

## Combatendo as DCNT: uma abordagem diferente é necessária

A “Aliança DCNT” (“*NCD Alliance*”)<sup>1</sup> visa colocar as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na agenda global de saúde, a fim de enfrentar a chamada “crise das DCNT”. Melhorar os indicadores de morbidade e mortalidade em 2015 dependerá, em grande medida, da prevenção e controle das DCNT, especialmente nos países em desenvolvimento<sup>2</sup>.

Chamar a atenção mundial sobre as DCNT é oportuno, mas a Aliança DCNT parece oferecer uma estratégia conflitante para tal. Por um lado, uma abordagem vertical e orientada à doença é recomendada, por exemplo, propondo o desenvolvimento de uma combinação “multidroga” para pessoas com risco aumentado para a doença cardiovascular. Por outro lado, a Aliança apela ao fortalecimento dos sistemas de saúde, com foco na Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, sua visão da APS é limitada e ambígua. A APS é vista como uma oportunidade para “encontrar casos” (para os programas orientados para a doença), mas é ignorada como fonte de atenção integral, que integra e coordena cuidados para todos os problemas de saúde, envolvendo indivíduos, famílias e comunidade. É aqui que se encontra seu verdadeiro valor agregado para o cuidado em saúde e para a saúde das pessoas<sup>3</sup>.

Embora muito se tenha aprendido com os programas verticais e orientados à doença, as evidências científicas sugerem que melhores resultados ocorrem quando se enfrenta as doenças através de uma abordagem integrada em um sistema de APS forte. Um exemplo é o Brasil onde a cobertura terapêutica atinge quase 100%, maior do que em países com APS menos robusta<sup>4</sup>. Os programas verticais orientados para o HIV-AIDS, a malária, tuberculose e outras doenças infecciosas criam duplicidade, uso ineficiente de recursos, lacunas no cuidado de pacientes com múltiplas co-morbidades, e reduzem a capacidade dos governos ao empurrar os melhores profissionais para fora do setor de saúde pública, concentrando-os no cuidado voltado a uma única doença.<sup>5, 6</sup> Além disso, programas verticais causam desigualdade para os pacientes que não têm a doença "certa", e drenagem interna dos melhores "cérebros" entre profissionais de saúde.<sup>7</sup> As "lições aprendidas" de uma abordagem vertical e orientada para doenças infecciosas e tropicais negligenciadas<sup>8</sup> deveriam nos inspirar a repensar a estratégia para as DCNT.

Em 2009, a Resolução WHA62.12 da Assembléia Mundial da Saúde instigou os Estados membros "para incentivarem que programas verticais, incluindo aqueles para doenças específicas, sejam desenvolvidos, integrados e implementados no contexto da Atenção Primária à Saúde"<sup>9</sup>. Uma APS horizontal fornece oportunidade de integração de cuidados, enfrentando o problema da iniquidade em saúde ao

permitir que o foco nas DCNT ocorra concomitante ao acesso aos outros problemas de saúde, dessa forma evitando "a iniquidade pela doença".<sup>10</sup>

Descrever o aumento da prevalência das DCNT como uma crise nos fornece material para um "bom drama", mas pode nos levar a pensar que este problema é passível de uma solução rápida. DCNT representam um conjunto de condições crônicas que requererão esforços sustentados por muitas décadas. Assim, a "solução seletiva" e focal perseguida no combate às doenças infecciosas deve dar lugar a uma estratégia abrangente e duradoura, que afete e reflita a estrutura e a pesquisa nos serviços e sistemas de saúde.

Uma APS integrada e integradora é essencial para o combate às DCNT. As condições crônicas, muito mais do que as doenças infecciosas, são influenciadas pelas percepções e pelo comportamento dos pacientes. O manejo efetivo das DCNT vai exigir uma mudança do modelo orientado por problema para um orientado por objetivos e metas.<sup>11</sup> A gestão e o manejo de longo prazo das condições crônicas requer mais do que "o acesso aos medicamentos essenciais na APS".<sup>1</sup> É necessário o empoderamento dos pacientes, redução das barreiras para estilos de vida saudáveis, e cuidados que reflitam os valores pessoais de cada paciente. Há evidências consistentes da efetividade da APS na redução das internações

hospitalares relacionadas às DCNT; e de que a presença de morbidade múltipla entre aqueles com DCNT tem sido mais bem abordada na APS.<sup>12</sup>

Não é suficiente apenas exortar os formuladores de políticas e profissionais de saúde para promoverem sinergias entre os programas existentes para as DCNT e as outras prioridades da saúde global. Devemos fundamentalmente repensar a nossa forma de abordar a complexidade dos problemas de saúde, tanto em países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Isso exigirá que coloquemos as pessoas e seus valores no centro do processo, ao invés de doenças específicas.

A melhor resposta<sup>3</sup> ao desafio das DCNT é promover cuidados centrados nas pessoas por meio de investimentos numa APS integrada e fortalecida,<sup>13</sup> incluindo um número suficiente de profissionais bem treinados para esse modelo de atenção.

<sup>14</sup> Pelo menos 50% de todos os profissionais de saúde formados deveriam ser treinados e capacitados para os cuidados de saúde primários. A Aliança DCNT calcula que um compromisso global de cerca de 9 bilhões de dólares americanos por ano serão necessários para financiar as intervenções prioritárias. Nosso conselho é para que se acrescente outros 9 bilhões para fortalecer os serviços de APS locais nos mesmos países. Como resultado, milhões de pessoas poderão ter acesso a

cuidados primários de saúde abrangentes, custo-efetivos e de qualidade, e que atendam a todas as condições, incluindo as doenças infecciosas e as DCNT.

Estamos num momento importante de reflexão e devemos aprender com os erros passados, eventualmente bem intencionados. É tempo para responder aos objetivos da Resolução WHA62.12 e colocá-los em prática. Convidamos a todos os interessados para participarem nesta reflexão fundamental, e para tecer suas “expertises” numa ampla tapeçaria de cuidados e pesquisas mais efetivas e relevantes em saúde.

\*Jan De Maeseneer, Richard G Roberts, Marcelo Demarzo, Iona Heath, Nelson Sewankambo, Michael R Kidd, Chris van Weel, David Egilman, Charles Boelen, Sara Willems

[jan.demaeseneer@ugent.be](mailto:jan.demaeseneer@ugent.be)

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Faculty of Medicine and Health Sciences, Secretariat of The Network: Towards Unity For Health (JDM) and Department of Family Medicine and Primary Health Care (SW), Ghent University, Ghent, Belgium; Department of Family Medicine, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison, WI, USA (RGR); Department of Preventive Medicine, Federal University of Sao Paulo, Sao Paulo, Brazil (MD); Royal College of General Practitioners, London, UK (IH); Makerere University College of Health Sciences, Kampala, Uganda (NS); Faculty of Health Sciences, Flinders University Adelaide, Australia (MRK); Department of Primary and Community-Care, Radboud University Nijmegen Medical Centre, Nijmegen, The Netherlands (CvW); Department of Family Medicine, Brown University (USA), Providence, RI, USA (DE) and Secretariat of Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools, Sciez-sur-Léman, France (CB)

## Referências

- <sup>1</sup> Beaglehole R, Bonita R, Horton R et al, for *The Lancet* NCD Action Group and the NCD Alliance. Priority actions for the non-communicable diseases crisis. *Lancet* 2011; **377**: 1438–47.
- <sup>2</sup> Stuckler D, Basa S, McKee M. Drivers of inequality in Millennium Development Goal progress: a statistical analysis. *PLoS Med* 2010; 7: e1000241.
- <sup>3</sup> WHO. World Health Report Primary Health Care (Now More Than Ever). 2008. <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html> (accessed July 7, 2011).
- <sup>4</sup> Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet* 2011; **377**: 1877–89.
- <sup>5</sup> The Lancet. A strategic revolution in HIV and global health. *Lancet* 2011; **377**: 2055.
- <sup>6</sup> De Maeseneer J, van Weel C, Egilman D, et al. Funding for primary health care in developing countries: money from disease specific projects could be used to strengthen primary care. *BMJ* 2008; **336**: 518–19.
- <sup>7</sup> Unger JP, De Paepe P, Green A. A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries. *Int J Health Plann Manage* 2003; **18**: S27–S39.
- <sup>8</sup> Cavalli A, Bamba SI, Traore MN, et al. Interactions between global health initiatives and country health systems: the case of neglected tropical diseases control program in Mali. *PLoS Negl Trop Dis* 2010; 4(8): e798.doi:10.1371/journal.pntd.0000798.
- <sup>9</sup> Sixty-Second World Health Assembly. Resolution WHA62.12. Primary health care, including health system strengthening. May 22, 2009. [http://www.who.int/hrh/resources/A62\\_12\\_EN.pdf](http://www.who.int/hrh/resources/A62_12_EN.pdf) (accessed July 7, 2011).
- <sup>10</sup> Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int Jernational Journal for Equity in Health* 2011; **10**: 15.
- <sup>11</sup> Mold JW, Blake GH, Becker LA, et al. Goal-oriented medical care. *Fam Med* 1991; **23**: 46–51.
- <sup>12</sup> Starfield B. Challenges to primary care from co- and multi-morbidity. *Prim Health Care Res Dev*. 2011; **12**: 1—
- <sup>13</sup> van Weel C, De Maeseneer J, Roberts R. Integrating personal and community health care. *Lancet* 2008; **372**: 871–7-2.
- <sup>14</sup> Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools. <http://www.healthsocialaccountability.org> (accessed July 19,2011)