

## O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira

doi: 10.5123/S1679-49742011000400001

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vêm aumentando no Brasil, hoje alcançando 72,0% do total de óbitos. Em 1998, elas eram responsáveis por 66,0% dos DALY (anos de vida com qualidade que são perdidos devido à doença).<sup>1</sup> Já em 2005, no estado de Minas Gerais, elas eram responsáveis por 75,0% dos DALY (66,0% dos DALY de mortalidade e 87,0% dos de morbidade).<sup>2</sup> Considerando-se, entre outros fatores, o progressivo envelhecimento da população, a tendência é de que continuem aumentando.

O desafio provocado pelas DCNT foi mundialmente debatido em 2011, culminando em uma Reunião de Alto Nível da Organização das Nações Unidas (ONU) no mês de setembro.<sup>3</sup> O 'Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022',<sup>4</sup> apresentado nesta edição da *Epidemiologia e Serviços de Saúde*,<sup>5</sup> é a resposta do Governo Brasileiro a esse desafio.

O Plano, acertadamente, valoriza ações populacionais de Promoção da Saúde, que, com frequência, extrapolam o setor Saúde e trazem, consigo, ao menos duas grandes vantagens: podem reduzir a incidência das DCNT, o que é muito melhor do que combatê-las quando já instaladas; e há evidências, contundentes, de que tais ações sejam altamente custo-efetivas.<sup>6</sup>

O combate ao fumo, que envolveu legislação e impostos, é um bem-sucedido exemplo de promoção da saúde no Brasil: entre 1989 e 2009: as prevalências de fumo caíram de 35,0% para 17,0%, o que poderia explicar, ao menos em parte, as quedas marcantes na mortalidade por doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas observadas no período.<sup>7,8</sup> Ao ampliar essas ações, o Plano visa alcançar, em 2022, uma prevalência de fumo de apenas 10,0% (e quiçá de <5,0% em 2040!).

Ações semelhantes vêm sendo adotadas em vários países para reduzir o uso nocivo de bebidas alcoólicas e o consumo de alimentos pouco saudáveis, hábitos estes também fortemente influenciados por interesses comerciais e econômicos globalizados: exemplo recente é a exigência da FIFA para que o Brasil remova suas restrições à venda de bebidas alcoólicas nos jogos da Copa do Mundo. Já foi considerada a possibilidade de se firmar uma convenção-quadro para o controle do álcool; porém, a vontade política e a longa história de resoluções multilaterais que resultaram na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (tratado internacional, negociado por 192 países e aprovado em 2003, que estabelece compromissos para adoção de medidas de restrição do consumo de produtos derivados do tabaco) ainda precisam ser construídas para o uso do álcool, um hábito bem mais antigo e disseminado. Recolocada de forma mais ampla recentemente, a proposição é de que o controle dos demais fatores de risco para as DCNT poder-se-ia inspirar na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.<sup>9</sup> O Brasil, ator importante na construção desta Convenção-Quadro, foi presença marcante na Reunião de Alto Nível da ONU e poderá exercer liderança nas articulações internacionais necessárias, no sentido de se definir uma convenção-quadro para o controle do álcool.

Talvez o maior desafio para o sucesso do Plano esteja no efetivo enfrentamento da crescente epidemia mundial de obesidade. Os dados mais recentes do Brasil são alarmantes: devido ao aumento progressivo do peso nas últimas três décadas, 48,0% das brasileiras e 50,0% dos brasileiros adultos se encontram, atualmente, com peso considerado excessivo.<sup>10</sup> O Plano contempla iniciativas importantes mas é preciso garanti-las – quiçá ampliá-las no curto prazo. Programas para promoção de hábitos ativos de vida, como as 'Academias da Saúde' e os 'Espaços Urbanos Saudáveis', são passos na direção certa. O grande desafio é

ampliar o leque dessas ações visando estender a promoção a toda população brasileira. Como a obesidade se transformou em uma doença social, a sociedade precisa ser “tratada” efetivamente: espaços de convívio mais saudáveis e alimentos saudáveis devem estar mais disponíveis a todos. Os cinco próximos anos oferecem oportunidades ímpares para que os brasileiros desenvolvam hábitos mais ativos de vida, em clima de Copa do Mundo e Olimpíadas. Essa promoção da saúde poderia ser integrada com ações visando ao uso seguro de bebidas alcoólicas e à escolha de alimentos mais saudáveis.

Outro braço importante do Plano é o cuidado clínico integral relacionado às DCNT. É bem provável que o maior acesso a cuidados de saúde tenha contribuído para a queda na mortalidade por DCNT observada no Brasil.<sup>7</sup> Dados sobre internações hospitalares sensíveis à atenção primária à saúde (APS) apóiam essa hipótese: maior atuação das equipes de APS associou-se a quedas acentuadas<sup>11</sup> e níveis mais baixos dessas internações, incluindo as causadas por doenças crônicas.<sup>12</sup> É amplamente reconhecido que uma APS orientada por seus atributos essenciais – acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação – é central no enfrentamento das DCNT.<sup>13-15</sup> Outros aspectos importantes para o modelo de atenção é o cuidado centrado na pessoa (não na doença), exercido por equipe multiprofissional, organizado em redes de atenção à saúde e redesenhado para melhor atender pessoas com condições crônicas.<sup>16,17</sup> Baseando-se nas melhores evidências disponíveis,<sup>6</sup> esse cuidado deve oferecer remédios comprovadamente custo-efetivos, empreender ações de promoção da saúde e habilitar os portadores de doenças crônicas para seu auto-manejo.

É importante ressaltar, ademais, que o Plano de Ações da Organização Mundial da Saúde (OMS), documento orientador na preparação de Planos de Enfrentamento das DCNT, focou-se em quatro principais doenças: cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica e diabetes.<sup>18</sup> Não obstante, o cuidado integral relacionado às DCNT, necessariamente, abrange outros problemas de saúde, especialmente os neuropsiquiátricos e musculoesqueléticos, responsáveis por aproximadamente 25,0% da carga das DCNT. O cuidado integral abrange, ainda, a coexistência, em um mesmo indivíduo, de múltiplas morbidades e tratamentos, um problema frequente e que requer especial atenção.<sup>19</sup>

Dada a importância do cuidado integral no sucesso do Plano, seria importante formular metas de cobertura e de processo (p. ex., prontuários eletrônicos e informatização da rede, sistemas de acesso regulado de atenção) a serem atingidas, de forma a garantir a estruturação necessária para o cuidado pretendido.

Por fim e não menos importante, o Plano contempla um conjunto de ações envolvendo vigilância, monitoramento e avaliação de programas, políticas e tecnologias de saúde, além da produção de novos conhecimentos sobre causa, tratamento ou prevenção dessas doenças. Universidades e centros de pesquisa podem contribuir na geração desses dados e na formação dos novos profissionais de saúde que irão atuar nessa jornada de enfrentamento das DCNT.

O Brasil está de parabéns por ter construído um ‘Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022’ arrojado. Alguns êxitos do Sistema Único de Saúde (SUS) já podem ser notados, como as quedas de mortalidade (ajustada por idade) nas DCNT,<sup>7,8</sup> fato ainda não documentado em outros países do BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) e da América Latina. Tudo indica a viabilidade das metas propostas no Plano, embora a responsabilidade por seu sucesso esteja na participação da sociedade brasileira. O ano de 2011 foi marcado por inspiradores debates e importantes ações. Que eles continuem em 2012!

**Maria Inês Schmidt e Bruce Bartholow Duncan**

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brasil

## Referências

1. Schramm JM, Oliveira AF, Leite IC. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9(4):897-908.
2. Leite IC, Valente JG, Schramm JM. Relatório final Carga global de doença do Estado de Minas Gerais, 2005. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
3. World Health Organization. United Nations high-level meeting on noncommunicable disease prevention and control. World Health Organization 2011 [acessado em 23 dez 2011]. Disponível em: [http://www.who.int/nmh/events/un\\_ncd\\_summit2011/en/](http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/en/)
4. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Ministério da Saúde; 2011 [acessado em 23 dez 2011]. Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_plano.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf)
5. Malta DC, Moraes Neto OL, Silva-Junior JB, Grupo técnico da redação do Plano. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2011; (no prelo).
6. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases, 2010. World Health Organization 2010 [acessado em 23 dez 2011]. Disponível em: [www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_full\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf)
7. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; 377(9781):1949-1961.
8. Duncan BB, Stevens A, Iser BP, Malta DC, Azevedo e Silva G, Schmidt MI. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009. In: Silva-Junior JB, Moraes Neto OL, Escalante JJ, Duarte EC, Garcia LP, Gil E, editors. *Saúde Brasil 2010*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p.117-134.
9. Lien G, Deland K. Translating the WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC): Can we use tobacco control as a model for other non-communicable disease control? *Public Health* 2011; 125(12):847-853.
10. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares. IBGE 2010 [acessado em 23 dez 2011]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1699&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1699&id_pagina=1)
11. Mendonca CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan* 2011.
12. Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PE, Lima-Costa ME. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *American Journal of Public Health* 2011; 101(10):1963-1970.
13. Starfield B. *Primary Care: balancing health needs, services, and technology*. New York: Oxford University Press; 1998.
14. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *Lancet* 2008; 372(9642):940-949.
15. World Health Organization. The World Health Report 2008 - Primary care (now more than ever). World Health Organization 2008 [acessado em 23 dez 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>
16. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2a ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
17. Presidência da República. DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Casa Civil 2011 [acessado em 23 dez 2011]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)
18. World Health Organization. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. World Health Organization 2008 [access May 7, 2010]. Available in: <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>
19. The Scottish School of Primary Care's Multimorbidity Research Programme. Multimorbidity in Scotland. The Scottish School of Primary Care 2011 [acessado em 23 dez 2011]. Disponível em: [http://www.knowledge.scot.nhs.uk/media/CLI/ResourceUploads/4000952/MM%20Final\\_SSPP.ppt](http://www.knowledge.scot.nhs.uk/media/CLI/ResourceUploads/4000952/MM%20Final_SSPP.ppt)