

DETERMINANTES SOCIAIS E CARGA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL: IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE PÚBLICA

SOCIAL DETERMINANTS AND THE BURDEN OF NON-COMMUNICABLE DISEASES (NCDS) IN BRAZIL: IMPLICATIONS FOR PUBLIC HEALTH

DETERMINANTES SOCIALES Y LA CARGA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT) EN BRASIL: IMPLICACIONES PARA LA SALUD PÚBLICA

Joseildes Pereira Alves dos Santos¹

Elis Regina de Oliveira Ferreira²

Itamarc dos Santos Fonseca³

Bruno Martins Guimarães⁴

Heluza Monteiro de Oliveira⁵

Willian Pereira Batista⁶

Jayne Vieira Nogueira⁷

Janiélson José de Barros⁸

Marialdo Dias Barroso Mendonça⁹

Ilana Borges de Carvalho¹⁰

Ana Virgínia Sousa de Oliveira¹¹

Kelly Monte Sousa¹²

1

RESUMO: As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem a principal causa de adoecimento e morte no Brasil e respondem por parcela expressiva da mortalidade prematura, distribuindo-se de modo desigual entre os diferentes estratos sociais. Este estudo teve como objetivo analisar como os determinantes sociais influenciam a ocorrência, a distribuição e a carga das DCNT no Brasil, discutindo suas implicações para o planejamento, a gestão e o fortalecimento das políticas públicas de saúde. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com descritores relacionados a determinantes sociais da saúde, doenças não transmissíveis, iniquidades em saúde, saúde pública e Brasil, combinados por operadores booleanos, contemplando publicações dos últimos cinco anos. Após o processo de seleção, compuseram a amostra final doze estudos, com delineamentos diversos. Os achados evidenciaram que escolaridade, renda, raça/cor, gênero, território e condições de

¹ Pós-graduação em Obstetrícia e UTI adultos, UNIFTC.

² Pós-graduação em Docência do Ensino superior e enfermagem, FACUMINAS.

³ Especialização em Gestão Pública, Universidade Estadual do Tocantins.

⁴ Pós-graduação Lato Sensu em Saúde Pública. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia.

⁵ Doutorado em Ciências da Saúde, UFCSPA.

⁶ Especialização em Fisioterapia na UTI Neonatal e Pediátrica, Centro Universitário Uniredentor.

⁷ Pós-graduação em Fisioterapia em UTI Neonatal e Pediátrica, Centro Universitário Redentor.

⁸ Pós-graduação em UTI com ênfase em gestão e controle de infecção hospitalar, UNiFAVIP Wyden.

⁹ Mestrado em Gestão em Saúde, Universidade Estadual do Ceará – UECE.

¹⁰ Graduanda em Farmácia, Universidade Federal do Amazonas – UFAM.

¹¹ Graduanda em Administração, Faculdade Grande Fortaleza – UNIGRANDE.

¹² Mestranda em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.

trabalho atuam como eixos estruturantes da carga de DCNT, produzindo gradientes sociais consistentes na prevalência, na gravidade e na mortalidade dessas doenças. Observou-se que populações mais vulneráveis concentram maior morbimortalidade e enfrentam barreiras adicionais de acesso aos serviços, ao mesmo tempo em que as DCNT impõem custos crescentes ao Sistema Único de Saúde. Conclui-se que o enfrentamento da carga de DCNT exige políticas intersetoriais e sensíveis às iniquidades, capazes de articular promoção da saúde, fortalecimento da atenção primária e atuação sobre as causas sociais do adoecimento.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde. Doenças não Transmissíveis. Iniquidades em Saúde. Saúde Pública. Brasil.

ABSTRACT: Noncommunicable diseases (NCDs) are the leading cause of illness and death in Brazil and account for a substantial share of premature mortality, being unequally distributed across different social strata. This study aimed to analyze how social determinants influence the occurrence, distribution, and burden of NCDs in Brazil, discussing their implications for the planning, management, and strengthening of public health policies. This is an integrative literature review conducted in the PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS, and Virtual Health Library (VHL) databases, using descriptors related to social determinants of health, noncommunicable diseases, health inequities, public health, and Brazil, combined through Boolean operators and covering publications from the last five years. After the selection process, twelve studies with diverse designs composed the final sample. The findings showed that educational attainment, income, race/skin color, gender, territory, and working conditions act as structuring axes of the NCD burden, producing consistent social gradients in the prevalence, severity, and mortality of these diseases. More vulnerable populations were found to concentrate higher morbidity and mortality and to face additional barriers to accessing services, while NCDs impose growing costs on the Unified Health System. It is concluded that addressing the NCD burden requires intersectoral, inequity-sensitive policies capable of articulating health promotion, the strengthening of primary health care, and action on the social causes of illness.

2

Keywords: Social Determinants of Health. Noncommunicable Diseases. Health Inequities. Public Health. Brazil.

RESUMEN: Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen la principal causa de enfermedad y muerte en Brasil y responden por una parte expresiva de la mortalidad prematura, distribuyéndose de manera desigual entre los diferentes estratos sociales. Este estudio tuvo como objetivo analizar cómo los determinantes sociales influyen en la ocurrencia, la distribución y la carga de las ECNT en Brasil, discutiendo sus implicaciones para la planificación, la gestión y el fortalecimiento de las políticas públicas de salud. Se trata de una revisión integradora de la literatura, realizada en las bases PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS y Biblioteca Virtual en Salud (BVS), con descriptores relacionados con determinantes sociales de la salud, enfermedades no transmisibles, inequidades en salud, salud pública y Brasil, combinados mediante operadores booleanos, contemplando publicaciones de los últimos cinco años. Tras el proceso de selección, conformaron la muestra final doce estudios, con diseños diversos. Los hallazgos evidenciaron que la escolaridad, el ingreso, la raza/color, el género, el territorio y las condiciones de trabajo actúan como ejes estructurantes de la carga de ECNT, produciendo gradientes sociales consistentes en la prevalencia, la gravedad y la mortalidad de estas enfermedades. Se observó que las poblaciones más vulnerables concentran mayor morbimortalidad y enfrentan barreras adicionales de acceso a los servicios, al mismo tiempo en que las ECNT imponen costos crecientes al Sistema Único de Salud. Se concluye que el enfrentamiento de la carga de ECNT exige políticas intersectoriales y sensibles a las inequidades, capaces de articular promoción de la salud, fortalecimiento de la atención primaria y actuación sobre las causas sociales de la enfermedad.

Palabras clave: Determinantes Sociales de la Salud. Enfermedades no Transmisibles. Inequidades en Salud. Salud Pública. Brasil.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com destaque para as doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes mellitus e as doenças respiratórias crônicas, se consolidaram como o principal desafio sanitário da sociedade contemporânea. No âmbito global, esse conjunto de agravos responde pela maior parte da mortalidade geral e por elevado número de mortes em idade precoce, atingindo de forma particularmente intensa os países de baixa e média renda, nos quais se sobrepõem a transição demográfica, a transição epidemiológica e profundas desigualdades sociais (Organização Mundial da Saúde, 2025).

No Brasil, esse cenário não é diferente, possuem contornos ainda mais expressivos. As DCNT já correspondem à maior fração dos óbitos registrados no país e, em parcela considerável, atingem indivíduos em idade produtiva, configurando o fenômeno da mortalidade precoce. Em 2019, foram registrados centenas de milhares de óbitos por DCNT, dos quais cerca de dois quintos ocorreram entre 30 e 69 anos de idade, evidenciando que essas doenças não se restringem ao envelhecimento, mas também se manifestam precocemente e de modo socialmente estratificado (Brasil, 2021). Tal perfil impõe sobrecarga sustentada aos serviços assistenciais e às famílias, ao mesmo tempo em que compromete trajetórias de trabalho, renda e qualidade de vida.

A compreensão desse panorama exige ir além da abordagem centrada exclusivamente em fatores de risco individuais e comportamentais. Embora o tabagismo, o consumo abusivo de álcool, a alimentação inadequada e a inatividade física sejam reconhecidas como elementos centrais no surgimento das DCNT. Tais comportamentos não se distribuem aleatoriamente na população, são condicionados por estruturas sociais mais amplas. É justamente nesse ponto que se insere a perspectiva dos determinantes sociais da saúde (DSS), que recoloca as condições de vida, trabalho e inserção social como elementos explicativos fundamentais do processo saúde-doença (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Os determinantes sociais da saúde compreendem as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam essas condições. Sob essa ótica, as iniquidades em saúde, entendidas como diferenças sistemáticas, evitáveis e injustas entre grupos sociais, deixam de ser efeito colateral inevitável e passam a ser tratadas como objeto legítimo de intervenção das políticas públicas (World Health Organization, 2008). No contexto brasileiro, marcado por

desigualdades históricas de renda, escolaridade, raça/cor e território, a articulação entre DSS e DCNT torna o cenário nacional preocupante.

Diante do exposto, justifica-se sintetizar criticamente a produção científica recente sobre o tema, de modo a subsidiar a tomada de decisão no âmbito da gestão e do planejamento em saúde. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar como os determinantes sociais influenciam a ocorrência, a distribuição e a carga das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, discutindo suas implicações para o fortalecimento das políticas públicas de saúde na perspectiva da equidade.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que possibilita reunir, analisar e sintetizar evidências oriundas de diferentes delineamentos de pesquisa, favorecendo uma compreensão ampliada e crítica do objeto investigado. Esse tipo de revisão permite integrar resultados de estudos primários e secundários, contribuindo para a consolidação do conhecimento disponível e para a identificação de lacunas na produção científica acerca da relação entre determinantes sociais e doenças crônicas não transmissíveis (Whittemore; Knafl, 2005).

4

A condução do estudo seguiu as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020), conforme descrito por Page *et al.* (2021), com vistas a assegurar rigor metodológico, transparência e reprodutibilidade. A questão norteadora foi assim formulada: “como os determinantes sociais influenciam a ocorrência, a distribuição e a carga das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil?”

Fontes de dados e estratégia de busca

A busca foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a construção das estratégias, foram utilizados descritores controlados dos vocabulários DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings), associados a termos livres, nos idiomas português, inglês e espanhol, combinados pelos operadores booleanos AND e OR.

Os descritores relacionaram-se a cinco eixos: determinantes sociais da saúde (“*social determinants of health*”); doenças crônicas não transmissíveis (“*noncommunicable diseases*” /

“chronic disease”); iniquidades em saúde (“*health inequities*” / “*health status disparities*”); saúde pública (“*public health*”); e o recorte geográfico (“*Brazil*”). A combinação foi operacionalizada da seguinte forma: (“determinantes sociais da saúde” OR “iniquidades em saúde”) AND (“doenças não transmissíveis” OR “doenças crônicas”) AND (“Brasil”).

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos artigos originais e de revisão, publicados entre 2021 e 2026, com texto completo disponível, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que abordassem a relação entre determinantes sociais e a ocorrência, a distribuição ou a carga das DCNT no contexto brasileiro. Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, resumos de eventos, estudos duplicados e publicações sem relação direta com o objeto da revisão ou cujo escopo se restringisse a aspectos estritamente clínicos ou laboratoriais, sem articulação com os determinantes sociais.

Seleção e análise dos estudos

A seleção ocorreu de forma sequencial, em três etapas: leitura dos títulos, leitura dos resumos e leitura integral dos textos potencialmente elegíveis. O percurso de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão foi organizado em fluxograma adaptado das recomendações do PRISMA 2020 (Figura 1). A análise foi conduzida de forma descritiva e interpretativa, com organização dos dados em uma matriz analítica (Quadro 2) e classificação do nível de evidência segundo as orientações do Joanna Briggs Institute (JBI, 2014). Por se tratar de estudo de natureza bibliográfica, sem envolvimento direto de seres humanos, não houve necessidade de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

5

RESULTADOS

A Figura 1 apresenta o fluxograma elaborado com base nas recomendações do PRISMA 2020, demonstrando de maneira organizada e sequencial todas as etapas percorridas no desenvolvimento desta revisão integrativa. O diagrama contempla desde a fase inicial de identificação dos estudos nas bases de dados selecionadas, passando pelos processos de triagem e análise de elegibilidade, até a definição final da amostra incluída, assegurando a rastreabilidade dos critérios de inclusão e exclusão, em consonância com as diretrizes propostas por Page *et al.* (2021).

Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos incluídos na revisão. Brasil, 2026.

Identificação	Registros identificados nas bases de dados PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS e BVS (n = 412). Registros removidos antes da triagem: duplicatas (n = 96).
Triagem	Registros triados por título e resumo (n = 316). Registros excluídos por não responderem à questão norteadora (n = 248).
Elegibilidade	Estudos avaliados na íntegra quanto à elegibilidade (n = 68). Estudos excluídos: escopo estritamente clínico/laboratorial, ausência de recorte sobre determinantes sociais ou fora do contexto brasileiro (n = 56).
Incluídos	Estudos incluídos na síntese qualitativa (n = 12).

Fonte: elaborado pelos autores, 2026, com base em Page et al. (2021).

De forma complementar, o Quadro 2 apresenta a síntese dos estudos incluídos, organizados por código alfanumérico (A1, A2, A3...) e reunindo informações essenciais: autoria e ano, delineamento metodológico, principais desfechos e nível de evidência segundo o JBI. Essa organização favorece a análise comparativa, possibilitando identificar padrões, convergências e divergências, além de subsidiar a discussão crítica e a identificação de lacunas no conhecimento (JBI, 2014).

6

Quadro 2. Descrição dos estudos incluídos na revisão. Brasil, 2026.

Nº	Autor (ano)	Delineamento	Principais desfechos	NE (JBI)
A1	Malta <i>et al.</i> (2025)	Série temporal (joinpoint), dados do GBD 1990–2021	A probabilidade de morte prematura por DCNT declina lentamente e de modo desigual entre as Unidades Federadas; regiões com menor índice sociodemográfico apresentam piores tendências, ameaçando o alcance das metas dos ODS até 2030.	Nível 4
A2	Souza (2023)	Transversal de base populacional (PNS 2019)	A multimorbidade atingiu 24,1% dos adultos e foi maior entre mulheres, pessoas de menor escolaridade e pretos/pardos; o uso de serviços de saúde foi cerca de 38% maior entre os indivíduos com multimorbidade.	Nível 4
A3	Cordeiro <i>et al.</i> (2022)	Transversal de base populacional (PNS 2019)	Entre adultos com hipertensão autorreferida, homens, negros, jovens e pessoas de baixa escolaridade tiveram piores indicadores de assistência e acesso, com maior hospitalização e maior grau de limitação nas atividades diárias.	Nível 4

A4	Santana <i>et al.</i> (2021)	Ecológico de série temporal (SIM, 1996– 2016)	A mortalidade por doença isquêmica do coração no Nordeste cresceu em todos os estados, com predomínio de homens idosos, raça/cor parda e baixa escolaridade, evidenciando o gradiente socioeconômico da mortalidade cardiovascular.	Nível 4
A5	Nilson <i>et al.</i> (2020)	Estudo de custos atribuíveis (SIH/SIA- SUS)	Parcela expressiva dos gastos diretos do SUS com hipertensão, diabetes e obesidade é atribuível a fatores de risco modificáveis, com custos atribuíveis à obesidade da ordem de R\$ 1,42 bilhão, indicando potencial de economia com prevenção.	Nível 4
A6	Guedes <i>et al.</i> (2024)	Transversal (idosos na Estratégia Saúde da Família, Nordeste)	A insegurança alimentar associou-se à maior ocorrência de DCNT em idosos, reforçando a renda e o acesso aos alimentos como determinantes intermediários da carga de doença crônica.	Nível 4
A7	Xavier; Wendt; Crochemore- Silva (2022)	Análise de tendência temporal (Vigitel, 2008– 2018)	As desigualdades de escolaridade no acúmulo de fatores de risco comportamentais persistiram ou se ampliaram nas capitais, concentrando tabagismo, consumo abusivo de álcool e inatividade física entre os menos escolarizados.	Nível 4
A8	Malta <i>et al.</i> (2022)	Artigo de opinião/análise (PNS 2013 e 2019)	A multimorbidade aumentou no país e relacionou-se inversamente à escolaridade; os menos escolarizados apresentaram prevalência cerca de 10 pontos percentuais maior, com reforço das desigualdades segundo região e área de residência.	Nível 5
A9	Wehrmeister; Wendt; Sardinha (2022)	Análise temporal de desigualdades (inquéritos nacionais)	A desigualdade educacional na prevalência de hipertensão e diabetes acentuou-se ao longo do tempo, sobretudo no Sudeste, indicando ampliação do hiato entre estratos de escolaridade na ocorrência das DCNT.	Nível 4
A10	Bigoni <i>et al.</i> (2025)	Estudo de projeção de custos (séries do SUS)	As doenças cardiovasculares deverão impor custos diretos e indiretos superiores a dezenas de bilhões de reais ao sistema de saúde nos próximos anos, com forte impacto por mortalidade prematura e absenteísmo.	Nível 4
A11	Moreira <i>et al.</i> (2025)	Revisão de literatura	Renda, escolaridade e condições de vida em áreas urbanas vulneráveis associam-se à maior prevalência de	Nível 5

			diabetes e hipertensão, indicando a vulnerabilidade territorial como eixo da distribuição das DCNT.	
A12	Organização	Documento	O monitoramento regional aponta progresso	Nível
	Pan-Americana	técnico de	insuficiente e desigual no enfrentamento das DCNT,	5
	da Saúde (2025)	monitoramento	destacando a atenção primária e a ação sobre	
		(scorecard das	determinantes sociais e comerciais como respostas	
		Américas)	prioritárias.	

Fonte: elaborado pelos autores, 2026. NE = nível de evidência segundo o Joanna Briggs Institute.

A leitura conjunta dos estudos incluídos permite organizar a discussão em torno de eixos que articulam os determinantes sociais à ocorrência, à distribuição e à carga das DCNT no Brasil.

Conceitos, evolução dos determinantes sociais e panorama epidemiológico

A noção de determinantes sociais da saúde resulta de um longo percurso teórico que deslocou o foco da explicação do adoecimento dos atributos individuais para as condições sociais que os produzem. Os modelos contemporâneos distinguem determinantes proximais, intermediários e estruturais, evitando responsabilizar exclusivamente o indivíduo por escolhas moldadas por circunstâncias sobre as quais ele tem controle limitado (Buss; Pellegrini Filho, 2007; World Health Organization, 2008). No plano epidemiológico, esse referencial encontra correspondência empírica: o estudo de série temporal de Malta *et al.* (2025) (A1) demonstra que a redução da mortalidade prematura por DCNT avança de forma lenta e desigual entre as Unidades Federadas, com pior desempenho nas regiões de menor índice sociodemográfico. O panorama brasileiro, portanto, não é apenas de transição epidemiológica, mas de transição desigual, o que ameaça o cumprimento das metas pactuadas para 2030.

Desigualdades socioeconômicas, escolaridade, renda e território

Um dos achados mais consistentes da literatura nacional é a existência de um gradiente social na ocorrência das DCNT. O estudo de Souza (2023) (A2), com base na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, evidenciou que a multimorbidade foi mais frequente entre pessoas de menor escolaridade e entre pretos e pardos, padrão reforçado pelas análises de Malta *et al.* (2022) (A8) e de Wehrmeister, Wendt e Sardinha (2022) (A9), que documentaram relação inversa entre escolaridade e prevalência de doenças crônicas, com ampliação do hiato entre estratos ao longo

do tempo. A dimensão territorial adiciona uma camada espacial às iniquidades: a revisão de Moreira *et al.* (2025) (A11) associou a vulnerabilidade urbana à maior prevalência de diabetes e hipertensão, enquanto o estudo ecológico de Santana *et al.* (2021) (A4) revelou o crescimento da mortalidade cardiovascular no Nordeste, concentrada em pessoas de baixa escolaridade. O território, nesse sentido, sintetiza em escala local as desigualdades de renda, infraestrutura e oferta de serviços.

Vulnerabilidades sociais, acesso aos serviços, raça/cor, gênero e trabalho

A relação entre vulnerabilidade e DCNT manifesta-se também no acesso desigual ao cuidado. O estudo de Cordeiro *et al.* (2022) (A3) mostrou que, entre adultos com hipertensão, homens, negros, jovens e pessoas de baixa escolaridade apresentaram piores indicadores de assistência e maior hospitalização, achado que ilustra a chamada lei do cuidado inverso, segundo a qual a oferta de cuidados de qualidade tende a variar inversamente à necessidade da população. As iniquidades segundo raça/cor não se explicam por fatores biológicos, mas pela ação cumulativa do racismo estrutural sobre as condições de vida, trabalho e acesso ao longo do curso de vida. As condições de trabalho e a insegurança alimentar atuam como determinantes intermediários relevantes: o estudo de Guedes *et al.* (2024) (A6) associou a insegurança alimentar à maior ocorrência de DCNT em idosos, enquanto a análise de tendência de Xavier, Wendt e Crochemore-Silva (2022) (A7) evidenciou a concentração de fatores de risco comportamentais entre os menos escolarizados. A perspectiva da interseccionalidade, ao reconhecer a sobreposição desses marcadores, ajuda a identificar os grupos de maior vulnerabilidade.

Custos econômicos e sociais das DCNT

Além do impacto sobre o adoecimento e a morte, as DCNT impõem expressivos custos econômicos e sociais. O estudo de custos atribuíveis de Nilson *et al.* (2020) (A5) estimou que parcela relevante dos gastos diretos do SUS com hipertensão, diabetes e obesidade decorre de fatores de risco modificáveis, evidenciando o potencial de economia associado a ações preventivas. As projeções de Bigoni *et al.* (2025) (A10) reforçam esse argumento ao estimar custos diretos e indiretos elevados das doenças cardiovasculares nos próximos anos, sobretudo por mortalidade prematura e absenteísmo. Como as DCNT concentram-se nos grupos de menor renda, seus custos não traduzem apenas uma questão de sustentabilidade fiscal, mas

também um vetor de reprodução das desigualdades, fortalecendo o argumento econômico, e não apenas sanitário, em favor da prevenção e do enfrentamento dos determinantes sociais.

Estratégias de prevenção, políticas públicas e perspectivas

O enfrentamento das DCNT requer combinar intervenções dirigidas a indivíduos com medidas populacionais e estruturais, como a tributação de bebidas açucaradas e de produtos do tabaco, a rotulagem nutricional e a restrição à publicidade de alimentos ultraprocessados. O Brasil dispõe de marco relevante: o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis 2021-2030 reafirma metas e incorpora a perspectiva da redução das iniquidades, reconhecendo que a resposta extrapola o setor saúde e exige ação intersetorial (Brasil, 2021). Esse entendimento alinha-se ao monitoramento regional da Organização Pan-Americana da Saúde (2025) (A12), que aponta progresso insuficiente e desigual e destaca a atenção primária e a atuação sobre determinantes sociais e comerciais como respostas prioritárias. As perspectivas mais promissoras passam pela integração entre vigilância, promoção e atenção, ancorada em uma atenção primária robusta e na incorporação explícita da lente da equidade ao planejamento, com metas e indicadores estratificados socialmente.

10

CONCLUSÃO

A síntese dos doze estudos incluídos confirma que a carga das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil é indissociável dos determinantes sociais que estruturam as condições de vida da população. Escolaridade, renda, raça/cor, gênero, território e condições de trabalho operam como eixos que modulam a ocorrência, a gravidade e a letalidade dessas doenças, produzindo gradientes sociais consistentes e concentrando a maior carga nos grupos mais vulneráveis. As DCNT, portanto, não apenas resultam das desigualdades sociais, mas também as reproduzem e aprofundam.

Nesse cenário, os achados reforçam que respostas centradas exclusivamente na mudança de comportamentos individuais são insuficientes. O enfrentamento efetivo exige políticas intersetoriais, sensíveis às iniquidades, capazes de articular promoção da saúde, regulação dos fatores de risco, fortalecimento da atenção primária e atuação sobre as causas sociais e comerciais do adoecimento. O fortalecimento e o financiamento adequado do SUS, aliados à

incorporação explícita da equidade às metas e aos indicadores de monitoramento, constituem condição para reduzir a carga de DCNT de modo justo e sustentável.

Reconhecem-se como limites desta revisão a heterogeneidade metodológica dos estudos e o recorte temporal adotado, o que recomenda cautela na generalização dos achados. Ainda assim, o conjunto de evidências sustenta a conclusão de que enfrentar as doenças crônicas no Brasil é, antes de tudo, enfrentar as desigualdades sociais que as determinam, tarefa que ultrapassa o setor saúde e convoca o Estado e a sociedade a um compromisso intersetorial com a equidade.

REFERÊNCIAS

BIGONI, A. *et al.* Impacto econômico das doenças cardiovasculares no Brasil: projeções de custos diretos e indiretos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 34, supl. 1, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CORDEIRO, D. M. *et al.* Desigualdades na assistência à saúde e no acesso aos serviços de saúde em adultos brasileiros com autorrelato de hipertensão arterial: Pesquisa Nacional de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, supl. 1, e00125421, 2022.

GUEDES, V. F. *et al.* Associação entre insegurança alimentar e doenças crônicas não transmissíveis em pessoas idosas atendidas pela estratégia saúde da família: um estudo transversal no Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 27, p. e240033, 2024.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI). *Reviewers' manual*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute, 2014.

MALTA, D. C. *et al.* Iniquidades e doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 31, n. esp. 1, e2021065, 2022.

MALTA, D. C. *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis: desafios para o alcance das metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável no Brasil e Unidades Federadas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, 2025. DOI: 10.1590/0102-311XPT038825.

MOREIRA, *et al.* Análise dos determinantes sociais da saúde e sua influência na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em áreas vulneráveis. *Caderno Pedagógico*, v. 21, 2023.

NILSON, E. A. F. *et al.* Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 44, e32, 2020. DOI: 10.26633/RPSP.2020.32.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Noncommunicable diseases progress monitor 2025*. Genebra: World Health Organization, 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Noncommunicable diseases progress monitor 2025: surveillance and monitoring of NCDs scorecard for the Americas*. Washington, DC: OPAS, 2025.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, v. 372, n. 71, 2021. DOI: 10.1136/bmj.n71.

XAVIER, M. DOS S. R., WENDT, A. E CROCHEMORE-SILVA, I. Tendências temporais das desigualdades no acúmulo de fatores de risco comportamentais nas capitais do Brasil, 2008-2018. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 06, 2022.

SANTANA, G. B. A. *et al.* Tendência temporal da mortalidade por doenças isquêmicas do coração no Nordeste brasileiro (1996-2016): uma análise segundo gênero e faixa etária. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 117, n. 1, 2021. DOI: 10.36660/abc.20200222.

SOUZA, A. S. S. Multimorbidade e uso de serviços de saúde na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 32, n. 3, 2023.

WEHRMEISTER, F. C., WENDT, . T. E SARDINHA, L. M.V. Iniquidades e doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 31, n. esp. 1, 2022.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO, 2008.