

A constatação de que a maior proporção mundial dos óbitos por Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) ocorre nos países em desenvolvimento e de que as projeções para os próximos 20 anos lhes são desfavoráveis foi fundamental para que a Organização Mundial da Saúde desencadeasse várias propostas, visando enfrentar e atenuar o problema, e vem liderando discussões internacionais itinerantes neste contexto. Torna-se, então, oportuno uma publicação abordando as DCNT no Brasil, em número temático da revista *Ciência & Saúde Coletiva*.

Cerca de sete décadas depois de as DCNT se destacarem na liderança das causas de morte em países ocidentais do hemisfério Norte, iniciou-se, em meados da década de 1960, a história das DCNT no Brasil. A informação pioneira data de 1984, quando Bayer & Paula publicaram a primeira série histórica da mortalidade proporcional por grupos de causas no Brasil, entre 1930 e 1980. A curva das doenças do aparelho circulatório, ascendente, cruza aquela das infecciosas e parasitárias, em declínio. Essa publicação é a referência clássica dos pesquisadores no contexto científico nacional e amplamente usada por políticos e planejadores em saúde. A partir daquele momento procurou-se entender e explicar as razões das mudanças, construindo-se o que se denominou “transição epidemiológica incompleta” para alguns, ou “polarização epidemiológica” para outros. Esse modelo opõe-se ao da grande maioria dos demais países, inclusive os latino-americanos, com situação social semelhante à brasileira. Como tal, a transição vem sendo discutida, mas, análises pioneiras do final de 2003, sobre *carga de doença no Brasil*, demonstraram, pelo indicador DALY, a progressão da transição, com as DCNT agora detendo mais de 66% dessa carga. Ainda assim, persiste a *polarização prolongada*, com um outro conjunto de doenças ou situações típicas do subdesenvolvimento detendo 23% do total da carga de doença.

Em contrapartida e apesar da ainda constrangedora iniquidade social vigente no Brasil neste século 21 – uma das maiores do mundo –, a população continua envelhecendo aceleradamente, ampliando-se as bases propícias à ocorrência das DCNT. Com o envelhecimento associado à falta da infra-estrutura capaz de dar conta da promoção da saúde e da prevenção primária das DCNT precocemente e de modo suficiente, prevê-se a freqüente “inchação da morbidade” com simultaneidade de doenças ou incapacidades. Por outro lado, a prevenção secundária não está completamente garantida. Insere-se aí a preocupação com o ônus das DCNT sobre a Seguridade Social, e em consequência sobre a sociedade, hoje representado, em grande parte e indevidamente, por situações relacionadas a eventos de DCNT em idades precoces. Não obstante essas afirmativas, conhecemos o perfil epidemiológico das DCNT no País pelas estatísticas de mortalidade que, a despeito das suas falhas, são aquelas capazes de incluir, indistintamente, todas as categorias sociais dos brasileiros, independentemente da heterogeneidade social dos mais de cinco mil municípios do País.

A morbidade populacional por DCNT é completamente desconhecida em quase todo o território nacional, excetuando-se as internações cobertas pelo SUS. A maior parte do que se conhece procede de uma das faces do País – a da pobreza, da baixa escolaridade, da maior convivência com estressores socioambientais e sem acesso à assistência médica de qualidade. Exclui-se freqüentemente das análises, ou é pouco representada, a fração da população com disponibilidade de planos ou seguros privados de saúde, ou seja, a parcela de maior renda, melhor escolaridade, com comportamentos e atitudes diferentes (nem sempre os melhores) e acesso à assistência médica de melhor padrão. Esses contrastes de comportamentos entre usuários do SUS e dos planos privados de saúde são apresentados neste número temático, confirmando-se diferenças importantes de comportamentos diante de fatores de risco, além do acesso e da utilização de serviços de saúde, visando à detecção precoce de DCNT.

Em todo o mundo discute-se exaustivamente a persistência e as conseqüências das iniquidades sociais, nas quais se inserem amplamente os principais determinantes das DCNT iniciados desde a vida intra-uterina. Também são preocupação mundial as estratégias de promoção e prevenção para esses grupos de causas, especialmente à luz das novas constatações de epidemias de DCNT ou seus fatores de risco (obesidade, diabetes, síndrome metabólica). Paralelamente, confirmam-se cada vez mais as análises que colocam a “inflamação” como dos mais importantes precursores da aterosclerose e seus desfechos. Na verdade, o processo inflamatório tem relação direta com a síndrome metabólica, cujos componentes incluem tanto obesidade quanto hiperglicemia. Estes aspectos são, atualmente, uma das maiores preocupações da Saúde Pública dos países mais desenvolvidos e de muitos dos emergentes.

Pelas situações comentadas e por tantas outras conhecidas e relacionadas às DCNT é que a Organização Mundial da Saúde propôs o Plano de Estratégias Globais para enfrentar as DCNT, baseado na alimentação saudável, atividade física e saúde, todos respaldados por evidências. Outras propostas importantes da OMS direcionadas para a vigilância epidemiológica das DCNT, nos países em desenvolvimento, vêm sendo apoiadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, já se dispondo de vários documentos básicos para a sua concretização.

Ines Lessa
Editora convidada