

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ICICT

Instituto de Comunicação e Informação  
Científica e Tecnológica em Saúde

# PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE – PPGICS ICICT/ FIOCRUZ

LUCIANA RIBEIRO ABRANCHES

**Inquéritos em Saúde no Brasil: relevância e fluxo  
informacional dos questionários**

ORIENTADOR

Dr. Paulo Roberto Borges de Souza Júnior

CO-ORIENTADOR(A)

**Dra. Dália Elena Romero Montilla**

Rio de Janeiro

2013

LUCIANA RIBEIRO ABRANCHES

**Inquéritos em Saúde no Brasil: relevância e fluxo  
informacional dos questionários**

Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Informação, Comunicação e Saúde  
(Icict), para obtenção do grau de  
Mestre em Ciência.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto  
Borges de Souza Júnior

Rio de Janeiro

2013

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Ciências Biomédicas

Abranches, Luciana Ribeiro  
Inquéritos em Saúde no Brasil: relevância e fluxo informacional dos questionários/ Luciana Ribeiro Abranches. Rio de Janeiro. -- 2013. 50 f.

Orientador: Dr. Paulo Roberto Borges de Souza Júnior

Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) –Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

1. Inquéritos em Saúde. 2. Informação em Saúde. 3. Hipertensão. 4. Diabetes. 5. Questionários. 6. Revisão Sistemática. 7. Políticas Públicas. I. Título.

LUCIANA RIBEIRO ABRANCHES

**Inquéritos em Saúde no Brasil: relevância e fluxo  
informacional dos questionários**

Aprovado em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Paulo Roberto Borges de Souza Júnior

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dália Elena Romero Montilla**

---

Prof. Dr. Josué Laguardia

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Giseli Nogueira Damacena

Suplentes:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Janine Miranda Cardoso

---

Prof. Dr. Luís Otávio Azevedo

Dedico este trabalho a minha mãe Denize pelo incentivo, carinho e amor e ao meu esposo Assis pelas constantes palavras de estímulo e paciência em todos os momentos da elaboração deste trabalho.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, sem o qual nada seria possível.

Ao meu orientador, professor Paulo Roberto Borges de Souza Júnior pela dedicação, incentivo e paciência de acompanhar cada passo deste trabalho. E também pelo seu empenho e dedicação e por não medir esforços para ajudar na elaboração deste trabalho.

Às pesquisadoras e as amiga do estudo ELSA, pela compreensão, apoio, incentivo e ajuda nessa fase de conclusão de curso, como durante todo o período do mestrado.

À todos os meus amigos simplesmente por serem meus amigos e estarem ao meu lado com paciência para me ouvir e me encorajar nos momentos mais difíceis.

Por fim, agradeço a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desta dissertação.

“Se procurar bem você acaba encontrando.  
Não a explicação (duvidosa) da vida, mas a  
poesia (inexplicável) da vida.”

Carlos Drummond de Andrade

## RESUMO

As informações contidas nos Sistemas de Informações existentes no Brasil são insuficientes para identificar as necessidades da população no setor saúde. Os inquéritos de saúde tem papel fundamental na elaboração de informações para formulação de políticas públicas essenciais para a população brasileira. O presente trabalho utiliza as informações obtidas sobre prevalência auto-referida de diabetes e hipertensão arterial, obtidas em inquéritos nacionais periódicos, para avaliar três questões: 1 -Como a mudança na pergunta sobre estas doenças de um período para o outro afeta as estimativas de prevalência?; 2- Como estas estimativas, em nível nacional, se relacionam com as portarias e os programas do governo relacionados a diabetes e hipertensão?; 3 – Como uma revisão sistemática de inquéritos pode ajudar a compreender de forma mais ampla a prevalência na mudança na forma de perguntar sobre hipertensão e diabetes nos questionários utilizados por cada pesquisa? A opção em trabalhar com o diabetes e a hipertensão arterial deve-se ao fato destas doenças serem as que mais acometem a população brasileira e que acarretam maior gasto para os cofres públicos, de acordo com dados do Ministério da Saúde. Serão analisados dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios e do VIGITEL. Será realizada uma busca das portarias e dos programas do governo federal relacionados a estas doenças. O presente trabalho proporciona a reflexão sobre a importância de um repositório único para organizar os dados coletados pelas pesquisas e a necessidade de relatos sobre as experiências de campo das pesquisas.

**Palavras-chave:** Inquéritos de Saúde, Informações em saúde, Hipertensão Arterial, Diabetes, Questionário, Revisão Sistemática, Políticas Públicas.



## ABSTRACT

The information contained in the Information Systems existing in Brazil are insufficient to identify the needs of the population in the health sector. Health surveys have key role in preparing information for the formulation of public policies essential for the Brazilian population. This paper uses information collected on self-reported prevalence of diabetes and hypertension, obtained from periodic surveys to assess three questions: 1 - How to change the question about these disease a period to another affects prevalence estimates? 2 - As these estimates at the national level, relate to the ordinances and government programs related to diabetes and hypertension? 3 - How a systematic review of surveys can help you understand more broadly the change in prevalence in asking about hypertension and diabetes in the questionnaires used by each research? The option to work with diabetes and hypertension is due to the fact these are the diseases that most affect the Brazilian population and entailing greater expense to the public purse, according to data from the Ministry of Health will analyze data from the National Household Sample and Vigitel. There will be a search of ordinances and federal government programs related to these diseases. This paper provides a reflection on the importance of a single repository to organize the data collected by the research and the need for reports on the experiences of the research field.

**Keywords:** Surveys of Health, Health information, Hypertension, Diabetes, Questionnaire, Systematic Review, Public Policy.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2. DOENÇAS CRÔNICAS</b> .....	11
2.1 Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: importância destas doenças no Brasil e para o Ministério da Saúde.....	12
<b>3. POLÍTICAS PÚBLICAS FEDERAIS RELACIONAS AO DIABETES E A HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998-2008</b> .....	14
<b>4. INQUÉRITOS EM SAÚDE NO BRASIL</b> .....	17
4.1 Importância dos inquéritos em saúde.....	18
<b>5. PNAD e VIGITEL</b> .....	25
<b>6. AS PERGUNTAS SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DABETES MELLITUS UTILIZADAS EM INQUÉRITOS EM SAÚDE NO BRASIL</b> .....	26
<b>7. OBJETIVOS</b> .....	27
7.1 Objetivo Geral.....	27
7.2 Objetivos Específicos.....	27
<b>8. JUSTIFICATIVA</b> .....	27
<b>9. MÉTODOS</b> .....	28
<b>10. RESULTADOS</b> .....	29
10.1 Uma revisão sobre a forma de perguntar sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus nos Inquéritos em Saúde.....	29
10.2 Prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na PNAD e no Vigitel.....	37
<b>11. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	40
<b>12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	47

**LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS**

Quadro 1 - Inquéritos Nacionais em Saúde.....	23
Quadro 2- Análise na forma de perguntar sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus nos Inquéritos em Saúde.....	33
Tabela 1 - Prevalência de Hipertensão Arterial segundo faixa etária. Brasil, 1998-2008.....	38
Tabela 2 -Prevalência de Diabetes Mellitus segundo faixa etária. Brasil, 1998-2008.....	38
Tabela 3 -Prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para as capitais do Brasil, estimada pelo VIGITEL. Brasil,2006-2008.....	38
Figura 1 - Tendência da prevalência de Hipertensão Arterial estimadas pela PNAD e pelo VIGITEL. Brasil, 1998-2010.....	39
Figura 2 -Tendência da prevalência de Diabetes Mellitus estimadas pela PNAD e pelo VIGITEL. Brasil, 1998-2010.....	39

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, as informações em saúde são coletadas principalmente pelos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde. Estes sistemas possuem cobertura em nível nacional, porém, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre Nascimentos (SINASC) e o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAM), abrangem toda a população, enquanto o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de informações Ambulatoriais (SIA), cobrem somente a população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esses dois últimos sistemas de informação, diferente dos demais, pois não têm como principal objetivo a informação epidemiológica e sim administrativa, possibilitando assim uma característica monetária principalmente, “mas a ausência de universalidade da cobertura do sistema de informações hospitalares faz com que o cálculo das taxas de internação refira-se apenas ao Sistema Único de Saúde (SUS)” (VIACAVA, 2002, p. 608).

Apesar de esses sistemas fornecerem informações importantes, estas informações são insuficientes para identificar os problemas de saúde da população, sendo assim, os inquéritos se tornam cada vez mais necessários para suprir essa necessidade de dados sobre a saúde no Brasil. O uso de inquéritos domiciliares para obtenção de informações em saúde é um hábito antigo, largamente utilizado tanto pela sociologia, quanto pela epidemiologia. Nos países desenvolvidos, as pesquisas de base populacional foram implementados de forma mais significativa a partir da década de 60, e posteriormente começaram a ser implementados com maior frequência nos países em desenvolvimento. “Desenvolvidos nos países industrializados desde 1960, os inquéritos populacionais contínuos são instrumentos utilizados para a formulação e avaliação das políticas públicas” (VIACAVA, 2002, p. 609). A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem promovido, nas últimas décadas, várias pesquisas multicêntricas, envolvendo muitos países, sobre os mais diferentes temas de saúde. Algumas destas pesquisas incluem inquéritos de base populacional. Ainda de acordo com as palavras de Viacava,

é importante que os inquéritos de saúde sejam vistos como ferramentas necessárias para a coleta de informações que de outro modo não poderiam ser captadas e que são

complementares às informações rotineiramente coletadas através dos diversos sistemas de informação (2006, p. 868).

No âmbito nacional, as pesquisas relacionadas ao setor saúde tiveram início na década de 70, com o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) que foi seguido, na temática, pelas Pesquisas de Orçamento Familiar (POF) realizadas em 1987 e 1996.

Voltadas para as questões de nutrição e reprodução, foram desenvolvidas a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), em 1989, pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), implementada em 1996, sob os cuidados da Sociedade Bem-Estar Familiar no Brasil (BENFAM). Em 1996/97 foi realizada pelo IBGE a Pesquisa sobre Padrão de Vida (PPV), que cobriu 5.000 domicílios das regiões nordeste e sudeste, e incluiu várias questões de interesse da saúde. Pela cobertura territorial e periodicidade, revestem-se da maior importância no país as Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílios (PNADs).

## **2. DOENÇAS CRÔNICAS**

Entre os indicadores importantes que são extraídos dos inquéritos estão as prevalências de doenças crônicas que não são de notificação compulsória, entre elas, o diabetes mellitus e a hipertensão arterial.

Nos últimos trinta anos, uma mudança drástica no perfil de morbidades da população brasileira com grande predomínio de doenças e mortes devidas a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas as doenças cardiovasculares. A carga econômica destas doenças produz elevados custos para os sistemas de saúde e para a previdência social devido à morbidade e invalidez precoces, e, sobretudo para a sociedade, famílias e as pessoas portadoras. Grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento, sobretudo das complicações, das doenças cardiovasculares. A importância do diabetes mellitus e da hipertensão arterial sistêmica como problemas globais de saúde

pública é hoje bem reconhecida internacionalmente (Ministério da Saúde, 2013).

## **2.1 Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: importância destas doenças no Brasil e para o Ministério da Saúde**

A hipertensão arterial é a mais frequente das doenças cardiovasculares; é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. A “hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente em nosso meio, atingindo de 15 a 20% da população adulta com mais de 18 anos, chegando a índices de 50% nas pessoas idosas” (DUNCAN, 1993 apud MION JR, 2001, p. 249). O diagnóstico da hipertensão arterial é basicamente estabelecido pelo encontro de níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites de normalidade, quando a pressão arterial é determinada por meio de métodos e condições apropriados. Portanto, a medida da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial. De acordo com dados disponíveis pelo Ministério da Saúde (2013), a hipertensão arterial acontece quando a pressão está acima do limite considerado normal, que, na média, é sistólica em 120 e diastólica em 80 milímetros de mercúrio, ou 12x8. Valores inferiores a 14x9 podem ser considerados normais a critério médico. Os fatores de risco que podem levar a hipertensão são: obesidade, ingestão alta de sal, sedentarismo, exagero no consumo de álcool, diagnóstico de diabetes ou ter familiares hipertensos. Quem não faz o controle adequado da hipertensão pode viver até 16,5 anos a menos (Ministério da Saúde, 2013). Mudanças nos hábitos de vida como a prática de atividade física, redução de sal, alimentação equilibrada, controle de peso podem reduzir os números de hipertensão arterial na população.

O diabetes mellitus se configura hoje como uma epidemia mundial sendo grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos

específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (Ministério da Saúde, 2006, p. 9). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular “O diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 9). No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas brasileiras. Essa prevalência variava de 3% a 17% entre as faixas de 30-39 e de 60-69 anos. A prevalência da tolerância à glicose diminuída era igualmente de 8%, variando de 6 a 11% entre as mesmas faixas etárias (Ministério da Saúde, 2006, p. 10).

No estudo de Carga Global de Doença realizado para o ano de 2004 pela OMS (Organização Mundial de Saúde, 2008), verificou-se que, no mundo, aproximadamente metade da Carga Global de Doença estimada estava relacionada ao Grande Grupo II (Doenças Crônicas Não-Transmissíveis - DCNT). De acordo com Oliveira (2009), o diabetes mellitus representou 1,3% do total de DALY no mundo em 2004 e, segundo projeções, aumentará para 2,3% do total de DALY em 2030. Ainda citando Oliveira (2009), na Região da América Latina e Caribe, a Doença Isquêmica do Coração (DIC), Diabetes Mellitus (DM), Doença Cérebro Vascular (DCV) e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) contribuíram com 4,6%, 2,9%, 2,8% e 2,2% do total de DALY, respectivamente.

Entendendo a importância que a hipertensão arterial e o diabetes mellitus representam hoje na realidade brasileira, o Ministério da Saúde desenvolveu o sistema de monitoramento Sishiperdia (Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica) que é um sistema informatizado que permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, captados e vinculados às

unidades de saúde ou equipes da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde - SUS, gerando informações para profissionais e gestores das secretarias municipais, estaduais e ministério da saúde. Esse sistema tem como principais objetivos possibilitar a gestão do cuidado com a vinculação do portador à unidade básica ou equipe de saúde através do cadastro e atendimento desses portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial; monitorar de forma contínua a qualidade clínica e o controle desses agravos e seus fatores de risco na população assistida; fornecer informações gerenciais que permitam subsidiar os gestores públicos para tomada de decisão para a adoção de estratégias de intervenção gerais ou pontuais, como estimar acesso aos serviços de saúde, planejar demanda para referenciamentos, estimativa de uso de materiais, necessidade de recursos humanos e capacitações; fornecer informações que subsidiem a gerência e gestão da assistência farmacêutica; instrumentalizar a vigilância à saúde, fornecendo informações que permitem conhecer o perfil epidemiológico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, seus fatores de risco e suas complicações na população; possibilitar o controle social através de informações que permitem analisar acesso, cobertura e qualidade da atenção (Ministério da Saúde; Sishiperdia, 2013).

Apesar da criação do Sishiperdia, a prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil continua sendo obtida através de inquéritos populacionais, pelo relato das pessoas selecionadas, ou seja, auto-referida.

### **3. POLÍTICAS PÚBLICAS FEDERAIS RELACIONADAS AO DIABETES E A HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998-2008**

Frente a importância destas doenças no cenário nacional, o Ministério da Saúde vem implementando no decorrer dos anos cada vez mais ações de prevenção e combate ao diabetes e a hipertensão arterial, bem como seus fatores de risco. A seguir, apresentamos uma linha do tempo com os principais programas do Ministério para combate dessas morbidades nos anos de 1998 a 2008.



- 1998 – Campanha Dia Mundial do Diabetes

No Brasil, a Campanha do Dia Mundial do Diabetes em nível nacional foi implantada em 1998. Desde 1991, o Dia Mundial do Diabetes se celebra no dia 14 de novembro, por iniciativa da Federação Internacional de Diabetes e a Organização Mundial da Saúde. O objetivo desta data é chamar a atenção, sobretudo no que diz respeito ao acesso à sua prevenção e tratamento adequados e de qualidade para evitar complicações mais severas, reduzindo o impacto sobre os indivíduos, famílias e custos para os sistemas de saúde e para a sociedade em geral. De 2000 a 2010, o diabetes foi responsável por mais de 470 mil mortes em todo o Brasil (Ministério da Saúde, 2013).

- 2002 – Sishiperdia

O Sishiperdia foi criado por meio Portaria nº 371/GM, em 4 de março de 2002, por um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus*, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, mediante a reorganização do trabalho de atenção à saúde. É um sistema informatizado que permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, captados e vinculados às unidades de saúde ou equipes da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde - SUS, gerando informações para profissionais e gestores das secretarias municipais, estaduais e ministério da saúde (Sishiperdia, Ministério da Saúde, 2013).

- 2002 – Dia Nacional de Combate e Prevenção à Hipertensão Arterial

O Dia Nacional de Combate e Prevenção à Hipertensão Arterial é dia 26 de abril. Instituído pela Lei nº 10.439, de 30 de abril de 2002, com o objetivo de conscientizar a população sobre a prevenção e controle da doença. O Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial visa alertar a população a respeito dos perigos causados pela hipertensão arterial. No Brasil, a porcentagem de diagnósticos de hipertensos de acordo com o Ministério da Saúde (2013), passou de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010, sendo o mais

importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV), com destaque para o AVC e o infarto do miocárdio, as duas maiores causas isoladas de mortes no país.

- 2004 – Promoção da Alimentação Saudável

Com o intuito de reduzir substancialmente as mortes e doenças em todo o mundo, a Organização Mundial de Saúde e a Organização Panamericana de Saúde aprovaram, no dia 22 de maio de 2004, em nível mundial e com o apoio de 192 países, a proposta de Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. O documento fomenta a necessidade de formulação e implantação de estratégias nacionais efetivas e integradas para a redução dos custos diretos e indiretos com a morbidade e a mortalidade relacionadas à alimentação inadequada e ao sedentarismo. Um dos objetivos da estratégia global é reduzir os fatores de risco para as doenças crônicas não-transmissíveis decorrentes da alimentação inadequada e inatividade física por meio de ação em saúde pública e promoção da saúde e medidas preventivas (Ministério da Saúde, 2013).

- 2006 – Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico)

O Vigitel tem como objetivo monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, por meio de entrevistas telefônicas realizadas em amostras probabilísticas da população adulta residente em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa em cada cidade. Atento ao desafio do crescente número de DCNT, o Ministério da Saúde vem executando ações que visam à promoção da saúde, prevenção e atenção a essas doenças, buscando reduzir a prevalência dos principais fatores de risco e, conseqüentemente, da morbimortalidade associadas.

Em 2003, o Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (NUPENS/USP) desenvolveu e testou, na cidade

de São Paulo, um sistema de monitoramento de fatores de risco e proteção para DCNT por entrevistas telefônicas. Em 2005, o sistema foi testado em Belém, Salvador, Florianópolis e Goiânia, além de São Paulo, contando com o apoio do CNPq. A partir de 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde e em parceria com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e o NUPENS/USP implantou o Vigitel em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal (Ministério da Saúde, 2013).

#### **4. INQUÉRITOS EM SAÚDE NO BRASIL**

No Brasil, a prevalência de hipertensão arterial diabetes mellitus é estimada através dos inquéritos e a medida dessas prevalências é feita, principalmente, através de informações auto referidas dos participantes das pesquisas.

Ao falar de inquéritos, o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), é o responsável pelo maior número de inquéritos domiciliares realizados no Brasil. Criado na década de 30 realiza estudos e censos em todo território nacional, dentre eles, a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) que coleta importantes informações sobre características gerais da população, de educação, trabalho, rendimento e habitação e outras. O levantamento dessas estatísticas constitui um importante instrumento para formulação, validação e avaliação de políticas orientadas para o desenvolvimento socioeconômico e a melhoria das condições de vida no Brasil.

Um segmento que tem recebido muita atenção nos últimos anos é a população idosa, pois esta é a que mais cresce no mundo, a que apresenta o maior número de carga de doenças e de incapacidades e a que mais utiliza os serviços de saúde. Não são comuns inquéritos especificamente para essa população, mas já existem iniciativas importantes neste sentido. Nas Américas e na Europa já há preocupação de manter o sistema nacional de informações com dados sobre a condição de saúde desta população (Malta et al., 2008, p. 162). Essas informações são obtidas por estudos em saúde, que mesmo não sendo diretamente ligada a população idosa, os mesmos abrangem de forma bem contundente a faixa etária em questão.

Os inquéritos de saúde subsidiam políticas públicas e delimitam importantes informações para o setor saúde, mas neste panorama deve-se estar atento para que os dados coletados estejam de acordo com o que se deseja estimar. Isso deve ser incorporado em todas as etapas do processo, desde sua análise até a divulgação dos dados coletados.

Neste contexto as decisões políticas e o planejamento e execução dos inquéritos nacionais de saúde devem ser consideradas de forma essencial para o êxito da ação.

O estudo deve ser capaz de responder as lacunas do Sistema Único de Saúde, conseguindo assim identificar e fornecer informações sobre os determinantes de saúde, as necessidades de saúde, os usos dos serviços de saúde, e sobre as desigualdades existentes na população brasileira (MALTA, 2008, p. 165).

Os inquéritos necessitam recursos financeiros para o processo de trabalho, tanto para a parte de realização, quanto para o aspecto ao qual o estudo vai ser direcionado, seja em áreas urbanas, áreas rurais, capitais, bem como o tamanho da amostra e as parcerias que serão formadas. O apoio das instituições de ensino e pesquisa é fundamental para a estruturação do inquérito, no planejamento, organização metodológica, coleta e avaliação dos dados, entre outros.

A periodicidade dos estudos deve ter destaque fundamental no âmbito do Sistema Único de Saúde, tendo em vista que o levantamento das informações coletadas pelos inquéritos nacionais em saúde estrutura de forma mais sólida as decisões para o melhoramento da saúde.

Algumas questões éticas também devem ser levadas em consideração no armazenamento dos dados coletados, de modo a manter em sigilo as informações prestadas pelos participantes da pesquisa.

#### **4.1 Importância dos inquéritos em saúde**

Cada vez mais, as informações em saúde contemplam um espaço de destaque no contexto atual. Elas são essenciais para o planejamento das intervenções em saúde coletiva e individual, assim como na análise epidemiológica, relação saúde-doença e promoção da saúde. Diante deste

fato, os inquéritos nacionais de saúde são essenciais para conhecer a realidade brasileira. As informações coletadas nas pesquisas são importantes para identificar o perfil da sociedade brasileira, pois através delas, é possível verificar potenciais fatores de risco na população, bem como aspectos relativos a hábitos de vida e comportamentais. Sendo assim,

os inquéritos populacionais são instrumentos utilizados como subsídios à formulação e avaliação das políticas públicas, tornando-se crescente a sua utilização nos diversos países como ferramenta de apoio ao planejamento de saúde (MALTA, 2008, p. 159 ).

Os Inquéritos nacionais de saúde são determinantes para identificar de maneira social as necessidades da população. Conhecer através do estudo do indivíduo as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a ocorrência de doenças, assim como avaliar problemas de saúde pouco sintomáticos e ainda não relacionados nas prioridades de cuidados pelo setor saúde. Os inquéritos são de grande importância para a saúde pública, pois coletam informações para o conhecimento das dificuldades e desigualdades tão presentes na sociedade contemporânea.

O uso dos dados coletados pelas pesquisas, também exerce papel fundamental no processo de avaliação das políticas, pois possibilita o desenvolvimento de políticas públicas focadas para a real necessidade da população, pois como já foi estudado,

tão importante quanto definir as prioridades nacionais na pesquisa em saúde é garantir que o conhecimento gerado e as intervenções sanitárias resultantes sejam efetivamente incorporadas em políticas e ações de saúde pública” (MOREL, 2002, apud MOREL, 2004, p. 266).

Outro aspecto de total importância nos inquéritos é a coleta de informações sobre os hábitos relacionados à saúde, estes estão diretamente relacionados com a prevenção de doenças. O conhecimento de hábitos não saudáveis que levam ao acometimento de doenças subsidia o planejamento de políticas públicas, assim como possibilita a promoção de condições de vida e hábitos mais saudáveis para a população em geral

grande parte dos países procura utilizar informações de provedores e de inquéritos domiciliares para estimar gastos em saúde e também as desigualdades existentes em cada sociedade quanto ao financiamento dos serviços de saúde (VIACAVA, 2002, p. 615 ).

Os inquéritos populacionais de saúde vêm sendo utilizados de forma crescente como meio de se obter informações não apenas sobre a morbidade referida e estilos de vida saudáveis, mas também para avaliar o funcionamento da assistência de saúde.

O Ministério da Saúde, nos anos de 1998, 2003 e 2008, incluiu na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o “Suplemento Saúde”, cujo questionário contém informações sobre acesso e utilização dos serviços de saúde, morbidade referida e limitações funcionais. Além da PNAD, em 2003 o Ministério da Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), realizaram no Brasil a Pesquisa Mundial de Saúde, que utilizou um questionário proposto pela OMS com o objetivo de suprir informações sobre o estado de saúde da população e avaliar a assistência prestada de acordo com as expectativas da população usuária.

Em 2006, o Ministério da Saúde, com o apoio técnico da Universidade de São Paulo (USP), implantou o sistema Vigital – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, que é realizado anualmente nas capitais brasileiras com o objetivo de monitorar fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis.

As informações dos inquéritos em saúde se tornaram tão relevantes que o Ministério da Saúde, em conjunto com a FIOCRUZ e o IBGE, está desenvolvendo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) com intuito de progredir obtendo informações essenciais para a formulação de políticas na área de promoção, vigilância e atenção à saúde. A Pesquisa Nacional de Saúde,

tem o objetivo de desenvolver as diretrizes para a condução de um inquérito de base populacional, de modo a atender as lacunas das informações existentes no âmbito do SUS. O produto principal do projeto será a proposta de um inquérito nacional de saúde, incluindo os seguintes tópicos: forma de condução do projeto; plano de amostragem; periodicidade de execução; questionários domiciliar e individual; medidas a serem coletadas e instrumentos de mensuração; procedimentos para coleta de sangue; exames laboratoriais; orçamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A partir da revisão de literatura dos inquéritos em saúde, elaboramos uma listagem dos principais inquéritos nacionais realizados no Brasil.

Na Tabela 1 estão listados 9 inquéritos com abrangência nacional. A tabela apresenta os inquéritos, a instituição responsável pela realização do estudo, os objetivos que nortearam a análise, o(s) ano(s) da coleta de dados e a localização geográfica que cada inquérito. As pesquisas selecionadas visam aspectos de consumo e despesa familiar, comportamentos de risco sobre doenças sexualmente transmissíveis, desempenho do sistema nacional de saúde, intenções reprodutivas e necessidades não satisfeitas de anticoncepção, indicadores da situação nutricional da população brasileira, comportamento sexual e de risco da população adulta, prevenção e de controle das infecções sexualmente transmissíveis, monitoramento da magnitude das doenças e agravos não transmissíveis e informações sobre as características de saúde da população brasileira. A coleta de dados dos inquéritos foi realizada entre os anos de 1974 e 2009 e incluímos tanto pesquisas com única coleta, quanto aquelas que fornecem dados segmentados sobre a saúde da população. Todos os inquéritos listados na tabela abaixo foram realizados nacionalmente, alguns voltados para as capitais brasileiras e outros que englobam a população brasileira tanto das capitais dos estados quanto das cidades.

Os inquéritos apresentados abaixo apresentam grande abrangência nacional, além disso, alguns deles perguntam sobre doenças crônicas em seus questionários. Como de interesse de trabalho, identificamos que dos 9 inquéritos apresentados a seguir, 4 deles incluem questões auto referidas sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus, são eles: Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis; Pesquisa Mundial de Saúde (PMS); Vigitel - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico e Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD).

**Quadro 1:** Inquéritos nacionais em saúde

Id	Inquérito	Instituição responsável	Objetivo	Ano de realização	Abrangência geográfica
1	<b>Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF)</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com assessoria da <i>Food and Agriculture Organization</i> (FAO).	Avaliar o consumo alimentar, a estrutura de despesa familiar e o estado nutricional.	1974/1975	Todos os estados e regiões metropolitanas. Não inclui a área rural na região Norte.
2	<b>Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis</b>	Instituto Nacional do Câncer - INCA/MS / Secretaria de Vigilância à Saúde - SVS/MS	Conhecer a prevalência dos comportamentos de risco da população em relação às DANTs, visando estabelecer linha de base para o sistema de vigilância de comportamentos de riscos de DANT.	2002/2003	15 capitais brasileiras e Distrito Federal
3	<b>Pesquisa Mundial de Saúde (PMS)</b>	Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Organização Mundial da Saúde (OMS)	Desenvolver e/ou aperfeiçoar procedimentos metodológicos de análise das informações que possibilitem a construção de indicadores para avaliação do desempenho do sistema nacional de saúde.	2003	Brasil
4	<b>Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS)</b>	Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e ORC Macro International IBGE e Ministério da Saúde	Avaliar níveis e tendências da fecundidade, conhecimento e uso de métodos contraceptivos, amamentação e outros determinantes próximos da fecundidade. Estudar a saúde materno-infantil. A pesquisa investiga, ainda, intenções reprodutivas e necessidades não satisfeitas de anticoncepção.	1986, 1991, 1996 e 2006*.	Em 1991, foi realizada somente na região Nordeste. Nos anos de 1986 e 1996, foi realizada em âmbito nacional. A amostra é representativa das grandes regiões e algumas UFs..

Continua...



...Continuação

5	<b>Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN)</b>	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), com a colaboração do Instituto de Planejamento de Gestão Governamental (IPLAN) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Apurar os indicadores da situação nutricional da população brasileira. Procurou-se observar quem eram os desnutridos, onde eles estavam localizados, quantos eram, qual era a gravidade da desnutrição e como estava a situação nutricional da população.	1989	Brasil e grandes regiões, abrangendo as áreas urbana e rural (exceto Região Norte).
6	<b>Pesquisa sobre o Comportamento Sexual e Percepções sobre HIV/Aids da População Brasileira</b>	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap) e Ministério da Saúde.	Avaliar o comportamento sexual e de risco da população adulta brasileira e fatores associados.	2005	Nacional - população geral entre 16 e 65 anos
7	<b>Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP-BR)</b>	Programa Nacional de DST e Aids, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Centers for Disease Control and Prevention (CDC)	Desenvolver instrumental para monitoramento de indicadores de desempenho do programa, no que se refere às medidas de prevenção e de controle das infecções sexualmente transmissíveis	2004, 2006 e 2008	Nacional - população geral entre 15 e 54 anos
8	<b>VIGITEL - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico</b>	Ministério da Saúde e Ministério da Educação	Monitorar a magnitude das DANT (Doenças e Agravos Não Transmissíveis) e analisar seus determinantes sociais, econômicos, comportamentais e políticos	Periodicidade anual a partir 2006	Capitais dos 26 estados brasileiros e o Distrito Federal
9	<b>Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)</b>	IBGE	Gerar informações sobre as características de saúde da população brasileira, através de pesquisa suplementar da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD.	1981, 1986, 1998, 2003 e 2008	Até 2003, cobre todo o país, exceto a área rural da região Norte. A partir de 2004 cobre todo o território nacional incluindo o estrato rural da região Norte.

\* Em 2006 a PNDS foi realizada por um consorcio de instituições lideradas pelo NEPO/UNICAMP

## 5. PNAD e VIGITEL

As prevalências de diabetes mellitus e hipertensão arterial no Brasil são fornecidas principalmente pelo Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e a prevalência dos fatores de risco são obtidas pelo Vigitel - Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Estes dois inquéritos possuem periodicidade bem definida para a sua realização, sendo o Vigitel anual e a PNAD quinzenal, o que permite o acompanhamento da tendência destes indicadores e fornece subsídios para as políticas e os programas do governo voltados para a prevenção e o tratamento destas morbidades.

Como um levantamento estatístico que integra o Programa Nacional de Pesquisas Contínuas por Amostra de Domicílios da Fundação IBGE, a PNAD vem sendo aprimorada para possibilitar um maior controle das fases operacionais e uma significativa redução do tempo de execução e dos custos, sua aplicação permite ampliação e o aprofundamento dos temas captados pelos levantamentos que investigam toda a população. Considerando a impossibilidade de investigar continuamente todos os temas de interesse, a PNAD foi estruturada para ter uma pesquisa básica, pesquisas suplementares e pesquisas especiais. A pesquisa básica investiga, de forma contínua, os temas definidos como de maior importância para medir e acompanhar o nível socioeconômico da população: habitação e mão-de-obra, além de características demográficas e educacionais. As pesquisas suplementares aprofundam os temas permanentes e investigam outros assuntos de interesse que se interliguem com os da pesquisa básica. As pesquisas especiais abordam assuntos de maior complexidade, que exigem tratamento à parte da pesquisa básica, podendo até requerer um esquema de amostragem distinto (IBGE, 2012). O Suplemento Saúde é uma das pesquisas suplementares da PNAD.

O Vigitel tem como objetivo monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, por meio de entrevistas telefônicas realizadas em amostras probabilísticas da população

adulta residente em domicílios servidos por linhas fixas de telefone em cada cidade. O NUPENS da USP desenvolveu e testou em 2003, na cidade de São Paulo, um sistema de monitoramento de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis por entrevistas telefônicas. Em 2005, o sistema foi testado em Belém, Salvador, Florianópolis e Goiânia, além de São Paulo, contando com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

A partir de 2006, teve início o Vigitel, sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, com amostras em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal.

## **6. AS PERGUNTAS SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS UTILIZADAS EM INQUÉRITOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Dado que no Brasil as estimativas de prevalência de doenças crônicas são obtidas a partir de inquéritos, a forma como as perguntas são elaboradas podem interferir nas estimativas e estão diretamente relacionadas com o que se deseja medir. Objetiva-se neste estudo fazer uma revisão das questões utilizadas em alguns inquéritos em saúde no Brasil para estimar a prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Ao observar as perguntas sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus estruturadas pela PNAD, podemos identificar uma mudança na pergunta a partir do ano de 2003. Dado o caráter de monitoramento que possuem os indicadores extraídos do Suplemento Saúde da PNAD, devido a sua periodicidade, mudanças sutis na forma como a pergunta foi elaborada de uma edição para outra, podem ocasionar impacto no monitoramento dos dados coletados, embora estas mudanças, geralmente, possibilitam que sejam captadas informações desejadas com maior qualidade e clareza.

Também foi objetivo deste estudo, fazer uma análise descritiva das prevalências de hipertensão arterial e diabetes mellitus para o Brasil, estimadas

pela PNAD nos anos de 1998 a 2008 e para o VIGITEL, entre os anos de 2006 a 2010.

## **7. OBJETIVOS**

### **7.1 Objetivo Geral**

Fazer uma revisão sobre os inquéritos de saúde realizados no Brasil, que investigam questões sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

### **7.2 Objetivos Específicos**

Realizar revisão dos artigos científicos que analisam as prevalências de hipertensão arterial e do diabetes mellitus e das perguntas utilizadas para obtenção das mesmas;

Descrever as estimativas de prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus fornecidas pela PNAD, principalmente entre os anos de 1998 e 2003 e avaliar as mudanças na forma de perguntar;

Avaliar as estimativas de prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus fornecidas pelo Vigitel, entre 2006 e 2010.

## **8. JUSTIFICATIVA**

A relevância dos inquéritos em saúde para fornecimento de informações de qualidade para o desenvolvimento de políticas públicas, bem como o conhecimento e o monitoramento das prevalências das doenças crônicas no Brasil.

## 9. MÉTODOS

Na primeira parte deste estudo foi feita uma busca com os seguintes filtros nas bases de dados Scielo, Pubmed, Lilacs, utilizando os termos "inquérito em saúde", "Brasil", "diabetes", "hipertensão" e "prevalência". Do montante de títulos encontrados (total 44 títulos), filtramos 19 publicações sobre inquéritos em saúde para uma minuciosa análise das questões mais relevantes sobre o trabalho que são: estar discriminado metodologicamente como os dados foram coletados para chegar aos resultados da pesquisa e se as prevalências também estavam disponíveis para podermos fazer a análise de forma mais completa.

Após este primeiro diagnóstico de material encontrado, decidimos trabalhar com 9 artigos que apresentavam as questões buscadas de forma mais ampla e que possibilitassem uma análise descritiva das publicações selecionadas. Com as pesquisas pré-estabelecidas montamos um quadro (quadro 2) onde fixamos o nome do inquérito, a população da amostra, a forma de perguntar sobre hipertensão e diabetes, a prevalência encontrada e os fatores de risco associados.

Com base na ideia de comparação da forma de perguntar sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus nos inquéritos de saúde, foram avaliados questionários de dois inquéritos de âmbito nacional em saúde e que permitem o monitoramento de indicadores. Sendo assim, utilizamos os questionários do suplemento saúde da PNAD, (anos 1998, 2003 e 2008) e o questionário do Vigitel, anos (2006-2010).

Esses dois inquéritos foram selecionados para análise pelo valor que os dados gerados têm para a compreensão dos agravos de saúde, assim como, pelo fato da PNAD ser um inquérito de realização periódica, podemos verificar se há indícios de que a mudança nas perguntas sobre essas morbidades no decorrer do tempo afetaram de alguma forma o monitoramento destes indicadores e o Vigitel está presente neste contexto, por ser um inquérito cujo objetivo principal é o monitoramento e a vigilância de indicadores relacionados

às doenças crônicas e não-transmissíveis e por englobar entrevistas com a população nas capitais dos 27 estados do Brasil.

O trabalho apresentará as prevalências da hipertensão arterial e diabetes mellitus no Brasil, estimadas pela PNAD e pelo Vigitel. A PNAD fornece estimativas para os anos de 1998, 2003 e 2008, e o Vigitel possui estimativas anuais a partir de 2006.

Em relação a PNAD, a pergunta do questionário que é aplicado no ano de 1998 sobre hipertensão arterial era “Tem hipertensão (pressão alta)?”, em 2003 a pergunta enfoca o diagnóstico de um médico ou profissional de saúde e muda para “Algum médico ou profissional de saúde já disse que o(a) sr(a) tem hipertensão (pressão alta)?” e em 2008 a pergunta se mantém no mesmo formato de 2003. A questão sobre diabetes também segue o mesmo padrão da hipertensão no questionário da PNAD nos anos de 1998, 2003 e 2008.

## **10 RESULTADOS**

### **10.1 Uma revisão sobre a forma de perguntar sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus nos inquéritos em saúde**

Através de uma busca de artigos científicos sobre inquéritos de saúde de grande importância no contexto regional e nacional realizamos uma análise de como cada inquérito pergunta sobre as doenças cardiovasculares em questão - neste caso a hipertensão arterial e o diabetes mellitus - A pesquisa teve como base para busca os termos relacionados com prevalências dessas doenças, bem como a existência de artigo com a descrição da coleta de dados, principalmente no que diz respeito a forma como cada inquérito se refere sobre as perguntas. Foram analisadas as diferentes populações estudadas em cada pesquisa, faixa etária, método utilizado para coleta de dados, população alvo e fatores de risco.

Ao identificar os inquéritos de interesse, a leitura foi focada no caráter metodológico de cada pesquisa, pois assim podemos observar em quantas delas os resultados dos dados vinham de respostas auto referidas pelos participantes do estudo, seja por pergunta que inclui diagnóstico realizado por médico ou profissional de saúde, através de medida padrão previamente elaborada, como por exemplo, medida através de instrumento próprio para medição da pressão arterial e de exame de sangue para verificação de taxa pré-estabelecida padronizada através de estudos de referência nessas medidas. Em alguns casos a classificação do participante como portador de hipertensão ou diabetes era realizado através de análise dos medicamentos que cada indivíduo usa.

As publicações científicas aqui estudadas geralmente relacionavam as prevalências destas doenças a alguns fatores de risco. Comportamentos considerados na literatura como conduta de risco (alimentação rica em sal, obesidade e sedentarismo) são frequentemente pesquisados pelos inquéritos em saúde aqui destacados. No quadro 2 estão apresentados alguns dos inquéritos pesquisados nesta revisão e o detalhamento de cada pesquisa.

Ao analisarmos os inquéritos relacionados na tabela 2 podemos perceber que nem todos os estudos deixavam claros a pergunta que era realizada no questionário e sim se era considerado portador das doenças pesquisadas pela resposta auto-referida, uso de medicamento para controle da diabetes e/ou hipertensão ou ainda em alguns casos a medida da pressão sistólica e diastólica e medição da glicemia através de exame de sangue, esses parâmetros eram usados para considerar o indivíduo portador da enfermidade através de valores de referência internacionais para essas doenças crônicas (a saber, Hipertensão Arterial - 140x90mmHg - e Diabetes Mellitus - Glicemia de jejum  $\geq 126$ mg/dl).

Outro fator relevante que podemos observar é que essas doenças são acometidas em sua maioria na população idosa (entende-se  $\geq 60$  anos de idade) e que a maior parte dos estudos analisam principalmente esta população.

As prevalências são apresentadas em todos os inquéritos em forma de porcentagem e alguns estudos apresentam valores estimados somente para uma das doenças pesquisadas, apesar da relação entre elas estar presente em todas pesquisas, nem sempre as prevalências são estimadas. Os fatores de risco associados são principalmente obesidade, hereditariedade, má alimentação, não prática de exercício físico regular e tabagismos. Porém fica claro que em todos os inquéritos a obesidade é citada como um dos principais fatores de risco para o acometimento das doenças cardiovasculares em geral, principalmente hipertensão arterial e diabetes mellitus.

A prevalência de hipertensão arterial auto-referida variou entre 23% (Mion Jr. et al, 2010) a 27% (Souza et al, 2003) na população de 18 anos e mais, porém os anos estudados e as perguntas utilizadas foram diferentes. Na população de 60 anos ou mais a variação foi entre 42,7% (Pelegri et al, 2011) e 53% (Lebrão & Laurenti, 2005).

Apenas um estudo, o Projeto Bambuí, realizou a medida de pressão arterial e comparou as estimativas de prevalência auto-referida com a prevalência estimada a partir da aferição de pressão. Apesar da diferença de



quase 4% entre estas duas medidas, as mesmas não apresentam diferenças significativas, pois os intervalos de confiança se cruzam (Souza et al, 2003).

Em relação ao diabetes, a prevalência entre idosos (60 anos ou mais) variou entre 10,5% (Almeida et al, 1999) e 17,9% (Lebrão & Laurenti, 2005).

As perguntas realizadas variaram de estudo para estudo. Somente a PNAD (2003 e 2008) e o Projeto Bambuí compartilharam a mesma pergunta, que inclui diagnóstico por médico ou profissional de saúde.

Mion e colaboradores (2010) utilizaram quatro perguntas e consideraram como caso de hipertensão todos os indivíduos que responderam positivamente a pelo menos uma das quatro questões. Já o estudo SABE (Lebrão & Laurenti, 2005) considerou diagnóstico dado por médico ou enfermeiro.

Inquéritos em saúde nos Estados Unidos e na Inglaterra também fazem perguntas auto referidas para obtenção das prevalências de hipertensão arterial e diabetes mellitus, no inquérito norte americano National Health Interview Survey (NHIS) realizado em 2012, a pergunta sobre essas doenças crônicas são iguais as da PNAD realizadas a partir do ano de 2003 (*“Algum médico ou profissional de saúde já disse que o(a) sr(a) tem hipertensão (pressão alta)/diabetes?”*). No inquérito inglês Health Survey for England, de 2009, a pergunta sobre essas doenças crônicas seguem um padrão diferente da citada acima, pergunta-se *“Você teve ou tem hipertensão/diabetes?”* e *“Algum médico lhe disse que você tem hipertensão/diabetes?”*. Neste inquérito, considera como resposta positiva para essas doenças a resposta sim para qualquer uma das duas perguntas realizadas. É importante ressaltar que tanto no inquérito dos Estados Unidos quanto o realizado na Inglaterra, as perguntas auto referidas são uma das medidas realizadas para obtenção de informação de diagnóstico dessas doenças crônicas. Em conjunto com a pergunta do questionário também são realizadas medidas biológicas para obtenção de diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus nos participantes dessas pesquisas, essa característica difere dos inquéritos populacionais no Brasil que em sua grande maioria apresentam apenas as medidas auto referidas.

Nos países de alta renda, desde a década de 1960, os inquéritos populacionais são instrumentos utilizados para a formulação e avaliação das políticas públicas. Existem vários exemplos internacionais de inquéritos de fatores de risco, morbidade, medidas bioquímicas dentre outros (MALTA, p. 161, 2008).

A pergunta utilizada pelo VIGITEL foi "Algum médico já lhe disse que o Sr.(a) tem ...?", que especifica o diagnóstico dado por um médico, mas não usa o termo "diagnóstico" no texto da pergunta.

De fato, não é possível saber o quanto a forma de perguntar afeta a estimativa de prevalência, pois os estudos são em populações distintas e, em alguns casos, usam métodos completamente diferentes, como são o caso do VIGITEL e do estudo de Mion e colaboradores (2010) que utilizaram contato telefônico para realizar as entrevistas.

**Quadro 2:** Análise na forma de perguntar sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus nos inquéritos em saúde

Id	Inquérito	População	Pergunta	Faixa Etária	Prevalência	Fatores de Risco Associados
1	Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo (LEBRÃO; LAURENTI, 2005)	Idosos de 60 anos ou mais na área urbana do Município de São Paulo  n = 2143	* “Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr(a) tem pressão sanguínea alta, quer dizer, hipertensão?”	60 anos +	Hipertensão  53,3%	Sobrepeso e Obesidade, combinação da pressão sistólica e diastólica elevadas.
			* “Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr(a) tem diabetes, quer dizer, níveis altos de açúcar no sangue?”	60 anos +	Diabetes 17,9%	Sobrepeso e Obesidade
2	Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas (ZAITUNE et al., 2006)	Idosos de 60 anos ou mais residentes na área urbana do Município de Campinas, São Paulo  n = 426	Presença de hipertensão arterial referida (ser ou não hipertenso)  * Não apresenta a pergunta na publicação	60 anos +	Hipertensão 51,8%	Hereditariedade, obesidade e tabagismo.
3	Validade de hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí) (SOUZA, et al., 2003)	Moradores da cidade de Bambuí, Estado de Minas Gerais, com 18 anos ou mais  n = 970	“Algum médico ou profissional de saúde já disse que você tinha pressão alta ou hipertensão arterial?”	18 anos +	Hipertensão  Auto referida 27,2% (24,4-30,1)	Sedentarismo, tabagismo e uso exagerado de álcool.
					Medida PA 23,3% (20,7-26,1)	

4	<p><b>Hipertensão arterial na cidade de São Paulo: prevalência referida por contato telefônico (MION JR. et al, 2010)</b></p>	<p>Moradores maiores de 18 anos residentes na cidade de São Paulo (pesquisa realizada por contato telefônico)</p> <p><b>n = 613</b></p>	<p>"O Sr/Sra tem ou já teve problema de pressão alta?"</p> <p>"Algum profissional da área da saúde já disse que você tem problema de pressão?"</p> <p>"Você toma algum remédio para tratar pressão alta?"</p> <p>"Faz acompanhamento em serviço de saúde para tratar a pressão alta?"</p> <p>*Considerou hipertensão a resposta positiva em qualquer uma das questões</p>	18 anos +	<p>Hipertensão</p> <p>23,0%</p>	Sedentarismo, tabagismo e Hereditariedade
5	<p><b>Perfil epidemiológico do diabetes mellitus auto-referido em uma zona urbana de Juiz de Fora, Minas Gerais (ALMEIDA et al., 199)</b></p>	<p>Zona urbana de Juiz de Fora (prioritariamente zonas leste, oeste e norte)</p> <p><b>n = 50826</b></p>	<p>Pergunta auto-referida sobre diabetes e hipertensão, e diagnosticada por médicos</p>	18 anos +	<p>Diabetes</p> <p>2,2%</p>	Boa infraestrutura sanitária. Menor prevalência de de doenças infecciosas e maior de doenças crônicas degenerativas
60 anos +	<p>Diabetes</p> <p>10,5%</p>					

6	Diabetes mellitus auto-referido e sua associação com excesso de peso em idosos (PELEGRINI et al, 2011)	Idosos do município de Florianópolis, Santa Catarina  n = 875	Pergunta auto-referida sobre diabetes *Os participantes foram indagados pelos entrevistadores se eram portadores da doença	Hipertensão 60 anos +	42,7% (Não apresenta intervalo de confiança)	Obesidade, falta da prática de exercícios físicos e hábitos de alimentação não saudáveis
				Diabetes 60 anos +	13,5% (11,4-15,9)	
7	Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde (THEME FILHA; SZWARCOWALD; SOUZA JUNIOR, 2008)	Brasil  n= 5.000	“Alguma vez o Sr. Já teve o diagnóstico de diabetes?”	18-29	Diabetes 1,4%	—
				30-49	Diabetes 3,9%	
				50+	Diabetes 15,3%	
				18+	Diabetes 6,2%	
8	Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008 (BARROS, et al., 2011)	Brasil  n= 391.868	“Algum médico ou profissional de saúde já disse que o(a) sr(a) tem hipertensão (pressão alta)?”	0+	Hipertensão 2003 -11,8% 2008 - 14,0%	—
9	Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006 (SCHMIDT et al, 2009)	Capitais de todas as Unidades da Federação  n= 54.369	“Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem pressão alta?”	18+	Diabetes 5,3% (5,1-5,5)	Estado nutricional
			“Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem diabetes?”	18+	Hipertensão 21,6% (21,3-22,0)	

## **10.2 Prevalências de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na PNAD e no VIGITEL**

Para fins de construção das tabelas a seguir elaboramos análise no banco de dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) e Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Vigitel). Os anos observados foram os mesmos descritos anteriormente no presente trabalho 1998, 2003 e 2008 – PNAD e 2006-2010 – Vigitel.

As tabelas 3 e 4 apresentam as prevalências de hipertensão arterial e diabetes mellitus respectivamente. A análise foi realizada no banco de dados da PNAD para os anos de 1998, 2003 e 2008.

Podemos observar na tabela 3 que a prevalência de hipertensão arterial aumenta de acordo com a faixa etária dos participantes do estudo, isso se justifica principalmente por se tratar de uma doença que se torna mais frequente com o envelhecimento. A prevalência variou de 16,5% para 19,9% durante o período analisado (1998-2008), porém a mudança na forma de perguntar sobre a doença parece não alterar de modo relevante a tendência destas prevalências, pois o crescimento no período 1998-2003 parece semelhante ao crescimento no período 2003-2008.

Na tabela 4 também verificamos aumento do relato de diabetes mellitus de acordo com o aumento da faixa etária dos respondentes do inquérito. O diagnóstico da doença tem um pequeno aumento do ano de 1998 para o ano de 2003, passa de 3,1% para 3,8% e em 2008 esse número aumenta para 5,1%.

**Tabela 1:** Prevalência de Hipertensão Arterial segundo faixa etária. Brasil, 1998-2008

Faixa etária	Pnad		
	1998	2003	2008
18-29	3,2	3,1	2,9
30-39	8,7	8,9	8,9
40-49	19,2	19,6	19,3
50-59	32,2	34,8	35,5
60-69	42,4	46,2	50,5
70+	45,9	51,9	56,8
<b>Total</b>	<b>16,5</b>	<b>18,0</b>	<b>19,9</b>

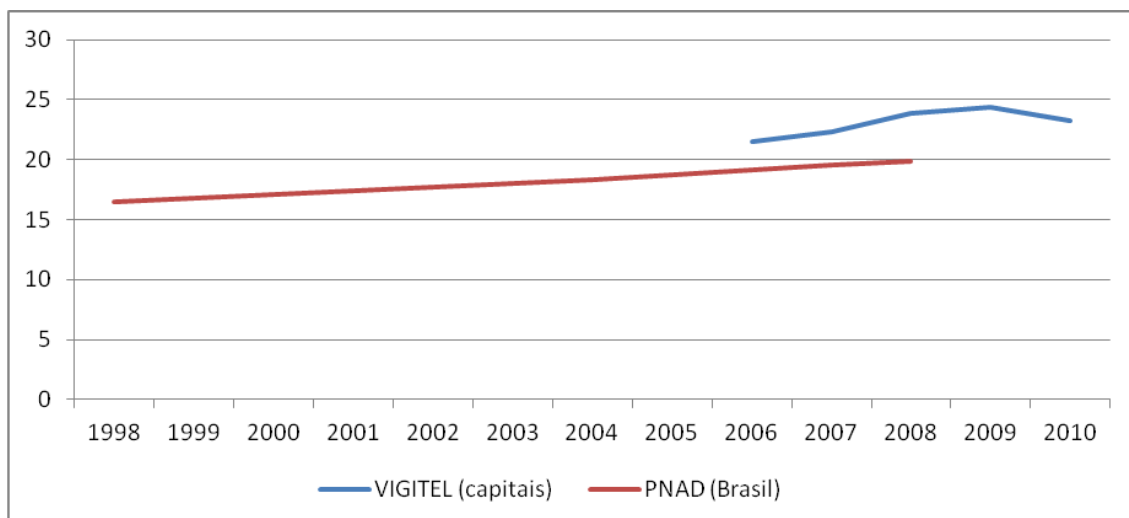
**Tabela 2:** Prevalência de Diabetes Mellitus segundo faixa etária. Brasil, 1998-2008

Faixa etária	Pnad		
	1998	2003	2008
18-29	0,3	0,4	0,5
30-39	0,9	1,2	1,4
40-49	3,0	3,3	4,0
50-59	6,5	7,7	9,2
60-69	9,5	12,2	15,3
70+	11,4	13,9	16,9
<b>Total</b>	<b>3,1</b>	<b>3,8</b>	<b>5,1</b>

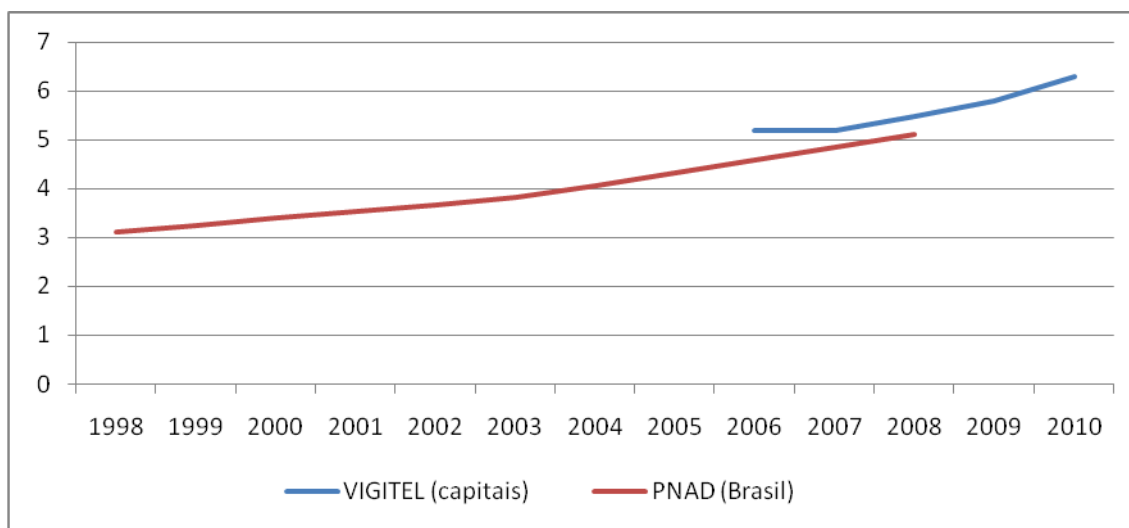
**Tabela 3:** Prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para as capitais do Brasil, estimada pelo VIGITEL. Brasil, 2006-2008

	2006	2007	2008	2009	2010
Hipertensão arterial	21,5	22,3	23,9	24,4	23,3
Diabetes Mellitus	5,2	5,2	5,5	5,8	6,3

**Figura 1:** Tendência da prevalência de Hipertensão Arterial estimadas pela PNAD e pelo VIGITEL. Brasil, 1998-2010



**Figura 2:** Tendência da prevalência de Diabetes Mellitus estimadas pela PNAD e pelo VIGITEL. Brasil, 1998-2010



A prevalência de diabetes mellitus estimada com dados do Vigitel apresenta uma leve tendência de crescimento, variando de 5,2% em 2006 para 6,3% em 2010, porém, vale ressaltar que não é objetivo deste estudo testar hipóteses estatísticas para estas tendências (Tabela 3). Em relação a



hipertensão, as estimativas apresentam crescimento até 2009, porém sofrem um pequeno decréscimo em 2010 (Tabela 3).

Ao compararmos as estimativas da PNAD com o Vigitel, percebe-se que ambas seguem tendências semelhantes de crescimento, porém as estimativas do Vigitel são sistematicamente maiores que as da PNAD (Figuras 1 e 2). Isto já era de se esperar, tendo em vista que estes inquéritos possuem diferentes populações alvo, pois as estimativas da PNAD são representativas do Brasil e as estimativas do Vigitel representam o total das capitais. Outra característica que pode influenciar nesta diferença entre as estimativas é que o vigitel, por ser realizado através de entrevistas telefônicas (telefonia fixa), tende a cobrir uma população com melhores condições financeiras e, por sua vez, com maior acesso ao diagnóstico, embora este viés seja reduzido com calibração realizada pelos pesquisadores, que utiliza dados dos censos demográficos para aproximar os resultados da população coberta por telefonia fixa da população geral.

Mas, apesar das diferenças, no que diz respeito ao monitoramento e a vigilância epidemiológica destas pesquisas, ambas parecem cumprir muito bem este papel e atualizam cada vez mais sobre o aumento de casos de hipertensão e diabetes auto referidas.

## **11. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste trabalho reunimos vários inquéritos nacionais com intuito de identificar pesquisas de grande importância para a saúde no Brasil e levantar a questão da falta de comunicação entre as informações contidas em cada inquérito e principalmente da falta de um local único onde esses inquéritos pudessem ser localizados. Atualmente as pesquisas em saúde, desde o desenvolvimento até a apresentação dos dados, estão fragmentadas, não possibilitando uma busca rápida e completa sobre os dados dos inquéritos. Corroborando essas informações, Viacava, Dachs e Travassos afirmam que,

Além de um número crescente de inquéritos que coletaram algum tipo de informação sobre saúde no nível nacional, o País ainda não dispõe de um sistema nacional de informações estruturado no sentido de um sistema articulado, com bases de dados que se comuniquem e com responsabilidades definidas quanto à coleta, análise e disseminação das informações (p.864, 2006).

Para a maior completude dos inquéritos nacionais de saúde é extremamente necessário um repositório para organização do conhecimento adquirido. Isso se faz importante para que se conheça o que já foi realizado, evitando possíveis análises repetidas e para servir de base para a estruturação de novas pesquisas. Um repositório único com as informações dos inquéritos viabiliza que os mesmos critérios sejam usados na elaboração das pesquisas, bem como os questionários utilizados, a metodologia e a análise dos resultados sejam feitas de forma uniforme, mantendo um padrão de qualidade nos inquéritos. Uma base de dados específica acrescenta as informações coletadas para a análise de pesquisadores em estudos futuros, organização e qualidade das informações e divulgação de forma equitativa dos dados populacionais.

Grandes inquéritos populacionais como a PNAD e o Vigitel apresentam resultados que servem de base para a criação e implementação de políticas públicas desenvolvidas pelo ministério da saúde. Apesar da metodologia dessas pesquisas serem diferentes os dados encontrados são semelhantes, resultados esses analisados em hipertensão arterial e diabetes mellitus. A coleta de dados da PNAD é realizada no domicílio do participante em capitais e municípios, já o Vigitel coleta informações via telefone fixo de indivíduos das capitais da federação. Comprovando a importância desses inquéritos temos a criação do sistema Sishiperdia que monitora pessoas portadoras de hipertensão e diabetes. Esse sistema possibilita um acompanhamento mais detalhado das informações sobre os portadores dessas doenças. O diagnóstico que um sistema deste porte era necessário para acompanhamento dessas morbidades no cenário brasileiro se deu em grande parte pelo crescente número de casos dessas morbidades, casos esses que foram em grande parte filtrados e conhecidos detalhadamente através de inquéritos representativos no contexto da saúde como PNAD e Vigitel.

Além do monitoramento da saúde dos portadores de hipertensão e diabetes, as informações dos inquéritos em saúde possibilitam programas e ações do Ministério que focam não só no tratamento mais também na prevenção dessas morbidades. Medidas de incentivo a prática de como

prevenir essas doenças como atividade física regular e alimentação saudável são medidas que podem diminuir consideravelmente o índice de mortalidades e internações por agravos que são provenientes dessas doenças crônicas. Deste modo, entendemos que essas medidas implementadas em grande parte após os resultados desses grandes inquéritos, são essenciais tanto para o bem estar da população em geral como também para o impacto financeiro que as internações e agravos geram para os serviços de saúde. Essas medidas de prevenção são prioridades nacionais, sendo assim,

O Ministério da Saúde vem adotando várias estratégias e ações para reduzir o ônus das doenças cardiovasculares na população brasileira como as medidas anti-tabágicas, as políticas de alimentação e nutrição e de promoção da saúde com ênfase na escola e, ainda, as ações de atenção à hipertensão e ao diabetes com garantia de medicamentos básicos na rede pública, protocolos e capacitação de profissionais de forma presencial e à distância, etc (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O presente trabalho propõe uma reunião dos dados em pesquisa para a compreensão articulada da pesquisa como processo sistemático de produção de conhecimento e como componente central e indispensável de melhorias da saúde. Deste modo, proporcionando de forma centralizada informações sobre novos conhecimentos de fatores globais que influenciam a saúde, novos conhecimentos sobre os contextos locais, condições e prioridades de saúde e diante deste contexto estrutural, compreender como usar da melhor forma a pesquisa, não apenas para melhoria na saúde, mas também para o desenvolvimento social e econômico de forma igualitária. Ao reunir esses dados, os resultados das pesquisas em saúde podem ser avaliados de forma mais completa pelos tomadores de opiniões para a criação e complementação de políticas públicas. Ao entendermos a importância que os inquéritos apresentam para a saúde, acreditamos que um repositório único para armazenamento dessas pesquisas seria de total relevância, pois possibilitaria que as informações já anteriormente coletadas fossem usadas como parâmetros para a criação e desenvolvimento de futuras pesquisas. Hoje as informações sobre os inquéritos em saúde estão fragmentadas e a busca por grandes inquéritos exige um levantamento em várias bases de dados. Ao sugerir um repositório único para as pesquisas já realizadas, acreditamos que o

trabalho de elaboração de questionários e métodos de coleta de dados se torna mais curto e baseado em experiências compartilhadas. Esse cenário agrega valor ao atual e torna pouco provável realização de estudos muito semelhantes e com os mesmos objetivos, pois essas informações estariam disponíveis para acesso de forma simples e estruturada.

Uma hipótese deste trabalho é que a mudança na forma de perguntar sobre hipertensão e diabetes poderia dificultar o monitoramento de indicadores extraídos da análise de dados de inquéritos em saúde. Ao analisar as prevalências encontradas dessas doenças em anos que a PNAD apresenta mudanças na forma de perguntar, as prevalências encontradas parecem não afetar a tendência, embora esta hipótese não possa ser confirmada pelo presente estudo. Percebemos que a ideia inicial que a mudança da pergunta de ser hipertenso/diabético para ter um diagnóstico dessas morbidades não foi concreta. Acreditamos que isso pode ocorrer pelo fato de a pergunta mudar, mas incluir além de diagnóstico feito por médico, também o feito por profissional de saúde, que principalmente no caso da hipertensão arterial é realizado por vários profissionais que nem sempre são realmente profissionais de saúde. Ao levantar publicações sobre as pesquisas realizadas no Brasil pudemos observar de forma geral as perguntas referentes a hipertensão e diabetes são parecidas, mas nem sempre são feitas da mesma forma. Sendo assim, a construção de um repositório único para as pesquisas proporcionaria uma padronização dessas perguntas de forma a garantir que as diferenças entre os resultados dos inquéritos seriam voltados para outras partes da pesquisa que não a falta de padronização ao perguntar sobre a mesma doença.

Os inquéritos de saúde são importantes na produção de informações relevantes que sensibilizem os gestores na implementação de políticas públicas que atendam as necessidades da população, os inquéritos aparecem como fornecedores de dados da realidade brasileira. A informação científica através de evidências possibilita uma qualidade de vida para a população em geral, diminuindo as iniquidades sociais tão presentes no Brasil. Hábitos de vida mais saudáveis são estimulados e a prevenção de fatores de risco e

morbidade influenciam diretamente na saúde da população, de acordo com Malta et al,

Uma dimensão importante dos inquéritos refere-se à possibilidade de correlacionar os agravos e problemas de saúde com as condições sócio-ambientais e mesmo com a percepção do estado de saúde pelos indivíduos, permitindo a descrição e quantificação das iniquidades em saúde, tanto relacionadas à ocorrência de doenças quanto à exposição a riscos (p. 160, 2008).

De acordo com a realização de inquéritos de grande impacto para as questões de saúde no Brasil, como PNAD e Vigitel observamos a elaboração de políticas públicas no país. Neste momento vamos apresentar uma linha do tempo do ano de 1998 à 2008 que mostra de forma clara a elaboração destas políticas. Os anos mencionados acima estão de acordo com os escolhidos para análise dos inquéritos deste trabalho e pelo fato de serem os anos que compreendem os programas que tiveram origem pela divulgação dos dados realizados anteriormente. Identificamos através da literatura que os resultados mostrados nos grandes inquéritos nacionais em saúde exercem papel fundamental no desenvolvimento de políticas públicas elaboradas pelo Ministério da Saúde. Como afirma Travassos, Viacava e Laguardia,

A geração de informação de base populacional e de âmbito nacional é essencial ao processo de planejamento e ao acompanhamento pela sociedade do cumprimento dos princípios constitucionais da saúde, como direito ao acesso integral e igualitário aos serviços de saúde. Dessa forma, a realização periódica de inquéritos domiciliares sobre saúde e consumo de serviços de saúde constitui um segmento importante da política de geração regular de informação domiciliar de base populacional do Ministério da Saúde (TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; LAGUARDIA, J., 2008, p. 111).

Segundo o Vigitel- Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por intermédio de entrevistas telefônicas implantado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, na população brasileira na faixa de idade igual ou maior de 18 anos, a prevalência de pessoas que auto referiram serem portadores de diabetes para o conjunto de municípios foi de 5,2%; a de hipertensão foi de 23,1%. Segundo dados da PNAD, entre as doenças crônicas (identificadas por algum médico ou profissional de saúde) mais informadas

estão hipertensão 14,0% e diabetes 3,6%. Na população com 35 anos ou mais, 8,1% das pessoas tinham diabetes.

Ao observarmos as ações do Ministério voltadas para as doenças crônicas como hipertensão arterial e o diabetes mellitus podemos entender que os inquéritos em saúde de base populacional subsidiaram essas ações no decorrer dos anos da apresentação dos resultados das pesquisas. A partir do ano de 1998, o primeiro de investigação deste trabalho, os programas voltados para o tratamento de prevenção destas doenças crônicas foram largamente distribuídos por meio de intervenções diretas na população em forma de campanhas do largo alcance nacional. Essas morbidades passaram a ter ampla visibilidade no calendário de prioridades do Ministério, bem como espaço divulgação e visibilidade pelos meios de comunicação.

Na criação e desenvolvimento dos programas citados identificamos claramente a relevância informacional dos dados coletados nos inquéritos PNAD e Vigitel pela importância dos dados colhidos nestas pesquisas e pelo quantitativo que as mesmas englobam. Como exemplo deste contexto, o programa do governo federal SISHiperdia deixa visível em sua concepção a base para a necessidade de sua criação ao apresentar dados do Vigitel,

Segundo o Vigitel - Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por intermédio de entrevistas telefônicas implantado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde e realizado em 2008, na população brasileira na faixa de idade igual ou maior de 18 anos, a prevalência de pessoas que auto-referiram serem portadores de diabetes para o conjunto de municípios foi de 5,2%; a de hipertensão foi de 23,1%. A partir desses dados, estima-se então haver no Brasil cerca de 7.800.000 de adultos com diabetes e 33.000.000 de adultos com hipertensão, diagnosticados. Esses dados devem servir de parâmetros para cálculo de prevalências em cada unidade da federação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O crescente número de casos diagnosticados de hipertensão e diabetes é o principal fator de ênfase em relação a essas doenças, pois isso impacta diretamente nos recursos financeiros dos cofres públicos. O estímulo para a

população de hábitos de vida saudável é essencial para diminuição desses gastos. A prevenção através de ações de combate a essas morbidades são fundamentais para a realidade brasileira que cada vez mais a expectativa de vida vem aumentando e as doenças crônicas são ainda mais frequentes nas pessoas mais velhas.

Os inquéritos de saúde podem diminuir as distâncias de maneira significativa, pois o mapeamento das necessidades de cada região pode propiciar uma melhora na qualidade de vida da população. As pesquisas de saúde delimitam o perfil de cada área e podem determinar como os recursos podem ser investidos, de modo a direcionar os esforços em saúde para a real necessidade de cada região. Essa delimitação foca as políticas públicas, evitando gastos desnecessários sem êxito para a população. Apesar de sua comprovada importância, estudos em localidades de difícil acesso apresentam um custo para os cofres públicos, tanto de pessoal quanto de deslocamento, mas os frutos colhidos mudam o panorama da saúde de forma significativa.

Por fim, podemos entender os Inquéritos Nacionais em Saúde como instrumento de apoio para desenvolvimento de políticas públicas integradas e articulação de meios institucionais para prática do bem estar social, diminuindo os impasses dos critérios saúde-doença e propiciando meios para a qualidade de vida da população brasileira.

## 12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Alberto A. Larcher de et al. Perfil epidemiológico do diabetes mellitus auto-referido em uma zona urbana de Juiz de Fora, Minas Gerais. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. v. 43, n. 3, p. 199-204, 1999.

BARATA, Rita Barradas. Inquérito nacional de saúde: uma necessidade?. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 870-871, 2006.

BARRETO, Sandhi Maria et al. The increase of diabetes mortality burden among Brazilian adults. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**. v. 22, n. 4, p. 239-245, 2007.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo, et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16, n. 9, p. 3755-3768, 2011.

BUSS, Andréa Sória; SILVA, Luciano Muller Correa da. Estudo comparativo entre dois questionários de qualidade de vida em pacientes com DPOC. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v. 35, n. 4, p. 318-324, 2009.

CHRISTOFOLETTI, Rogério; MOTTA, Luiz Gonzaga. **Observatórios de mídia: olhares da cidadania**. São Paulo: Paulus, 2008.

FERREIRA, Sandra Roberta Gouvêa et al. Frequência de pressão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 43 (supl. 2), p. 98-106, 2009.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/default.shtm>>. Acesso em: 22 de mar. 2011.

JARDIM, José Maria; SILVA, Sérgio Conde de Albite; NHARRELUGA, Rafael Simone. Análise de políticas pública: uma abordagem em direção às políticas públicas de informação. **Perspectivas em Ciência da Informação**.v. 14, n. 1, p. 2-22, 2009.

LEBRÃO, Maria Lúcia; LAURENTI, Rui. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

LEITE, Lúri da Costa, et al. Comparação das informações sobre as prevalências de doenças crônicas obtidas pelo suplemento saúde da PNAD/98 e as estimativas pelo estudo Carga de Doenças no Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**. v. 7, n. 4, p. 733-741, 2002.



LIMA-COSTA, Maria Fernanda; PEIXOTO, Sérgio Viana; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). **Revista de Saúde Pública**. v. 38, n. 5, p. 637-642, 2004.

MALTA, DC; LEAL, MC; COSTA, MFL; NETO, OLM. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Revista Brasileira Epidemiologia**. n. 11(supl 1), p. 159-167, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação do plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de atenção básica sobre Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de atenção básica sobre Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Saúde**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>>. Acesso em: 10 de set. de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SISHIPERDIA**. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 03 de fev. 2012.

MION JR, D., G, PIERIN, A.M. G., GUIMARÃES, A. Tratamento da hipertensão arterial: respostas de médicos brasileiros a um inquérito. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 47, n. 3, p. 249-254, 2001.

MION JR, Décio et al. Hipertensão arterial na cidade de São Paulo: prevalência referida por contato telefônico. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 95, n.1, p. 99-106, 2010.

MORAES, IH. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

MOREL, Carlos M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 9, n. 2, p. 261-270, 2004.

OLIVEIRA, Andreia Ferreira de. **Carga Global de Doença no Brasil: o papel de fatores de risco como o tabagismo e o excesso de peso**. Orientador: Joaquim Gonçalves Valente. Tese apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. Mídia, controle público e cidadania. In: SANTOS, Adriana. **Caderno mídia e saúde pública**: comunicação em saúde pela paz. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007. v. 2.

PASSOS, Valéria Maria de Azevedo; ASSIS, Tiago Duarte; BARRETO, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PASSOS, Valéria Maria de Azevedo et al. Type 2 diabetes: prevalence and associated factors in a Brazilian community – the Bambuí health and aging study. **São Paulo Medical Journal**. v. 123, n. 2, p. 66-71, 2005.

PELEGRINI, Andreia et al. Diabetes mellitus auto-referido e sua associação com excesso de peso em idosos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. v. 13, n. 6, p. 442-447, 2011.

PINHEIRO, Rejane Sobrinho et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

SENAL, Roseni Rosângela de; SILVA, Kênia Lara. Políticas e práticas de saúde rumo à equidade. **Revista da Escola de Enfermagem**. v. 41, p. 771-776, 2007.

SELEM, Soraya Santa'Ana de Castro et al. Validade da hipertensão autorreferida associa-se inversamente com escolaridade de brasileiros. **Arq. Bras. Cardiol**. v. 100, n. 1, p. 52-59, 2013.

SILVA, Antônio Augusto Moura da. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre nascidos vivos em 1997-1998. **Revista Saúde Pública**. v. 35, n. 6, p. 508-514, 2001.

SILVEIRA, Maria Helena. Considerações sobre o sistema de informação no setor saúde. **Revista de Saúde Pública**. v. 8, p. 119-128, 1974.

SOUZA, Luiz J. de et al. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campus, Rio de Janeiro. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. v. 47, n. 6, p. 669-676, 2003.

SZWARCWALD, Célia Landmann; VIACAVA, Francisco. Pesquisa Mundial de Saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial da Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 11, n.1, p. 58-66, 2008.

TRAVASSOS, Claudia; OLIVEIRA, Evangelista X. G. de; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

THEME FILHA, Mariza Miranda; SZWARCOWALD, Célia Landmann; SOUZA JÚNIOR, Paulo Roberto Borges de. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. **Revista Saúde Pública**. v. 42, n. 1, p. 73-81, 2008.

THAINES, Geovana Hagata de Lima Souza et al. Produção, fluxo e análise de dados do Sistema de informação em saúde: um caso exemplar. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 18, n. 3, p. 466-474, 2009.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco; LAGUARDIA, Josué. Os suplementos saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 11, p. 98-112, 2008.

VAZ, Paulo. O sentido das notícias sobre saúde na cultura contemporânea. **ECO-PÓS**. v.10, n.1, p. 107-119, 2007.

VIACAVA, Francisco. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 7, n. 4, p. 607-621, 2002.

VIACAVA, F; DACHS, N; TRAVASSOS, C. Os inquéritos domiciliares e o Sistema Nacional de Informações em Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 11, n. 4, p. 863-869, 2006.

VIACAVA, Francisco; SOUZA-JUNIOR, Paulo Roberto Borges de. Estimativas da cobertura de mamografia segundo inquéritos de saúde no Brasil. **Revista Saúde Pública**. v. 43, p. 117-125, 2009.

VIEGAS-PEREIRA, Ana Paula Franco. Fatores associados à prevalência de diabetes auto-referido entre idosos de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Estudos de População**. v. 25, n. 2, p. 365-376, 2008.

ZAITUNE, Maria Paula do Amaral et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 22, n. 2, p. 285-294, 2006.