

Iniquidades e Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil

Inequalities and Chronic Non-Communicable Diseases in Brazil

Inequidades y Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Brasil

Fernando C. Wehrmeister¹ , Andrea T. Wendt¹ , Luciana M.V. Sardinha² 

¹Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Pelotas, RS, Brasil

²Vital Strategies Brasil, São Paulo, SP, Brasil

O Brasil apresenta hoje um cenário epidemiológico com predominância de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como hipertensão, diabetes *mellitus* e cânceres, que têm fatores de risco bem conhecidos, entre os quais se incluem o tabagismo, a alimentação não saudável, o consumo abusivo de bebida alcoólica, além da baixa prática de atividade física. Em 2017, cerca de três em cada quatro mortes foram atribuídas às DCNTs no Brasil.¹ Por mais que essa mortalidade proporcional seja elevada, de 1990 a 2017 houve uma redução de 35% nas mortes por DCNTs no país.¹ Porém, estimativas nacionais de indicadores em saúde podem esconder importantes desigualdades.

Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), pactuados em 2015, estabelecem como alvo, além da redução global de mortalidade por DCNTs, a redução das desigualdades associadas a estas mortes.² Apesar do bom resultado na redução de mortalidade por DCNTs no país, nas quase três décadas citadas, com perspectivas de se atingir a meta dos ODS,³ essa redução foi de 48,9% (IC_{95%} -50,8;-46,8) no Distrito Federal, enquanto no Rio Grande do Norte foi observada estabilidade (-2,8%; IC_{95%} -8,3;3,2).¹

Frente a este cenário, é fundamental destacar a relevância do monitoramento, seja dos desfechos em saúde ou de suas desigualdades. Nesse contexto, o Brasil possui tradição tanto na coleta de informações em desfechos relacionados à saúde através de inquéritos, quanto por meio dos seus sistemas de informação em saúde. Um exemplo disso é a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), um inquérito de base populacional aplicado pela primeira vez em 2013. No módulo de doenças crônicas, uma série de informações sobre doenças crônicas, agravos à saúde e utilização de serviços em saúde são coletadas. Estas informações fornecem um panorama muito abrangente e fidedigno da saúde da população brasileira. Utilizando dados dos dois anos da PNS, um estudo sobre multimorbidade em pessoas de 18 a 59 anos de idade mostrou que a presença de duas ou mais morbidades aumentou

“No cenário atual da saúde brasileira, com as políticas de austeridade fiscal estabelecidas em 2016 e os problemas no enfrentamento de crises sanitárias, como a pandemia de COVID-19, a pesquisa em saúde com foco na identificação daqueles que estão sendo 'deixados para trás' se torna ainda mais relevante.”

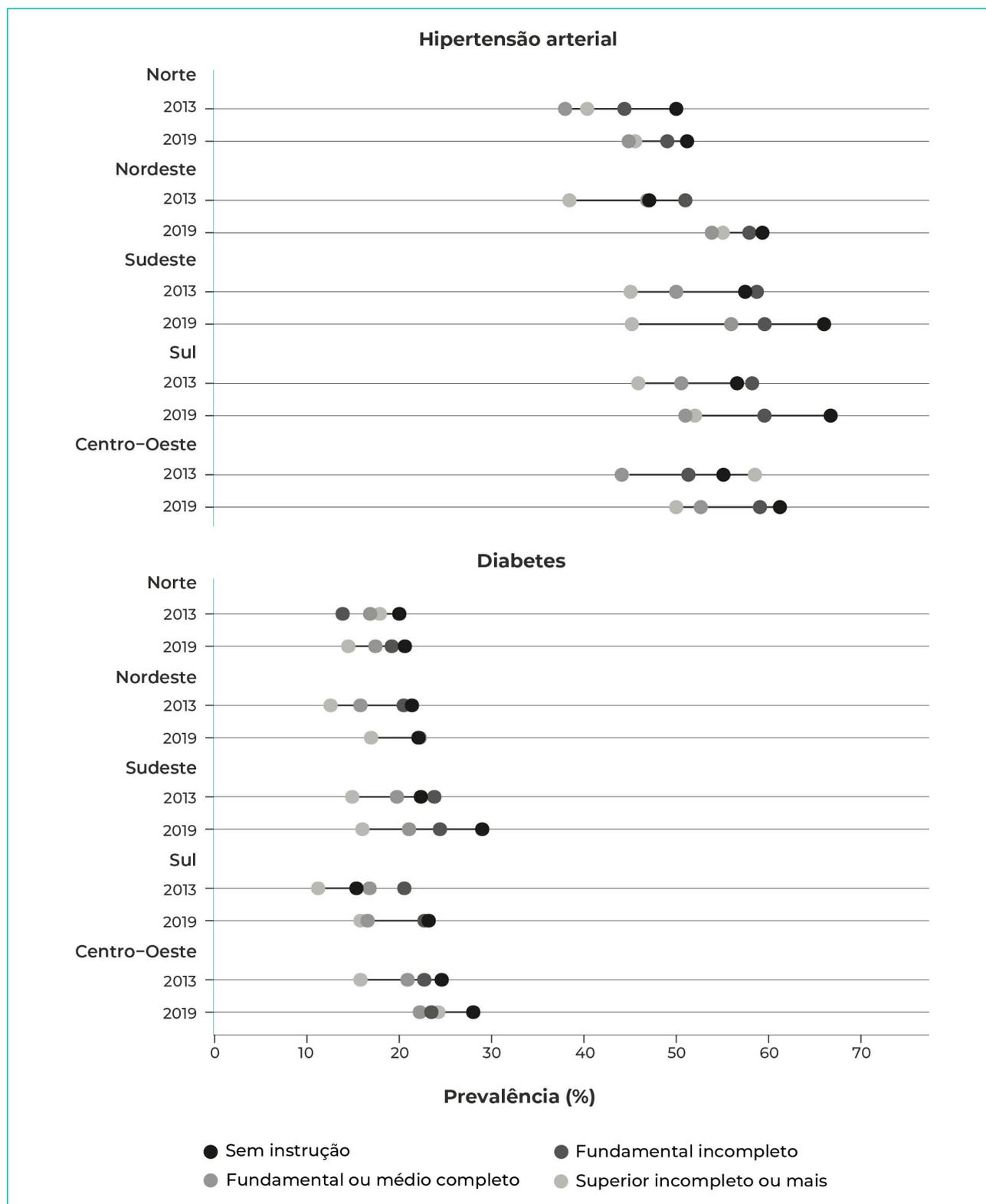
no país e esteve inversamente relacionada com a escolaridade: menos escolarizados apresentam prevalência de multimorbidade cerca de 10 pontos percentuais maior do que os mais escolarizados.⁴ Ainda cabe ressaltar que as desigualdades não estão relacionadas somente a determinantes individuais (por exemplo: idade, raça/cor da pele, escolaridade e riqueza), mas, em um país como Brasil, com dimensões continentais, a região e a área de residência dos indivíduos, assim como o contexto em que estes vivem, podem revelar diferenças importantes nas estimativas de saúde. Ainda, dependendo do indicador estudado, a abordagem de interseccionalidades (sobreposição de estratos sociais) pode destacar grupos em maior vulnerabilidade.

A Figura 1 mostra desigualdades na prevalência de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, por escolaridade, em idosos (≥ 60 anos) residentes em cada uma das cinco macrorregiões brasileiras. Nessa ilustração, podemos ver a aplicação da abordagem de interseccionalidade –, neste caso específico, a combinação dos estratos de região e escolaridade. Em linha gerais, para todas as regiões e para ambas as doenças, é observado um padrão em que os menos escolarizados são mais afetados pelas doenças do que os mais escolarizados, e esse tipo de visualização permite monitorar as mudanças ocorridas na prevalência de hipertensão e diabetes com um maior foco em padrões de desigualdade.

Em relação especificamente à interseccionalidade, o exemplo mais evidente de aumento nas desigualdades nestas doenças pode ser visto na região Sudeste. A prevalência de hipertensão arterial, por exemplo, se manteve estável, entre 2013 e 2019, nos indivíduos mais escolarizados, ao redor de 44%, enquanto, entre os menos escolarizados, ela evoluiu de 56% para 65%. Este incremento no grupo mais vulnerável acarretou um aumento substancial das desigualdades observadas. Cabe salientar que o mesmo padrão é observado para o diabetes *mellitus*, tanto pontual quanto ao longo do tempo para a região Sudeste. Por outro lado, nas regiões Norte e Nordeste, há indícios de que uma diminuição das diferenças entre indivíduos mais e menos escolarizados tenha ocorrido, apesar do aumento da prevalência do desfecho. Portanto, esse tipo de abordagem revela não só em quais grupos está ocorrendo um aumento/redução do indicador de saúde de interesse, mas se essa mudança é uniforme em toda a população, ou se alguma camada apresenta importante desvantagem social. A observação destes padrões de desigualdade permite aos gestores um melhor planejamento e monitoramento de ações e políticas públicas voltadas justamente para o enfrentamento das DCNTs.

Outro aspecto importante no estudo de desigualdades é sua relação com as iniquidades. Enquanto a desigualdade é a parte mensurável das disparidades entre grupos populacionais, ou seja, aquilo que conseguimos medir a partir de informações de inquéritos em saúde ou pela utilização de sistemas de informações em saúde, a iniquidade é um conceito teórico, de difícil mensuração e sujeita a juízo de valor.^{2,5,6}

Para a caracterização de uma iniquidade em saúde, deve-se atentar para alguns aspectos. O primeiro é identificar uma sistematização nos padrões de desigualdades. No exemplo da Figura 1, com algumas poucas exceções, em todas as regiões, tanto diabetes *mellitus* quanto hipertensão arterial foram mais prevalentes nos menos escolarizados. O segundo aspecto é aquele relacionado a como tal padrão foi produzido. Há padrões que são biologicamente produzidos, enquanto outros têm forte determinação social. Neste exemplo, os menos escolarizados tendem a possuir piores condições de moradia e trabalho, assim como são mais expostos a fatores de risco para doenças crônicas, como inatividade física, alimentação inadequada, consumo abusivo de álcool, uso de tabaco, entre outros. Por fim, além desses dois aspectos, considera-se a desigualdade uma iniquidade quando é entendida como injusta e, também, evitável. Àqueles que se interessam pelo tema de desigualdade, cabe um julgamento de valor, para se entender se o que está sendo observado pode ser caracterizado como uma iniquidade.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019.

Figura 1 – Prevalência de hipertensão arterial e diabetes, em idosos brasileiros com idade ≥ 60 anos, por região e escolaridade, Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019

O monitoramento de indicadores em saúde, sejam de doenças ou cobertura de saúde, é essencial para o acompanhamento da saúde da população. É evidente que estimativas agregadas têm seu valor, porém acabam por esconder importantes desigualdades nos subgrupos populacionais. Além do óbvio investimento constante em pesquisas e na melhoria dos sistemas de saúde, deve-se estimular que inquéritos e serviços de saúde colem informações sobre diferentes dimensões de desigualdade: cor da pele, etnia, gênero, situação de migração, região de residência, entre tantas outras possibilidades. Os próprios ODS já sugerem que estejam disponíveis dados confiáveis, atuais e que permitam um olhar mais amplo para as desigualdades em saúde.

No cenário atual da saúde brasileira, com as políticas de austeridade fiscal estabelecidas em 2016 e os problemas no enfrentamento de crises sanitárias, como a pandemia de COVID-19, a pesquisa em saúde com foco na identificação daqueles que estão sendo "deixados para trás" se torna ainda mais relevante. Um olhar cuidadoso é fundamental para que possamos enfrentar coletivamente a grande carga que as DCNTs impõem à sociedade e aos serviços de saúde. Este esforço poderá ser mais efetivo se todos os atores envolvidos, como políticos, gestores, pesquisadores e sociedade civil, adotarem ações conjuntas e coordenadas visando não só à redução das DCNTs, mas também à redução de desigualdades associadas a estes desfechos em saúde.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Wehrmeister FC redigiu a primeira versão do manuscrito e analisou os dados. Wendt AT e Sardinha LMV contribuíram com sua interpretação e revisão crítica. Todos os autores aprovaram sua versão final e são responsáveis por todos os seus aspectos, incluindo a garantia de sua integridade e precisão.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Correspondência: Fernando C. Wehrmeister | fcwehrmeister@gmail.com

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Duncan BB, Schmidt MI, Teixeira R, Ribeiro ALP, Felisbino-Mendes MS, et al. Trends in mortality due to non-communicable diseases in the Brazilian adult population: national and subnational estimates and projections for 2030. *Popul Health Metr.* 2020; 18(Suppl 1): 16.
2. United Nations. Sustainable development goals 2021. Available from: <https://sdgs.un.org/goals>
3. Malta DC, Andrade S, Oliveira TP, Moura L, Prado RRD, Souza MFM. Probability of premature death for chronic non-communicable diseases, Brazil and Regions, projections to 2025. *Rev Bras Epidemiol.* 2019; 22: e190030.
4. Delpino FM, Wendt A, Crespo PA, Blumenberg C, Teixeira DSdC, Batista SR, et al. Ocorrência e desigualdades por escolaridade em multimorbidade em adultos brasileiros entre 2013 e 2019: evidências da Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Epidemiol.* 2021; 24(supl 2). doi: 10.1590/1980-549720210016.supl.2
5. Silva I, Restrepo-Mendez MC, Costa JC, Ewerling F, Hellwig F, Ferreira LZ, et al. Measurement of social inequalities in health: concepts and methodological approaches in the Brazilian context. *Epidemiol Serv Saude.* 2018; 27(1): e000100017.
6. World Health Organization. State of inequality: reproductive maternal newborn and child health: interactive visualization of health data. Geneva: World Health Organization; 2015.