

## PERIODICIDADE DE RASTREIO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA

LÍLIAN MUNHOZ FIGUEIREDO<sup>1</sup>; BRUNO PEREIRA NUNES<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – [lilian.figueiredo@outlook.com](mailto:lilian.figueiredo@outlook.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – [nunesbp@gmail.com](mailto:nunesbp@gmail.com)

### 1. INTRODUÇÃO

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem um grupo de condições de saúde de natureza não infecciosa, resultantes de múltiplos fatores de risco. Entre as principais, destacam-se doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, diversos tipos de câncer e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2021). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as DCNT são responsáveis por aproximadamente 71% de todas as mortes no mundo, com maior impacto em países em desenvolvimento (WHO, 2021). No Brasil, elas afetam cerca de 45% da população adulta, configurando-se como um grave problema de saúde pública (MALTA et al., 2019). Além de elevada prevalência, as DCNT estão entre os principais fatores de perda de funcionalidade e autonomia entre os indivíduos, gerando custos expressivos tanto para o sistema de saúde quanto para a sociedade (CDC, 2020).

Dados mais recentes do Vigitel 2021, apontam prevalência de diabetes de 9,1% em adultos, enquanto a hipertensão arterial atinge aproximadamente 35% da mesma população (BRASIL, 2022). Já para as neoplasias de colo uterino e próstata a incidência nacional é de 15,4 por 100 mil mulheres e 67,9 por 100 mil homens, respectivamente (INCA, 2023).

Entre as DCNT, a hipertensão arterial é o principal fator de risco para morte prematura no mundo. Ainda assim, apenas 54% das pessoas com hipertensão sabem que têm a condição (WHO, 2023). Para diabetes, em 2022, a estimativa global chegou a 828 milhões de indivíduos, cerca de 59% desses não estavam em tratamento e 97% os que não sabiam da sua condição (NCD-RISC, 2024).

Considerando as estatísticas globais e nacionais, torna-se evidente a necessidade da adoção de estratégias eficazes de prevenção, principalmente primária e secundária, e controle. O rastreamento visa identificar, em indivíduos ou populações assintomáticas, o risco ou a presença precoce de doenças, por meio de exames ou testes específicos. (GOULART, 2011; BRASIL, 2010). Não obstante, a realização do rastreamento populacional é desafiada pela complexidade de critérios para a condução de prevenção secundária de acordo com as peculiaridades da periodicidade na prevenção secundária, tanto dentro das características populacionais quanto de cada DCNT.

Nesse sentido, o objetivo desta revisão é mensurar a periodicidade de realização de rastreio das DCNT, hipertensão, diabetes, dislipidemia e câncer, no Brasil.

### 2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, a qual buscou mensurar o intervalo e a periodicidade recomendada para realização de exames de rastreio para identificação precoce das seguintes DCNT: hipertensão arterial (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemia, câncer de colo do útero e próstata.

A busca foi realizada de forma ampla em base de dados como Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e plataformas oficiais do Ministério da Saúde.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados oito documentos nesta revisão. O intervalo recomendado para o rastreamento da HAS varia conforme níveis pressóricos aferidos e risco cardiovascular individual. Segundo o Ministério da Saúde, para adultos com pressão arterial menor que 120/80 mmHg, a recomendação é realizar o rastreamento a cada dois anos. Indivíduos com pressão sistólica entre 120-139 mmHg ou diastólica entre 80–89 mmHg devem ser reavaliados anualmente, pois apresentam risco elevado de progressão para HAS. Quando os níveis estão entre 140–159/90–99 mmHg, é recomendado confirmar o diagnóstico em até dois meses, enquanto níveis  $\geq 160/100$  mmHg exigem avaliação médica em até um mês ou menos, a depender da gravidade dos achados (BRASIL, 2010).

As diretrizes ainda destacam a importância da repetição periódica das medições, especialmente em indivíduos com fatores de risco adicionais ou histórico familiar de doenças cardiovasculares. Dessa forma, a definição do intervalo ideal de rastreamento deve sempre considerar não apenas os valores pressóricos isolados, mas também o contexto clínico do indivíduo, buscando prevenir de forma eficaz as complicações decorrentes da hipertensão (SBC, 2020).

Para DM, o intervalo deve ser definido de acordo com a presença de fatores de risco e resultados anteriores dos exames, conforme orientações da Sociedade Brasileira de Diabetes (2024) e do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (2024). Recomenda-se iniciar o rastreamento em todos os indivíduos assintomáticos a partir dos 45 anos, mesmo sem fatores de risco. No entanto, pessoas de qualquer idade com sobrepeso ou obesidade ( $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) e pelo menos um fator de risco adicional, como hipertensão arterial, dislipidemia, histórico familiar de DM, sedentarismo ou etnia de maior risco, também devem ser incluídas no rastreamento. Os exames indicados para essa finalidade são a glicemia de jejum, a hemoglobina glicada (HbA1c) e, em situações específicas, o teste oral de tolerância à glicose (TOTG).

Em relação à periodicidade, o rastreamento deve ser repetido a cada três anos nos casos com resultados normais e baixo risco. Já indivíduos com múltiplos fatores de risco, condições clínicas associadas, ou aqueles com pré-diabetes diagnosticado devem realizar rastreamento anual. Quando há apenas um exame alterado, sem confirmação diagnóstica para DM, recomenda-se repetir os testes em até seis meses. Essa abordagem escalonada tem como objetivo identificar precocemente a doença, considerando que o DM possui longa fase assintomática, além de evitar complicações decorrentes do diagnóstico tardio (BRASIL, 2024; SBD, 2024).

O intervalo padrão de rastreamento para dislipidemia é sugerido a cada cinco anos para a população geral com resultados lipídicos séricos normais. Indivíduos com níveis lipídicos próximos ao limite para tratamento podem necessitar de intervalos menores. E aqueles com baixo risco cardiovascular e níveis lipídicos repetidamente normais podem ter intervalos maiores entre os exames (BRASIL, 2010; 2019).

O rastreamento do câncer do colo do útero é indicado para mulheres de 25 a 64 anos que já iniciaram a vida sexual, tendo como principal método o exame citopatológico do colo uterino, conhecido como Papanicolau. A recomendação é que os dois primeiros exames sejam realizados com intervalo de um ano entre si, se ambos apresentarem resultados negativos para lesões, o rastreamento pode ser

espaçado para intervalo de três anos. Após os 64 anos, é possível encerrar o rastreamento, desde que a mulher tenha realizado exames regulares e pelo menos dois resultados negativos nos últimos cinco anos. O protocolo visa equilibrar a detecção precoce de lesões precursoras do câncer com a redução de intervenções desnecessárias (BRASIL 2010; INCA, 2016).

Em relação ao câncer de próstata, não é recomendado o rastreamento populacional sistêmico, independentemente da periodicidade, devido à ausência de evidências científicas robustas que comprovem a redução significativa da mortalidade com essa prática. Em homens assintomáticos com menos de 75 anos, os dados disponíveis são insuficientes para justificar o rastreamento, enquanto em indivíduos com mais de 75 anos os riscos associados superam os potenciais benefícios, como sobrediagnóstico, sobretratamento, incontinência urinária, disfunção erétil e impacto emocional. Portanto, o rastreamento deve ser evitado na população geral. A realização de exames como o Antígeno Prostático Específico (PSA) e o toque retal é indicada apenas em contextos de investigação diagnóstica, especialmente em homens sintomáticos ou pertencentes a grupos de maior risco, como aqueles com histórico familiar, obesidade ou raça/cor da pele negra (BRASIL, 2010; 2023; INCA, 2013).

#### 4. CONCLUSÕES

A revisão revela que, embora existam diretrizes nacionais bem estruturadas para o rastreamento das DCNT, ainda há desafios importantes na prática. A implementação efetiva dessas recomendações é comprometida por barreiras relacionadas ao acesso desigual aos serviços de saúde, baixa cobertura de exames preventivos e carência de estratégias personalizadas para populações vulneráveis. Além disso, a falta de atualização contínua de alguns protocolos pode limitar a incorporação de novas evidências científicas e tecnologias diagnósticas mais sensíveis, restringindo o potencial de detecção precoce e manejo oportuno das doenças. Trabalhos que busquem avaliar o acesso ao rastreamento populacional no Brasil devem seguir os escalonamentos descritos acima para melhor compreender as desigualdades no acesso ao diagnóstico das DCNT.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **NOTA TÉCNICA Nº 9/2023-COSAH/CGACI/DGCI/SAPS/MS.** Recomendação pelo não rastreamento populacional do câncer de próstata. Ministério da Saúde: 2023. Acesso em 26 jun 2025.

BRASIL. **PORTARIA CONJUNTA Nº 8, DE 30 DE JULHO DE 2019.** Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite. Ministério da Saúde: 2019. Acesso em: 28 jun 2025.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dislipidemia:** prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 30 jul. 2019. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2019/relatorio\\_pcdt\\_dislipidemia\\_cp04\\_2019.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2019/relatorio_pcdt_dislipidemia_cp04_2019.pdf). Acesso em: 15 jun 2025.

BRASIL. **Rastreamento:** Caderno de Atenção Primária nº 29. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2010. 95 p. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_primaria\\_29\\_rastreamento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf). Acesso em: 15 jun 2025.

BRASIL. **VIGITEL Brasil 2021**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2021.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2021.pdf). Acesso em: 15 jun 2025.

GOULART, F. Andrade. **Doenças crônicas não transmissíveis**: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. OPAS: 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4857.pdf>. Acesso em: 26

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Acesso em 15 jun 2025.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Rastreamento do câncer de próstata**: Nota técnica. Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/rastreamento-prostata-2013.pdf>. Acesso em: 15 jun 2025.

MALTA, D.C.; BERNAL, R. T. I.; LIMA, M. G.; ARAÚJO, S. S. C.; SILVA, M. M. A. D.; FREITAS, M. I. F.; et al. Doenças não transmissíveis e utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, supl. 2, e210011, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2021.v24suppl2/e210011/?lang=en>. Acesso em: 14 jan 2025.

NCD-RISC. Worldwide trends in diabetes prevalence and treatment from 1990 to 2022: a pooled analysis of 1108 population-representative studies with 141 million participants. **Lancet**, v. 404, n. 10467, p. 2077-2093, 2024. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)02317-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)02317-1/fulltext). Acesso em: 19 jan 2025.

SBC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 114, n. 5, p. 943-987, 2020. Disponível em: <https://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2020/v11405/pdf/11405022.pdf>. Acesso em: 15 jun 2025.

SBD. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Posicionamento SBD – 02/2024**. [S.l.], 2024. Disponível em: <https://profissional.diabetes.org.br/wp-content/uploads/2024/10/Posicionamento-SBD-02-2024.pdf>. Acesso em: 15 jun 2025.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases**. Genebra: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acesso em: 23 jan 2025.