

RESUMO EXECUTIVO

Determinantes Sociais em Saúde e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus fatores de risco e de proteção na população adulta brasileira

Deborah Carvalho Malta

Alanna Gomes da Silva

Crizian Saar Gomes

Juliana Bottoni Souza

Este resumo traz uma síntese dos principais resultados do estudo “*Determinantes Sociais em Saúde e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus fatores de risco e de proteção na população adulta brasileira*”, em parceria da ACT Promoção da Saúde com a Universidade Federal de Minas Gerais.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam a maior causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo, além de resultarem em mortes prematuras, incapacidades, perda da qualidade de vida e importantes impactos econômicos. Os quatro principais grupos de DCNT (doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes) compartilham fatores de riscos comportamentais em comuns e modificáveis, como o tabagismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, a inatividade física e alimentação inadequada. Portanto, devem ser prioridade nas ações e políticas públicas de promoção da saúde. Na rede de causalidade das DCNT, tem-se os determinantes sociais da saúde (DSS), sendo considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Soma-se também os determinantes comerciais da saúde, que estão ligados às dinâmicas de mercados nacionais e transnacionais que podem comprometer a saúde e o meio ambiente, os quais apresentam associação com as DCNT.

Nesse contexto, o estudo teve como objetivo analisar a distribuição das DCNT, dos seus fatores de risco e de proteção na população brasileira em relação ao sexo, raça/cor da pele, escolaridade e idade.

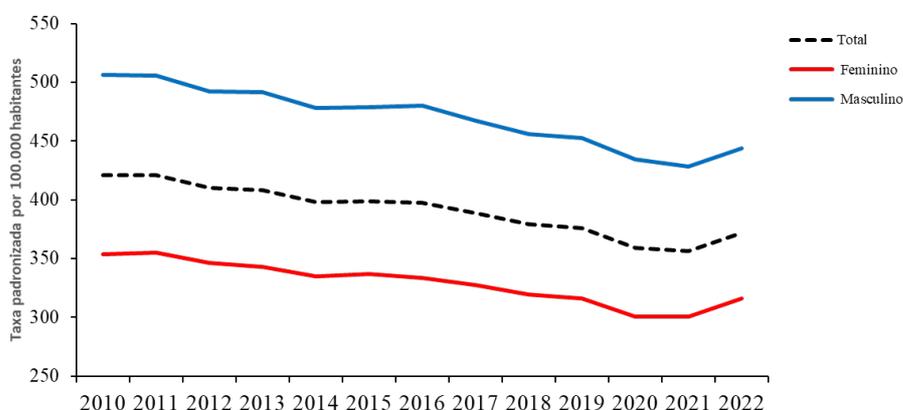
Quanto aos métodos empregados para as análises de mortalidade foram utilizados dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) corrigidos pela redistribuição dos Códigos Garbages (CG). Foram calculadas taxas padronizadas e considerados os óbitos segundo quatro

grupos de DCNT: cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes mellitus e pelo total (somatória destas quatro doenças), por todas as idades, entre os anos de 2010 e 2022, no Brasil e em suas 27 Unidades Federadas (UF). Para as análises dos dados de morbidade e dos fatores de risco e de proteção para as DCNT utilizaram os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), entre os anos de 2006 e 2023 e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 e 2019. Realizou-se o cálculo das prevalências e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), analisaram-se as tendências temporais por meio da regressão linear e a Razão de Prevalência (RP), bruta e ajustada, obtidas por meio da Regressão de Poisson com variância robusta. Considerou-se significativos os resultados com valor-p $\leq 0,05$.

A seguir estão apresentados os principais resultados:

MORTALIDADE POR DCNT NO BRASIL

Figura 1. Taxas padronizadas de mortalidade DCNT, por sexo em todas as idades



- As taxas de mortalidade por DCNT apresentam maior magnitude dentre todos os óbitos.
- As taxas de mortalidade pelas quatro principais DCNT (cardiovascular, câncer, diabetes, respiratória crônica) corresponderam mais da metade dos óbitos no Brasil entre 2010 e 2022.
- Observa-se um declínio nas taxas de mortalidade total no período de 2010 a 2020 (de 420,9 para 358,7 por 100.000 habitantes). Já para o ano de 2022 (período pós-pandêmico de covid-19) houve um aumento da taxa, passando de 356,2 em 2021 para 371,9 por 100.000 habitantes em 2022.

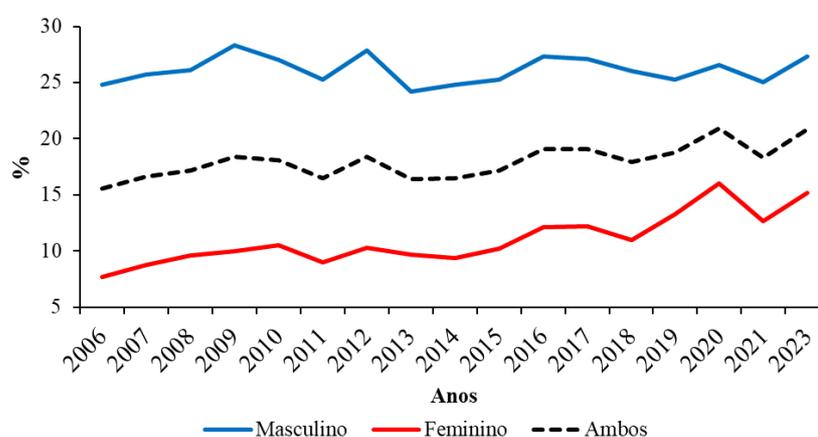
- A taxa de mortalidade de DCNT entre a população com cor da pele branca, em 2022, foi de 365,4 por 100.000 habitantes, sendo maior ao comparar com a população negra que foi de 335,2 por 100.000 habitantes.
- As taxas mais elevadas de mortalidade entre mulheres negras foram encontradas no Norte (Amazonas, Roraima, Pará, Tocantins) e Nordeste (Maranhão, Piauí, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia).
- A proporção de mortes por DCNT na população com menos de 8 anos de estudos foi de 63% e entre a população com 12 anos e mais de estudos foi de 7%.
- As regiões Norte e Nordeste tem maior proporção de óbitos com população sem escolaridade.

Esses resultados mostram as diferenças em relação a mortalidade em determinados grupos, acometendo mais os homens, o que pode estar relacionado com sua maior exposição aos fatores de risco para as DCNT, como consumo de álcool e tabaco e os riscos ocupacionais, além disso, os homens procuram menos os serviços de saúde, o que ocasiona diagnóstico e tratamento tardio. A escolaridade reflete um proxy de renda e consequentemente os menos escolarizados tem piores desfechos em saúde, devido ao menor acesso aos serviços de saúde e oportunidades de prevenção. Por isso a importância da redução das desigualdades socioeconômicas.

CONSUMO ABUSIVO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS

Considerou-se o consumo de cinco ou mais doses (homem) ou quatro ou mais doses (mulher) de bebidas alcoólicas em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias.

Figura 2. Tendência temporal das prevalências do consumo abusivo de bebidas alcóolicas, segundo sexo. Vigitel. Capitais brasileiras, 2006 a 2023



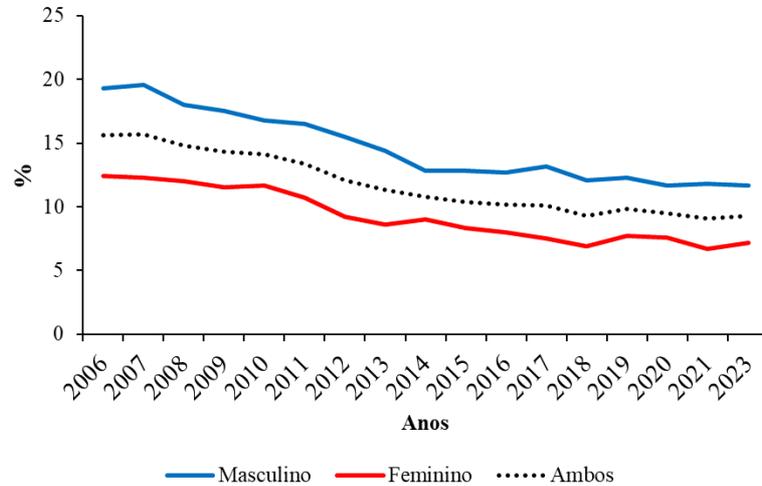
- O consumo abusivo de bebidas alcoólicas dobrou entre mulheres em menos de duas décadas de 7,7 % (2006) para 15,2% (2023).
- Os homens consomem mais bebidas alcoólicas, mas a tendência foi de estabilidade ao longo dos anos de 24.8% em 2006 para 27.3% em 2023 (valor $p = 0.83$).
- O consumo excessivo de bebidas alcoólicas aumentou, entre 2006 e 2023, na população branca (14,7% para 21%), preta (18,8% para 23,2%) e parda (15,1% para 20,3%).
- Em 2023, o consumo foi 24% mais elevado nas pessoas com ensino superior completo (24,01%; RP: 1,24; IC95%: 1,03 – 1,48).
- A faixa etária que mais consumiu bebidas alcoólicas, em 2023, foi de 25 a 34 anos e as que menos consumiram foram os indivíduos acima de 55 anos de idade.

Torna-se importante destacar que mesmo o consumo sendo maior entre os homens, as mulheres estão cada vez mais consumindo bebidas alcoólicas, o que mostra mudanças no padrão de consumo, o que pode estar relacionado com o crescimento da autonomia, pela maior participação no mercado de trabalho e aumento da escolaridade. A indústria do álcool tem realizado marketing dirigido às mulheres, encorajando o consumo e estimulando a relação entre empoderamento feminino e álcool. Esse fato alerta para as ações de promoção à saúde, pois o álcool é um fator de risco para o câncer de mama e outras DCNT, além de acidentes e violências. Importante destacar os determinantes comerciais a serem enfrentados para redução do consumo do álcool no país, tanto no controle do marketing dirigido ao público feminino, quanto em relação à regulamentação do marketing de bebidas alcoólicas, em função da legislação vigente. A Lei 9.294, de 1996, define que uma bebida só é classificada como alcoólica quando possui um teor de álcool superior a 13 graus Gay Lussac, assim, as propagandas das cervejas são liberadas e resulta em uma grande dificuldade em avançar no enfrentamento do consumo do álcool no país.

USO DE TABACO

Considerou-se o uso atual de produtos derivados do tabaco, independentemente do número, da frequência e da duração do hábito de fumar.

Figura 3. Tendência temporal das prevalências de tabagismo, segundo sexo. Vigitel. Capitais brasileiras, 2006 a 2023



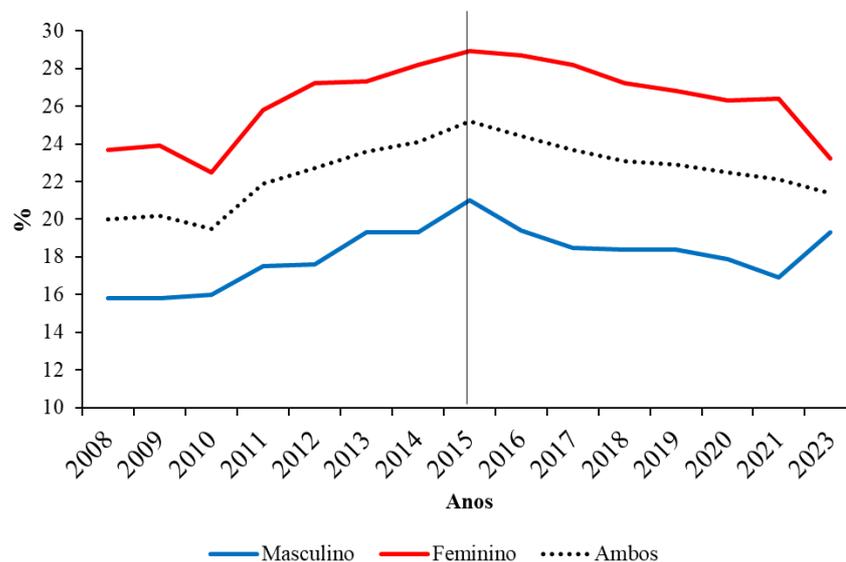
- Houve tendências de declínio das prevalências de tabagismo em ambos os sexos (de 15,6% em 2006 para 9,3% em 2023).
- Homens: REDUÇÃO de 19,3% em 2006 para 11,7% em 2023.
- Mulheres: REDUÇÃO de 12,4% em 2006 para 7,2% em 2023.
- O hábito de fumar, em 2023, foi 39% menor no sexo feminino (7,21%; RP: 0,61; IC95%: 0,51 – 0,74).
- Tendência de declínio para todas as raças, em todos os níveis de escolaridade e em todas as idades.
- O hábito de fumar foi menor entre as pessoas com maior escolaridade. Em 2023, o hábito de fumar foi 29% MENOR nas pessoas de média escolaridade (8,93%; RP: 0,71; IC95%: 0,56 – 0,89) e 44% MENOR na alta escolaridade (7,41%; RP: 0,56; IC95%: 0,44 – 0,73).

A redução da prevalência do tabagismo ocorreu principalmente pela expansão e pelo fortalecimento das iniciativas de seu controle em nível mundial e nacional, visto que diversas medidas regulatórias foram implementadas no Brasil com foco no tabagismo, dentre elas, a adesão à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em 2006 e a lei de ambientes livres de tabaco em 2014, além disso foi assumido como meta que está alinhada com os compromissos dos ODS e reduzir a prevalência de tabagismo em 40% até o ano de 2030.

ALIMENTAÇÃO

Considerou-se como consumo recomendado de frutas e hortaliças, o consumo em pelo menos cinco dias da semana e quando a soma das porções consumidas diariamente totalizava pelo menos cinco. Consumo regular de feijão em cinco ou mais dias por semana. Consumo de alimentos ultraprocessados foi o consumo de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista. Consumo de alimentos protetores para doenças
Consumo de cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados protetores para doenças crônicas no dia anterior à entrevista.

Figura 4. Tendência temporal das prevalências do consumo de frutas e hortaliças, segundo sexo. Vigitel. Capitais brasileiras, 2008 a 2023



- Na análise de tendências o consumo de frutas e hortaliças, de alimentos protetores e ultraprocessados ficou estável em ambos os sexos.
- O consumo de frutas e hortaliças aumentou entre os mais jovens de 18 a 24 anos e nas demais idades foi estável.
- O consumo de frutas e hortaliças foi 16% maior no sexo feminino (RP aj =1.16 IC95% 1.02-1.32).
- Em 2023, indivíduos com raça/cor da pele parda consumiram 14% menos frutas e hortaliças (RP aj= 0.86; IC 95% 0.75-0.98) ao comparar com os brancos.
- Em 2023, o consumo de frutas e hortaliças foi 71% maior entre os mais escolarizados (RP aj=1.71; IC95% 1.40-2.09) e 26% maior entre aqueles com média escolaridade (RP aj=1.26; IC95%1.02-1.55).

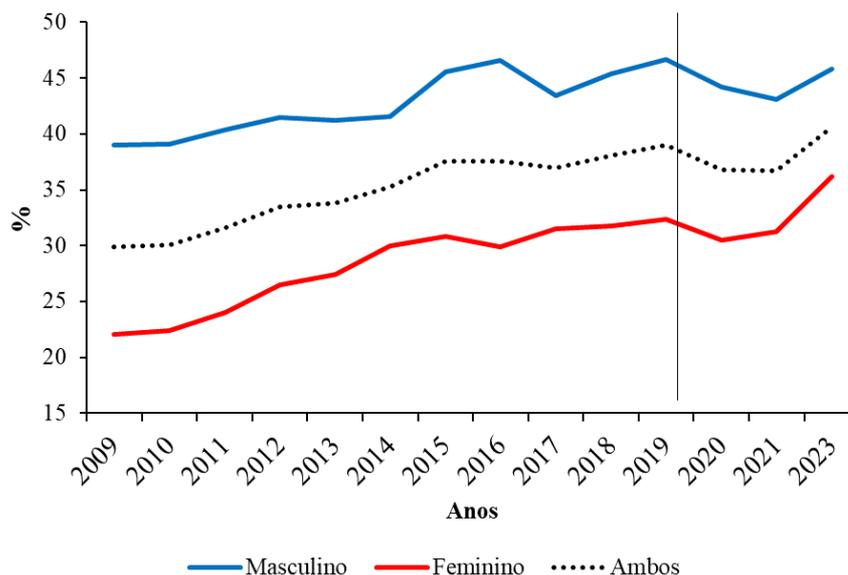
- Ao longo dos anos, o consumo de feijão diminuiu em ambos os sexos, entre todos os níveis de escolaridade, em todas as faixas etárias e em todas as raças/cor, exceto na parda, que se manteve estável.
- Em 2023, o consumo de feijão foi 15% menor entre as mulheres (RP aj=0.85 IC05% 0.81-0.89).
- Em 2023, indivíduos com raça/cor preta consumiram 13% mais feijão (RP aj= 1.13; IC 95% 1.05-1.22) e os pardos 6% mais (RP aj= 1.06; IC 95% 1.01-1.12).
- O consumo de feijão foi 27% menor entre os que tem 12 anos e mais de estudo (RPaj= 0.73; IC95% 0.69-0.79), em 2023.
- O consumo de alimentos protetores, em 2023, foi 27% maior entre aqueles com 9 a 11 anos de estudo (RP aj=1.27; IC95% 1.11-1.45) e 66% maior entre 12 anos ou mais de estudo (RP aj=1.66; IC95% 1.46-1.88).
- O consumo de ultraprocessados, em 2023, foi 37% menor entre as mulheres (RP aj= 0.63 IC95% 0.56-0.72).

O Consumo de alimentos saudáveis como as frutas, verduras e hortaliças constituem como fatores de proteção para as DCNT, em contrapartida seu baixo consumo é considerado um fator de risco para essas doenças. O feijão é um alimento cultural presente nas refeições dos brasileiros e um importante marcador de alimentação saudável no país. Já os alimentos ultraprocessados apresentam alto teor calórico e baixa nutrição, o que contribuiu para o aumento do peso e obesidade. Fatores econômicos influenciam na aquisição desses alimentos, especialmente quando há aumento do preço, redução da renda e aumento do desemprego. A renda dos brasileiros e o preço dos alimentos são fatores que afetam diretamente a acessibilidade alimentar e são determinantes para o consumo de alimentos saudáveis

PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Considerou-se como prática suficiente de atividade física no lazer a prática de pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de intensidade vigorosa no lazer.

Figura 5. Tendência temporal das prevalências da prática atividade física no lazer, segundo sexo. Vigitel. Capitais brasileiras, 2009 a 2023



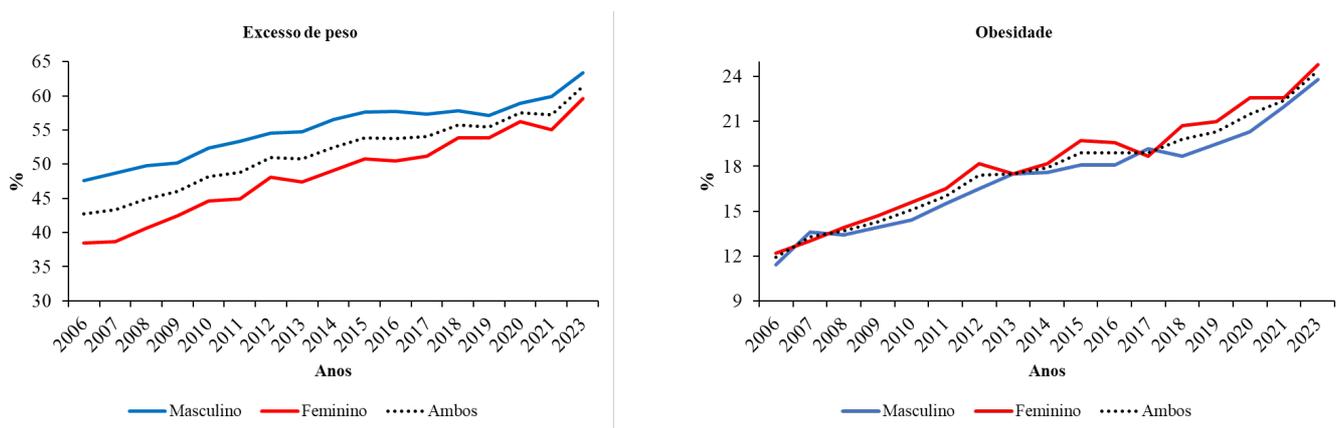
- Ao longo dos anos houve aumento da prevalência da prática de atividade física no lazer de 29,9% em 2009 para 40,6% em 2023.
- O aumento entre homens foi de 39% (2007) para 45,8% (2023) e entre mulheres foi de 22,1% (2007) para 36,2% (2023).
- Em 2023, as mulheres praticaram 20% menos atividade física no tempo livre (Rpaj = 0,80 IC95% 0,74-0,86) do que os homens e as mulheres teve a prática insuficiente de atividade física 38% maior do que os homens (RP aj = 1,38 IC 95% 1,27-1,51).
- Aumento da prática de atividade física ocorreu em todas as raças, entre todos os níveis de escolaridade e entre todas as faixas.
- Segundo a PNS de 2019, a prevalência de atividade física foi 9% maior na população de raça/cor preta (29,4%; RP: 1,09; IC95%: 1,03 – 1,15) e 6% maior na parda (28,7%; RP: 1,06; IC95%: 1,02 – 1,11).
- Em 2023, a prática aumentou com o nível de escolaridade, sendo 30% maior entre aqueles com 9 a 11 anos de estudos (40,36%; RP: 1,30; IC95%: 1,14 – 1,49) e 76% maior entre aqueles com 12 anos ou mais de estudos (51,88%; RP: 1,76; IC95%: 1,54 – 2,00).
- A prática de atividade física reduziu com aumento da idade, sendo menor na faixa etária de 65 anos e mais e consequentemente a prática insuficiente de atividade física foi mais prevalente.

No Brasil foram implementadas diversas políticas, programas e ações para incentivar a adoção de estilos de vida mais saudáveis, com destaque para criação dos programas comunitários de atividade física, como o Programa Academia da Cidade (PAC) e o Programa Academia da Saúde (PAS). Esses programas têm como objetivos promover hábitos de vida saudáveis, aumentar o nível de atividade física da população e ampliar o conhecimento sobre os benefícios da sua prática. Além disso, ampliaram o acesso e oportunizaram a prática de atividade física para a população, inclusive para os mais vulneráveis, o que foi de extrema importância para aumentar a prática de atividade física entre toda população. No entanto, é importante chamar atenção para as mudanças dos estilos de vida da população durante a pandemia de Covid-19, a qual ocasionou uma redução da prática de atividade física, além da interrupção ou fechamento de programas de promoção da saúde.

EXCESSO DE PESO E OBESIDADE

Considerou-se o excesso de peso o Índice de massa corporal (IMC) ≥ 25 kg/m², cujos altura e peso foram autorreferidos pelo Vigitel e aferidos pela PNS 2013 e a Obesidade o Índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m², cujos altura e peso foram autorreferidos pelo Vigitel e aferidos pela PNS 2013.

Figura 6. Tendência temporal das prevalências de excesso de peso e obesidade, segundo sexo. Vigitel. Capitais brasileiras, 2006 a 2023



- O excesso de peso e a obesidade apresentam tendência de aumento em ambos os sexos.
- O aumento do excesso de peso entre homens foi de 47,6% (2006) para 63,9% (2023) e entre mulheres foi de 38,5% (2006) para 59,6% (2023).

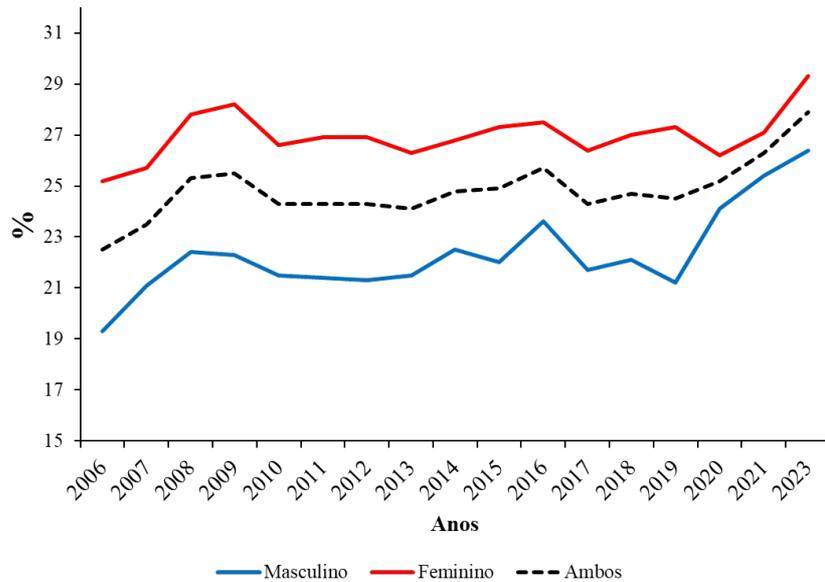
- A obesidade aumentou entre homens de 11,4% (2005) para 23,8% (2023) e entre mulheres foi de 12,2% (2006) para 24,8% (2023).
- Em 2023, a prevalência de excesso de peso foi menor 7% entre as mulheres (59,62%; RP=0,93; IC95% 0,88;0,97).
- Utilizando dados antropométricos da PNS 2019, a prevalência de obesidade foi 34% mais elevada entre mulheres (29,5%; RP: 1,34; IC95%: 1,15 – 1,55).
- Houve aumento significativo do excesso de peso e da obesidade entre todos os níveis de escolaridade e para aqueles com cor da pele branca, preta e parda.
- Em 2023, a prevalência de excesso de peso foi 10% maior entre as pessoas pretas (RP aj=1.10; IC95% 1.01-1.18).
- Em 2023, a prevalência de obesidade foi 23% maior em pessoas pretas (RP aj=1.23; IC95% 1.03-1.47).

O aumento do excesso de peso e da obesidade alerta para a urgência em adotar medidas para deter esse crescimento. Os resultados do Estudo Carga Global de Doenças revelaram o aumento da carga do IMC nos últimos 25 anos, sendo responsável por 4 milhões de mortes em todo o mundo, das quais dois terços das mortes relacionadas ao IMC elevado que foram devido a doenças cardiovasculares. Além disso, esse aumento relaciona com padrões inadequados de alimentação e sedentarismo.

HIPERTENSÃO

Considerou-se hipertensão arterial: Hipertensão autorreferida a partir da resposta positiva à questão: “Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem hipertensão arterial (pressão alta)?

Figura 7. Tendência temporal das prevalências de hipertensão, segundo sexo. Vigitel. Capitais brasileiras, 2006 a 2023

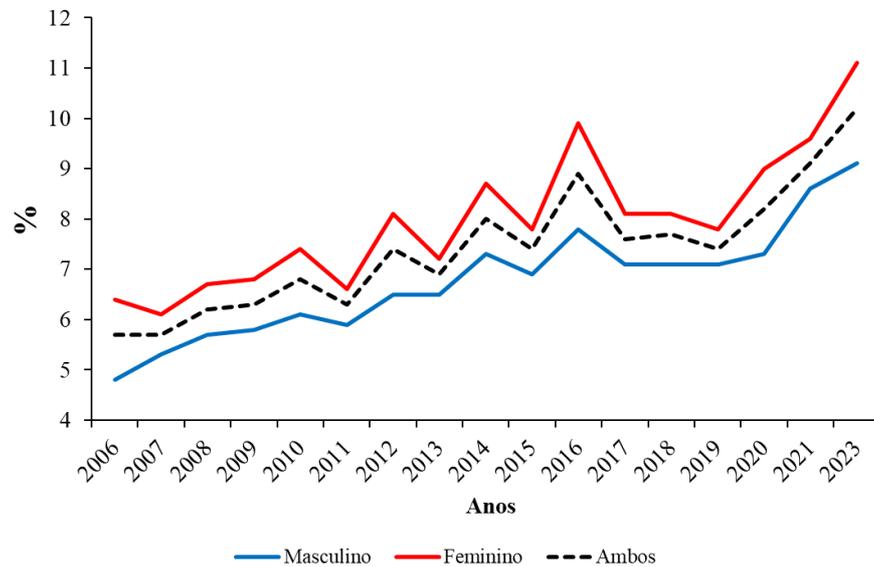


- A prevalência de hipertensão aumentou em ambos os sexos, passando entre os homens de 19,3% (2006) para 26,4% (2023), entre mulheres de 25,2% para 29,3%.
- Segundo a PNS de 2019, a prevalência de hipertensão foi 18% mais elevada entre mulheres (RP aj= 1,18; IC95% 1,13-1,22).
- Houve aumento da hipertensão entre os indivíduos com cor da pele branca.
- Em 2023, a hipertensão foi 26% mais elevada entre os pretos (RP aj =1,26; IC95% 1,10 – 1,45) e 10% maior entre pardos (RP aj =1,10; IC95% 1,01 – 1,21).
- Aumento da hipertensão entre todos os níveis de escolaridade.
- A prevalência de hipertensão é 10% menor nas pessoas de média (24,2%; RPaj: 0,90; IC95%: 0,80 – 1,01) e 44% menor na alta escolaridade (19%; RPaj: 0,66; IC95%: 0,59 – 0,76).
- A prevalência de hipertensão aumentou na faixa etária de 65 anos e mais (57,7% para 65,1%).
- Em 2023, a prevalência de hipertensão aumenta com o aumento da idade, chegando a 65,1% (RPaj: 11,01; IC95%: 7,17 – 16,91) na faixa etária de 65 anos e mais.

DIABETES

Considerou-se diabetes: Diabetes autorreferida a partir da resposta afirmativa à questão: “Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem diabetes?”.

Figura 8. Tendência temporal das prevalências de diabetes, segundo sexo. Vigitel. Capitais brasileiras, 2006 a 2023



- A prevalência de diabetes aumentou em ambos os sexos, passando entre os homens de 4,8% (2006) para 9,1% (2023), entre mulheres de 6,4% para 11,1%.
- Segundo a PNS de 2019, a prevalência de Diabetes foi 13% mais elevada entre mulheres RP aj= 1,13; IC95% 1,05-1,23).
- Aumento do diabetes entre os indivíduos na raça/cor branca e preta.
- Houve aumento de diabetes entre todos os níveis de escolaridade e a prevalência de diabetes, em 2023 foi 49% menor na população de maior escolaridade (5,5%; RPaj: 0,51; IC95%: 0,42 – 0,63).
- Ocorreu aumento de diabetes nas faixas etárias de 25 a 34 (1,3% para 2,4%), 35 a 44 anos (2,9% para 5,5%), 45 a 54 anos (7,1% para 10,4%), 55 a 64 (15,8% para 22,4%) e 65 e mais (19,2% para 30,3%).
- Em 2023, houve aumento da prevalência de diabetes com aumento da idade (65 anos e mais: 30,3%, RPaj: 47,84; IC95%: 25,55 – 89,56).

A hipertensão e diabetes tiveram um aumento na tendência, e no caso da hipertensão, foi ainda mais crescente após a pandemia, o que pode ser atribuído tanto a piora dos estilos de vida na população durante a pandemia, bem como a redução no acesso aos serviços de saúde, especialmente os preventivos e interrupção de cuidados de acompanhamento dos pacientes na atenção primária e secundário.

A relação entre hipertensão e diabetes com a menor escolaridade, pode ser explicada pela maior exposição aos fatores de risco e às condições socioeconômicas adversas, tais como falta de acesso aos serviços de saúde e menor alcance quanto às orientações sobre estilos de vida saudáveis, menores oportunidades para acesso aos fatores de proteção para as DCNT, menor compreensão sobre o plano terapêutico e de cuidados.

Não há consenso na literatura sobre a diferença segundo raça/cor da pele e hipertensão. Uma das explicações seria devido a maior discriminação racial pela cor de pele escura, levando esta maior experiência estressante em negros, além do pior acesso a serviços de saúde e as práticas de promoção, em decorrência de menor condição socioeconômica.

RECOMENDAÇÕES PARA REDUZIR AS DESIGUALDADES NAS DCNT

As diferenças socioeconômicas resultam em prejuízo para as pessoas em condições de maior vulnerabilidade social, ampliando suas incapacidades e a iniquidade em saúde. Portanto, para reduzir as desigualdades é preciso de outras lutas globais por sistemas inclusivos, baseados em direitos, respeitosos e equitativos, estruturas e comunidades.

Nesse sentido, as principais recomendações evidenciadas pelas organizações nacionais e globais, com vistas na redução das desigualdades socioeconômicas nas DCNT, nos seus fatores de risco e de proteção, se baseiam em:

- Articulação intersetorial e integração de políticas públicas;
- Intervenções para promoção da saúde e políticas públicas que ampliem o acesso aos alimentos saudáveis, prática de atividade física, ambientes livres de fumo;
- Adoção de políticas regulatórias no enfrentamento de produtos nocivos à saúde como álcool, tabaco, ultraprocessados, poluição ambiental;
- Monitoramento das desigualdades em saúde e fortalecimento da vigilância;
- Promoção da equidade de gênero em todos os âmbitos (trabalho, ciência, política, legislação, outros);
- Promoção de políticas de envelhecimento ativo, saudável e sustentável, especialmente para lidar com as vulnerabilidades presentes na população idosa e com incapacidades;
- Políticas macroeconômicas coerentes com a geração de emprego e renda, e que sejam sinérgicas às políticas sociais, para que se possa caminhar no sentido da superação da pobreza.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados evidenciam as desigualdades em saúde e confirmam que as DCNT, a sua mortalidade e os fatores de risco são maiores entre aqueles mais vulneráveis. A distribuição desigual das DCNT, dos seus fatores de risco e de proteção, acarreta a necessidade de ações e políticas públicas voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, acesso aos cuidados de saúde de forma integral, organização da vigilância e monitoramento, além da redução da pobreza e da desigualdade social na tentativa de minimizar o impacto dessas doenças e dos fatores de risco entre toda a população, especialmente àqueles menos favorecidos socialmente e economicamente.