), bronquite ou asma (5%); depressão (4,1%), doença de coração (4%) e diabetes (3,6%). Conforme o aumento da faixa etária, aumentava também o número de doenças declaradas pelas pessoas⁸. Neste estudo, as doenças da coluna também apresentaram elevada prevalência na população (18,5%), embora, diferentemente da PNAD, a informação foi obtida sem referência ao diagnóstico médico.

Na análise dos dados da PNS, a elevada proporção de hipertensão arterial e seu diferencial por sexo e idade foram muito próximos aos dados obtidos pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)⁹, onde a prevalência padronizada por sexo e idade entre os adultos com 18 anos ou mais foi 23,1%, sendo 25,5% entre as mulheres e 20,3% entre os homens. Além disso, semelhante aos nossos resultados, verificou-se um gradiente na

Tabela 5. Prevalência de autoavaliação de saúde “ruim” entre indivíduos com 18 anos ou mais de idade com diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis selecionadas e razão de chances ajustada por idade e sexo. PNS, Brasil, 2013.

Doença	% de AAS “ruim”	OR bruto	Valor p	OR ajustado	Valor p
Hipertensão arterial					
Sim	13,0	3,71	< 0,001	2,23	< 0,001
Não	3,9	1		1	
Diabetes					
Sim	17,8	4,10	< 0,001	2,34	< 0,001
Não	5,0	1		1	
Doença do coração					
Sim	18,5	4,09	< 0,001	2,50	< 0,001
Não	5,3	1		1	
AVC					
Sim	27,5	6,54	< 0,001	3,60	< 0,001
Não	5,5	1		1	
Asma					
Sim	9,9	1,83	< 0,001	1,86	< 0,001
Não	5,6	1		1	
Artrite					
Sim	19,9	4,88	< 0,001	2,94	< 0,001
Não	4,9	1		1	
DORT					
Sim	7,2	1,26	0,129	1,28	0,119
Não	5,8	1		1	
Depressão					
Sim	15,9	3,59	< 0,001	3,14	< 0,001
Não	5,0	1		1	
Câncer					
Sim	16,6	3,35	< 0,001	1,86	< 0,001
Não	5,6	1		1	
Insuficiência renal crônica					
Sim	18,8	3,87	< 0,001	2,80	< 0,001
Não	5,6	1		1	
Uma doença					
Sim	6,4	3,72	< 0,001	3,09	< 0,001
Não	5,6	1		1	
Duas doenças					
Sim	12,2	7,53	< 0,001	5,53	< 0,001
Não	5,0	1		1	
Três ou mais doenças					
Sim	23,1	16,34	< 0,001	10,86	< 0,001
Não	4,3	1		1	

AAS: autoavaliação da saúde; OR: *odds ratio*; AVC: acidente vascular cerebral; DORT: distúrbio osteomuscular relacionado com o trabalho.

prevalência com a idade, alcançando, na faixa etária de 65 anos ou mais, valores entre 48,2 e 66,2%. O mesmo perfil foi encontrado no estudo realizado em São Paulo, com referência de diagnóstico de hipertensão arterial por 46,9% dos indivíduos com 60 anos ou mais, maior prevalência entre as mulheres, naqueles com nível de instrução até o fundamental incompleto, e nos que avaliaram sua saúde como ruim ou muito ruim tendo como referência a avaliação excelente/muito boa¹⁰.

Em relação às doenças do coração, ela ocupou o sexto lugar, atrás da hipertensão e do diabetes mellitus, doenças que compartilham os mesmos fatores de risco e que ocorrem frequentemente juntas. A associação de hipertensão e diabetes foi investigada em estudo realizado com os dados da PNAD, mostrando que a prevalência padronizada de diabetes sozinho elevou-se de 2,9% em 1998 para 4,3% em 2008, enquanto sua associação com a hipertensão elevou-se de 1,7 para 2,8%. Embora os valores referidos pela PNAD sejam inferiores aos encontrados na PNS (prevalência de diabetes de 6,2%), em ambos os estudos manteve-se o padrão de maior prevalência entre as mulheres e seu aumento com a idade¹¹.

Entre as doenças do aparelho cardiovascular investigadas na PNS (hipertensão arterial, doença do coração e AVC), o AVC foi a que apresentou maior proporção de autoavaliação de saúde “ruim” e de limitação das atividades habituais. O padrão observado foi muito próximo ao encontrado nos EUA, que apresenta uma prevalência ajustada para idade de 2,6%, com grandes diferenças segundo sexo e escolaridade¹². Da mesma forma, os dados obtidos a partir do estudo de Framingham revelam que cerca de 50% dos sobreviventes apresentam incapacidade relacionada à doença com comprometimento variando de moderado a severo¹³. Embora a prevalência da doença aumente com a idade, o AVC pode ocorrer em qualquer fase da vida. Nos nossos dados, 1,3% dos casos estavam na faixa de 35 a 59 anos. Sua ocorrência entre os mais jovens apresenta impacto econômico desproporcionalmente maior, ocasionando incapacidade durante os anos mais produtivos da vida.

A observação neste estudo de que a asma afeta igualmente todos os grupos etários e se acompanha de elevado grau de limitação das atividades entre aqueles que referiram crise nos últimos 12 meses reflete a história natural da doença. A asma acomete pessoas de todas as idades e estimativas mais recentes sugerem que cerca de 334 milhões de pessoas no mundo têm a doença; e sua prevalência entre os diversos grupos etários é bastante variável. Dados do *WHO's World Health Survey* realizado entre 2002 e 2003 revelou uma prevalência de 4,3% de diagnóstico médico de asma no grupo etário de 18 a 45 anos¹⁴. A carga da doença, medida pela incapacidade e morte prematura, é maior entre os adolescentes (10 a 14 anos) e entre os mais velhos (75 a 79 anos), tendo menor impacto entre os adultos jovens (30 a 34 anos). Entretanto, entre os mais jovens predomina o componente de incapacidade, com impacto direto na qualidade de vida e nos anos produtivos¹⁵. Dados do *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) de 2006–2009 realizado no EUA estimou em 8,4% a prevalência de asma entre os adultos (o dobro da prevalência encontrada na PNS), sendo menor entre os indivíduos com mais de 65 anos (7,6% entre as mulheres e 6,3% entre homens)¹⁶.

A importância da depressão, que apresentou alta prevalência entre as mulheres e afetou igualmente a população de 35 a 59 anos e 60 anos ou mais, já vinha sendo enfatizada em investigações prévias, mostrando que ela é, em alguns países, tão ou mais prevalente do que outras doenças crônicas, como artrite, diabetes e doenças do coração. Além disso, encontra-se muitas vezes associada a esses agravos. Indivíduos com depressão apresentam um risco maior

de desenvolver doenças cardiovasculares (particularmente a doença isquêmica do coração) e diabetes tipo 2, e apresentam forte associação com artrite¹⁷⁻¹⁹.

A presença de multimorbidades é uma questão fundamental quando se analisam as doenças crônicas. Existem claramente inter-relações entre elas e a ocorrência de várias doenças conjuntamente relaciona-se com a piora da autoavaliação da saúde. Estudo sobre a incidência de câncer de pulmão, mama e colorretal mostrou que esses tipos de câncer ocorrem com certa frequência em indivíduos portadores de diabetes e doença cardiovascular, e a presença concomitante do câncer com essas doenças está associada com a percepção negativa do estado de saúde e a menor longevidade²⁰. O mesmo comportamento foi observado em relação ao precário controle da hipertensão arterial e sua associação com doenças cardiovasculares e o desenvolvimento de insuficiência renal crônica. Também nesse caso, a presença conjunta dessas doenças correlacionou-se com pior avaliação da saúde²¹.

Como resposta ao persistente aumento das DCNT, o Ministério da Saúde vem investindo em várias políticas consistentes para o seu controle, culminando com a elaboração do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, em 2011. O plano prevê para os próximos dez anos o desenvolvimento e a implantação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências científicas para a prevenção e o controle das DCNT, entre as quais AVC, infarto do miocárdio, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, e seus fatores de risco, considerando três eixos estratégicos: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde; e cuidado integral²².

Face à complexa determinação do processo saúde-doença, acreditamos que essas iniciativas têm grandes chances de sucesso ao atingir toda a população. Entretanto, enfatizamos que tais medidas devem ser sustentadas e mantidas ao longo do tempo. Além disso, a carga das DCNT pode ser reduzida consideravelmente em curto e médio prazo se a abordagem populacional for complementada com intervenções voltadas aos indivíduos de alto risco e apoiada na garantia de acesso aos serviços de saúde oportuna e de qualidade.

CONCLUSÕES

Vários fatores estão implicados na carga crescente das DCNT, incluindo o aumento da expectativa média de vida, o uso do tabaco, prática insuficiente de atividade física e aumento do consumo de alimentos não saudáveis. Cerca de 80% das mortes prematuras por doenças cardíacas, AVC e diabetes poderiam ser evitadas com mudanças de comportamento e tratamento farmacológico²³. Assim, o grande impacto das DCNT sobre a população brasileira requer medidas preventivas eficazes e ações no nível populacional e oferta oportuna de cuidados de saúde de forma a reverter esse quadro. Algumas medidas preventivas voltadas para a redução das DCNT apresentam rápido impacto na redução da carga global dessas doenças, principalmente quando instituídas conjuntamente, e se mostram custo-efetivas, mesmo nos países de baixa renda. A PNS vem, nesse contexto, agregar maior conhecimento sobre as principais causas de adoecimento no país, e fornecerá subsídios para intervenções que levem à redução da incidência desses agravos e da incapacidade associada, reduzindo a enorme carga tanto na saúde da população como os custos financeiros sobre os sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Preventing chronic diseases a vital investment. Geneva; 2005.
2. 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(9859): 2095-128.
3. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases, 2010. Geneva; 2011. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf (Acessado em 30 de março de 2015).
4. Andrade Schramm JM, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9(4): 897-908.
5. Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB. Measurements of reported morbidity and interrelationships with health dimensions. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(1): 73-81.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/notastecnicas.pdf> (Acessado em 30 de março de 2015).
7. Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB. Características sócio-demográficas, cobertura de tratamento e autoavaliação da saúde dos indivíduos que referiram seis doenças crônicas no Brasil, 2003. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(Suppl 1): S43-S53.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios (PNAD 2008), um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
9. Muraro AP, Santos DF, Rodrigues PRM, Braga JU. Factors associated with self-reported systemic arterial hypertension according to VIGITEL in 26 Brazilian capitals and the Federal District in 2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18(5): 1387-98.
10. Mendes TAB, Goldbaum M, Segri NJ, Barros MBA, César CLG, Carandina L. Factors associated with the prevalence of hypertension and control practices among elderly residents of São Paulo city, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(11): 2275-86.
11. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol Serv Saúde* 2012; 21(1): 7-19.
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of stroke – United States, 2006-2010. *MMWR* 2012; 61(20): 379-82.
13. Kelly-Hayes M, Beiser A, Kase CS, Scaramucci A, D'Agostino RB, Wolf PA. The influence of gender and age on disability following ischemic stroke: the Framingham Study. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2003; 12(3): 119-26.
14. Smajlovic D. Strokes in young adults: epidemiology and prevention. *Vasc Health Risk Manag* 2015; 11: 157-64.
15. To T, Stanojevic S, Moores G, Gershon AS, Bateman ED, Cruz AA, et al. Global asthma prevalence in adults: findings from the cross-sectional world health survey. *BMC Public Health* 2012; 12: 204.
16. Marks G, Pearce N, Strachan D, Asher I. Global Burden of Disease due to Asthma. In: Global Asthma Network. The Global Asthma Report 2014. Auckland: Global Asthma Network; 2014.
17. Seligman F, Nemeroff CB. The interface of depression and cardiovascular disease: therapeutic implications. *Ann N Y Acad Sci* 2015; 1345: 25-35.
18. Yu M, Zhang X, Lu F, Fang L. Depression and risk for diabetes: a meta-analysis. *Can J Diabetes* 2015; 39(4): 266-72.
19. Lin MC, Guo HR, Lu MC, Livneh H, Lai NS, Tsai TY. Increased risk of depression in patients with rheumatoid arthritis: a seven-year population-based cohort study. *Clinics* 2015; 70(2): 91-6.
20. Petrick JL, Foraker RE, Kucharska-Newton AM, Reeve BB, Platz EA, Stearns SC, et al. Trajectory of overall health from self-report and factors contributing to health declines among cancer survivors. *Cancer Causes Control* 2014; 25(9): 1179-86.
21. Marín R, Fernández-Vega F, Gorostidi M, Ruilope LM, Díez J, Praga M, et al. Blood pressure control in patients with chronic renal insufficiency in Spain: a cross-sectional study. *J Hypertens* 2006; 24(2): 395-402.
22. Brasil. Ministério da Saúde. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
23. Daar AS, Singer PA, Persad DL, Pramming SK, Matthews DR, Beaglehole R, et al. Grand challenges in chronic non-communicable diseases: the top 20 policy and research priorities for conditions such as diabetes, stroke and heart disease. *Nature* 2007; 450: 494-6.

Recebido em: 29/04/2015

Versão final apresentada em: 16/06/2015

Aceito em: 16/07/2015