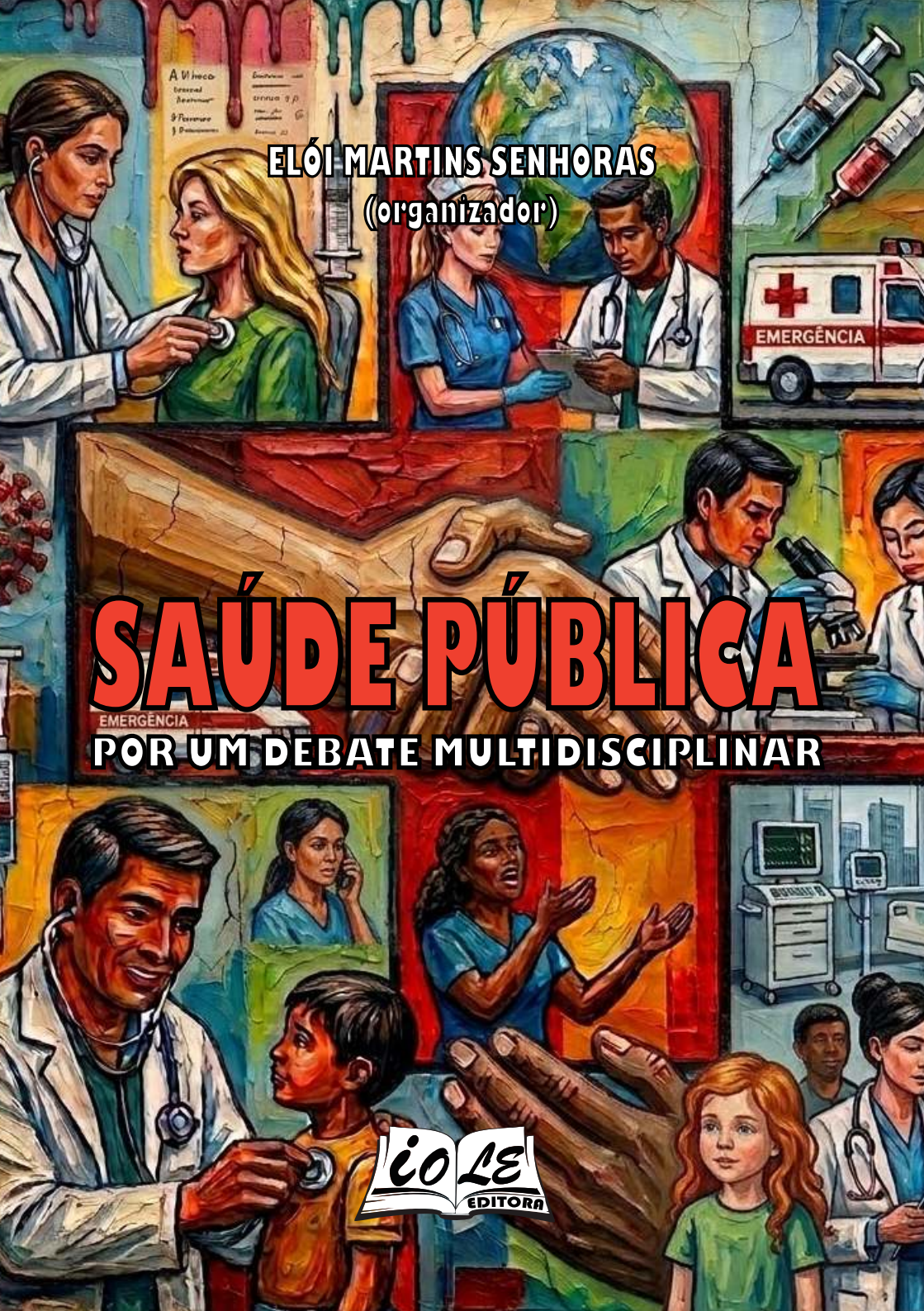
ELÓI MARTINS SENHORAS
(organizador)

SAÚDE PÚBLICA

POR UM DEBATE MULTIDISCIPLINAR



EDITORA

SAÚDE PÚBLICA

Por um Olhar Multidisciplinar

SAÚDE PÚBLICA

Por um Olhar Multidisciplinar

ELÓI MARTINS SENHORAS
(organizador)

BOA VISTA/RR
2026

Editora IOLE

Todos os direitos reservados.
A reprodução não autorizada desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação dos direitos autorais (Lei n. 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.



EXPEDIENTE

Revisão
Elói Martins Senhoras
Geane Ribeiro Silva Monteiro

Capa
Alokike Gael Chloe Hounkonnou
Elói Martins Senhoras

Projeto Gráfico e Diagramação
Elói Martins Senhoras
Balbina Líbia de Souza Santos

Conselho Editorial
Abigail Pascoal dos Santos
Charles Pennaforte
Claudete de Castro Silva Vitte
Elói Martins Senhoras
Fabiano de Araújo Moreira
Julio Burdman
Marcos Antônio Fávaro Martins
Rozane Pereira Ignácio
Patrícia Nasser de Carvalho
Simone Rodrigues Batista Mendes
Vitor Stuart Gabriel de Pieri

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO (CIP)

Se77 SENHORAS, Elói Martins.

Saúde Pública: Por um Olhar Multidisciplinar. Boa Vista: Editora IOLE, 2026.

Série: Saúde. Editor: Elói Martins Senhoras.

ISBN: 978-65-977111-6-1

1 - Brasil. 2 - Estudos de Caso. 3 - Multidisciplinaridade. 4 - Saúde. 5 - Saúde Pública.
I - Título. II - Senhoras, Elói Martins. III - Saúde. IV - Série

CDD–614

A exatidão das informações, conceitos e opiniões é de exclusiva responsabilidade dos autores.
O presente livro contou com avaliação às cegas no sistema double-blind-review.



EDITORIAL

A editora IOLE tem o objetivo de divulgar a produção de trabalhos intelectuais que tenham qualidade e relevância social, científica ou didática em distintas áreas do conhecimento e direcionadas para um amplo público de leitores com diferentes interesses.

As publicações da editora IOLE têm o intuito de trazer contribuições para o avanço da reflexão e das práxis em diferentes áreas do pensamento e para a consolidação de uma comunidade de autores comprometida com a pluralidade do pensamento e com uma crescente institucionalização dos debates.

O conteúdo produzido e divulgado neste livro é de inteira responsabilidade dos autores em termos de forma, correção e confiabilidade, não representando discurso oficial da editora IOLE, a qual é responsável exclusivamente pela editoração, publicação e divulgação da obra.

Concebido para ser um material com alta capilarização para seu potencial público leitor, o presente livro da editora IOLE é publicado nos formatos impresso e eletrônico a fim de propiciar a democratização do conhecimento por meio do livre acesso e divulgação das obras.

Prof. Dr. Elói Martins Senhoras

(Editor Chefe)

Copyright © Editora IOLE
2026

CAPÍTULO 1

Controle de Doenças Não Transmissíveis:
Contexto Histórico e Elementos para sua Discussão

CONTROLE DE DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: CONTEXTO HISTÓRICO E ELEMENTOS PARA SUA DISCUSSÃO

Aloyzio Achutti[1]

A classificação dicotômica simplista das doenças em transmissíveis (DT) e as demais, ou (aparentemente) não transmissíveis - Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), deve ter se originado no deslumbramento causado pela descoberta do papel etiopatogênico dos micro-organismos e de seus vetores, dando chance para controlar a cadeia epidemiológica e interferir na transmissão de doenças. É algo, portanto, de meados do século XIX, do tempo de Filippo Pacini, Louis Pasteur e John Snow. O rótulo reducionista reflete o desapontamento pela não compreensão de doenças nas quais não se encontravam germes, pela impotência em controlá-las, assumindo-as como fatalidades degenerativas. Restava apenas assistir indivíduos afetados, na fase avançada da história natural, aliviando o sofrimento, sem causar maiores danos.

A observação e a pesquisa levaram à identificação de fatores de risco (FR) – equivalentes aos germes nas DT – relacionáveis com alterações fisiopatológicas características de diversas DCNT. Estes FR eram comuns para várias doenças que, por sua vez se superpunham, sem fronteiras bem definidas. A suscetibilidade era variável e mais saliente em algumas famílias, levando a suspeitar de características genéticas em algumas delas. Outras, entretanto, estavam relacionadas FR comportamentais e hábitos de vida.

[1] Médico. Professor aposentado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail para contato: achutti@gmail.com

Assim como os micro-organismos foram responsabilizados pelo primeiro grupo, controlado com tanto sucesso, as demais doenças poderiam ser controladas reduzindo a exposição aos FR. O sucesso, entretanto, não resultou de ação direta sobre agentes patogênicos, mas do saneamento básico, medidas de higiene, isolamento, interferência na cadeia epidemiológica de transmissão e intervenções no sistema de defesa do hospedeiro através de vacinas e de assegurar qualidade de resposta imunitária. Por outro lado, o comportamento humano é bem mais complexo e imprevisível do que o dos germes.

As DCNT têm sido rotuladas também como doenças provocadas pelo próprio homem ("*man-made diseases*"), como se a intervenção humana não estivesse também por trás das epidemias e do controle das DT.

Em meados do século na medida em que as doenças infecciosas e parasitárias iam sendo controladas, as DCNT tornaram-se mais salientes. A partir de estudos populacionais aumentou o interesse voltado para este conjunto de enfermidades, constatando-se também ser dobrado o ônus de comunidades de baixa renda e países em desenvolvimento: acompanhando o baixo desenvolvimento humano todos os problemas persistem, coexistem e comprometem com maior precocidade.

Há uma grande quantidade de referências bibliográficas relacionadas com esse tema, inclusive acessíveis pela internet (AMICOR, 2014).

Quando se pretende discutir controle de comportamento e doenças, não se pode perder a visão de contexto global, num mundo onde a violência ainda persiste, e vale recordar palavras do discurso de Sir Winston Churchill, lido por sua esposa, por ocasião da entrega do Prêmio Nobel de 1953 (CHURCHILL, 1973):

> Desde a morte de Alfred Nobel, em 1896, entramos numa era de tumulto e tragédia. O poder do homem aumentou em todos os domínios, exceto no que concerne ao controle de si mesmo. No campo da ação, jamais os acontecimentos pareceram diminuir tão duramente a personalidade humana. Raramente na História, tantos fatos brutais dominaram tanto o pensamento. A grave questão se apresenta a todos nós: será que nossos problemas ultrapassaram o nosso controle? Sem dúvida alguma, atravessamos um período em que isso pode ser verdadeiro. Portanto, devemos, com humildade, procurar o caminho da salvação.

PASSOS NA EVOLUÇÃO DA ABORDAGEM DAS DCNT

Hoje existe um interesse muito grande em todo o mundo no estudo, discussão e alternativas para controle das DCNT. Em parte pelo desenvolvimento científico, tecnológico e de responsabilidade política e social, mas também por interesses secundários da indústria e do comércio internacionais, com efeitos positivos, e outros nem tanto, nessa evolução. Alguns nomes, entre tantos outros, deverão ser citados ao menos para deixar bem claro que as modificações de paradigma e de objetivos programáticos dependem, no início, de pessoas em posições chave, com clarividência, boa vontade, entusiasmo e competência. As instituições embora deem respaldo e autoridade, servem para estruturar e manter o fica consolidado em programas de controle.

Na perspectiva do autor, a trajetória de inclusão das DCNT poderia ser assim retraçada: Início (década de 1950) por assistência individual a doenças crônicas isoladas em fase avançada ou terminal. Desenvolvimento científico e tecnológico levando à progressiva especialização e, em contrapartida, valorização da extensão de

cobertura e da atenção primária. Progressiva incorporação na agenda de saúde pública de DCNT isoladas. Prevenção secundária individual (identificação precoce e tentativa de retardo do dano). Progressos na reabilitação. Identificação de fatores de risco isolados. Prevenção primária de fatores de risco isolados. Prevenção primordial. Identificação de suscetibilidade genética. Identificação de FR associados e comuns a várias DCNT. Advocacia. Educação para a saúde. Abordagem associada dos FR, e DCNT em escala populacional. Promoção da Saúde. Estilos de vida. Saúde Global. Estudo de mecanismos neurais do comportamento e dependência. Psicologia social. Abordagem das causas das causas. Implicações macroeconômicas. Determinação social das doenças. Componentes emocionais: autoestima e rejeição. Saúde Urbana, Ambiente e Equidade.

Em 8 de setembro de 2000 a 55ª Assembleia Geral da ONU adotou uma resolução chamada Declaração do Milênio (ONU, 2000) voltada para:

> [...] um mundo pacífico, próspero e justo, reconhecendo as responsabilidades em sustentar princípios de dignidade humana, igualdade e equidade e a obrigação com toda a população mundial, especialmente os mais vulneráveis e, em particular as crianças do mundo a quem o futuro pertence.

Reafirma-se a importância do desenvolvimento humano, e a necessidade do combate à pobreza e à falta de educação, propondo-se até 2015 reduzir pela metade a proporção dos que vivem com menos de um dólar por dia, sofrem fome, e não tem água segura para beber. Dentre os Objetivos do Milênio (OM) não é mencionada diretamente nenhuma das DCNT, na época, responsáveis por 63%

da mortalidade mundial por todas as causas, com incidência mais precoce nas populações mais pobres, e com agravante de contribuírem, em círculo vicioso, para manutenção do subdesenvolvimento.

Mesmo sem menção específica, alcançando-se os OM, as doenças não contempladas diretamente, ainda assim deverão se beneficiar, pela teoria da programação fetal das doenças do adulto e modificações epigenéticas da expressão dos genes (Teoria de Barker) (ACADEMIA.EDU, 2020). As DCNT, mesmo não constantes nos OM serão controladas indiretamente com a melhoria das condições de desenvolvimento fetal e dos primeiros anos de vida, garantindo segurança alimentar, melhorando a saúde e as condições de vida das mães, promovendo a educação, e reduzindo o peso negativo da pobreza que destrói autoestima, favorece os FR e dificulta o acesso a melhor assistência.

Em setembro de 2011 a Organização das Nações Unidas (ONU) promoveu nova Reunião de Alto Nível em Nova York para rediscutir os OM, resultando em nova resolução adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (66/2), constante de uma Declaração Política sobre Prevenção e Controle de DCNT (ACADEMIA.EDU, 2020). Seguindo-se ao encontro de líderes mundiais (entre os quais estava a Presidente da República) foi elaborado um plano de ação para 2013-2020 (ONU, 2011, WHO, 2020).

PERSPECTIVA NACIONAL

No início da década de 1970 realizou-se no Estado do RS uma análise institucional da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, em cujo grupo sobre epidemiologia cardiovascular

participou este autor. Depois de se examinarem as informações disponíveis, chegou-se a conclusão de srem muito pobres ou inexistentes (para fundamentar a discussão do tema foram utilizados dados Americanos), e não existia nenhum programa de saúde pública relacionado com DCNT embora houvesse indícios da importância do problema do ponto de vista de saúde pública (RIO GRANDE DO SUL, 1972).

Um artigo de Thomas Strasser no periódico "Chronicle" da OMS (WHO, 1972), abordando a prevenção comunitária da Febre Reumática, em países com desenvolvimento social e econômico equiparáveis ao Brasil serviu como inspiração para propor iniciativa semelhante por aqui, seguindo modelo proposto para populações do outro lado do oceano.

Ao solicitar autorização para utilizar o protocolo da OMS ao gerente do escritório da OPS no Estado, Daniel Lopez Ferrer, ele levou a notícia do projeto da Secretaria da Saúde do Estado do RS a Washington, onde Jorge Litvak (endocrinologista Chileno) recém assumira posição com propósitos de promover programas comunitários para estudo e controle de DCNT em países do continente (OPS, 1972). Porto Alegre (15-18/07/1975) sediou um primeiro encontro com representantes de alguns países para desenvolver estudos epidemiológicos e prevenção secundária da Febre Reumática no Brasil, Argentina, Paraguai, Chile, Bolívia, Peru e Venezuela, Guatemala (PAHO, 1980). Muitos outros assessores da OPAS e da OMS deveriam ser citados pelo papel relevante exercido no desenvolvimento inicial e na promoção das estratégias para o controle das DCNT. Entre estes tornam-se salientes: Luis Ruis, Hector Boffi Boggero, Antonio Menna, Helena Restrepo, Hans Böttig, Ivan Gyarfas, e Porfírio Nordet.

A existência de um grupo excepcional de sanitaristas no Conselho da SSMA do Estado: (Valdir Arcoverde, Moacyr Scliar, Clovis Tigre, Cláudio Silveira, Ayrton Fischmann, Jorge Ossanai,

Ciro de Quadros, Germano Bonow; e no Serviço de Doenças Crônicas: Maria Inês Reinert Azambuja, Sérgio Luiz Bassanesi, Maria Helena Engel Rosito, Maryleda Costa, Ana Maria Britto, e José Baldi) certamente foi determinante para aceitação e desenvolvimento da proposta na agenda de saúde pública do Estado.

A experiência logo propiciou sua adaptação e extensão para abordagem da hipertensão arterial, tabagismo, sedentarismo, diabete melito, obesidade, câncer ginecológico, doença de Chagas, chamando atenção do Ministério da Saúde e de outros Estados, motivando extenso e profícuo intercâmbio. Em 1977 o Ministério da Saúde convocou no Rio de Janeiro uma reunião coordenada por Humberto Torloni (então dirigente do Instituto Nacional do Câncer, único organismo voltado para assistência de problema do conjunto DCNT). À reunião compareceram o Professor Rubens Maciel (egresso de estágio na OPS), Cláudio Penna, Romero Bezerra Barbosa, Eduardo de Azeredo Costa (chegado de Londres onde trabalhara junto ao Professor Geoffrey Rose na LSHTM), e outros profissionais da saúde entre os quais o autor, representando a experiência do Estado. Em seguida foi criado o Departamento de Doenças Crônicas-Não-Transmissíveis no MS coordenado por Edmur Pastorello, Geniberto Paiva Campos, Romero Barbosa, Ely Toscano Barbosa etc.

Em 1978 realizou-se, coordenada por Eduardo Azeredo Costa e este autor, orientada por Geoffrey Rose, uma pesquisa populacional sobre Pressão Arterial e outros FR, aleatória, estratificada e representativa da população adulta (20-74 anos) do Estado do RS. Na época, a mais extensa, relacionada com essa temática em países com característica de desenvolvimento humano semelhante ao do Brasil (COSTA, 1980).

Ainda na mesma linha de pesquisa e ação, dentro de um referencial estratégico, foi possível utilizar oportunidades que foram se abrindo, através de diversas instituições. Avaliações de impacto

favorável existem somente com relação ao tabagismo, entretanto dos últimos 30 anos podem-se selecionar alguns exemplos mais relevantes de intervenções das quais o autor participou como testemunha e/ou protagonista.

- Em 1980 estudo de prevalência de uso e conhecimentos básicos sobre tabagismo na População escolar de Porto Alegre e Estado do RS, acompanhado de elaboração de material educativo para professores, população alvo e intervenção no processo educacional (OPS, 1986);
- Technical Report on Smoking in Developing Countries (WHO 1982);
- Censo Nacional de Prevalência do Diabete Melito.
- Em 1987 um estudo populacional de monitorização de fatores de risco em capitais Latino-Americanas, Estudo More (OPS) - Porto Alegre, São Paulo, Havana, Bogotá, Caracas, Santiago do Chile, mais duas cidades do México na fronteira com os EEUU (ACHUTTI; VICTORA, 1988);
- Estudo do Banco Mundial coordenado por John Briscoe sobre o novo desafio da saúde do adulto (BRISCOE, 1990);
- 1992-Surgeon General Report: Smoking in the Americas (SURGEON GENERAL, 1992);
- Envolvimento no currículo da Universidade com Saúde do Adulto (TOUT, 1993);
- Colaboração com o Relatório de Desenvolvimento do Banco Mundial de 1993, onde foi apresentada nova forma de contabilizar o impacto das doenças por anos de saúde perdidos e ajustados (WORLD BANK, 1993);

- Rheumatic Fever Prevention in Developing Coutries Joint Programme WHO/UNESCO/WHF. Geneva 1994.
- White Book WHF (CHOCKALINGAM *et al*., 2000);
- Em 1997 (em seguimento ao Primeiro Seminário Nacional de dez dias sobre Epidemiologia e Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Gramado) criou-se uma rede virtual chamada AMICOR http://amicor.blogspot.com com ênfase em DCNT e outros valores que de alguma forma podem estar relacionados com as causas das causas (AMICOR, 1997);
- Ainda em 1997, poucos meses depois, o Professor Bernard Lown (Boston) deu início à rede ProCOR com algumas características semelhantes (REDE ProCOR 1997);
- Participação em estudo da Universidade Columbia sobre a corrida contra o tempo na tentativa de conter as DCNT em países em desenvolvimento (COLUMBIA UNIVERSITY, 2004);
- DCNT no Brasil, sistema de saúde e de seguridade social. Artigo para revista Ciência e Saúde, 2004 (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004);
- Mortalidade precoce por DCV e Desigualdades Sociais em Porto Alegre (BASSANESI *et al*., 2008);
- Impacto macro-econômico das Doenças Cardiovasculares no Brasil (ICHealth) (AZAMBUJA *et al*. 2008);
- Discussão de Novo Paradigma para epidemiologia das DCV (AZAMBUJA; ACHUTTI; LEVINS, 2008);
- Saúde Urbana, Ambiente e Equidade (AZAMBUJA, *et al*., 2011);
- Prevenção de DCV e promoção da saúde. Artigo em revista Ciência e Saúde Coletiva (2012);

- Norma técnica sobre Prevenção do Tabagismo Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013;
- Desafio da Prevenção de DCV: Álcool e fumo. Capítulo de livro sobre o desafio da Prevenção de DCV em colaboração Sociedade Brasileira de Cardiologia, "American Heart Association" e "European Society of Cardiology".

TÓPICOS QUE MERECEM MAIS DISCUSSÃO

Cada tópico que segue poderia ser o título para novo artigo ou mesmo para um debate. Na dimensão deste texto terão que ir de forma muito sumária, mais como uma provocação com possibilidade de suscitar mais estudos e opiniões.

Transposição de experiências

Sem negar a importância da troca de experiências, observa-se sempre a tentação de replicar experiência de sucesso obtida numa população em outra, o que entretanto pode ter limitações. Não estou querendo falar somente de um país para outro, mas mesmo dentro de uma mesma cidade, considerando estratos sociais e culturas distintas. É emblemático o que ocorreu por aqui quando com a maior boa vontade o saudoso chargista Ziraldo elaborou um cartaz de um homem todo adornado com colares e pulseiras chamativas e fumando. "Dizia Fumar é Cafona", depois se constatou que aquilo que para nós significava cafonice, para gente das favelas do Rio de Janeiro era sinal de sucesso e objeto de desejo.

Meia informação ou generalização indevida

"Sou 12 por 8". Este *slogan* intensivamente utilizado como alerta para a detecção precoce da hipertensão arterial pode ser questionado pois se para indivíduos jovens, tranquilos, em repouso sejam níveis desejáveis, parte da população, principalmente os mais idosos com artérias com elasticidade naturalmente reduzida não conseguem satisfazer o critério e até pode ser inconveniente que procurem atingi-lo aumentando a dose da medicação. Esta frustração pode ser motivo de mais ansiedade e funcionar até em círculo vicioso. O uso da publicidade simplista, termina por discriminar e causar malefícios para quem não pode ou não deve ser enquadrada nos critérios.

Recomendações

Não se pode comer a gema do ovo, evitar gorduras saturadas e reduzir todo o tipo de gorduras, reduzir a ingesta de sal, reduzir o consumo de açúcar...

Redução do dano

Frente a dificuldade em atingir objetivos ideais, em algumas situações, como no tabagismo, preconiza-se a redução do dano, mais recentemente com utilização de cigarro eletrônico. Se com este recurso é possível evitar a contaminação de circunstantes (fumo secundário) e evitar algumas substâncias produzidas na combustão do tabaco (como alcatrões), a alimentação da dependência com a substância básica que a produz junto ao ritual tradicional da

utilização dos lábios e da baforada, dificultaria a retirada. Provavelmente para a indústria haja interesse na novidade pelo fato de o produto final ter maior valor agregado, e de funcionar como uma ilusão de sucesso ou uma promoção de novidade.

Demanda espontânea x rastreamento de casos

Controvérsias podem estar relacionadas com a assistência frente a doenças não contagiosas, entre apenas informar e criar condições para um diagnóstico adequado ou buscar ativamente casos na comunidade.

Exagero Promocional

O entusiasmo ou compulsividade dos promotores e educadores para a saúde, leva às vezes a agirem com fanatismo de ativistas políticos interferindo sem paciência, ou sem compreensão do processo de dependência com relação a fatores comportamentais.

Multicausalidade

Os esforços utilizados na modificação do comportamento podem causar estresse e a substituição de um fator por outro ou mais de um.

Discriminação

A identificação de um fator de risco como tabagismo, obesidade, outras dependências frequentemente funciona como fator

de "*minus valia*" com significado não só para outras pessoas e profissionais da saúde, mas também para si próprio, criando motivo a mais para frustração, estresse e sofrimento.

Descrédito por interpretações viciosas

O exagero na veiculação das informações, índices e interpretações pode funcionar como elemento de descrédito nos profissionais da saúde, particularmente para os indivíduos que mais precisariam de ajuda.

Dificuldades na monitorização

Muitos dos indicadores de interesse para uma adequada monitorização do comportamento e prevalências podem ficar ocultos, ou fogem ao controle oficial, como é o caso do contrabando de cigarros, álcool e outras drogas. Sua estigmatização colabora com a tendência de escapar da vista.

As restrições legais, se benéficas por um lado, funcionam como fomento ao comércio ilegal e inclusive como estímulo para o tráfico, supervalorização do produto, e estímulo à demanda.

Especialização e Atenção Primária

Inexiste - não pode existir conflito entre essas duas etapas da assistência, mas existe competição por recursos e valorização na cultura médica. A primeira se desenvolve com vantagens, mas

facilmente se distancia da perspectiva populacional e da prevenção e do controle.

Visão antropológica

Em geral na formação médica constata-se um reduzido conhecimento das bases antropológicas do comportamento humano: identificação grupal, adesão a modelos como argumentos de modismo, discriminação e abuso.

Etapas de evolução do comportamento

São bem conhecidos os princípios que regem o comportamento, mas não custa relembrar; o primeiro passo é o da informação gerando conhecimento, depois uma fase de contemplação de incorporação ou mudança, à qual se segue o da formação de uma atitude favorável, embora ainda exigindo esforço e, por fim o da mudança quando o comportamento se incorpora à cultura grupal e pode ser quase insensivelmente copiado sem maior esforço.

Não esquecer que em geral o contato com a realidade se faz primeiro por via emocional, onde é possível sentir mesmo sem compreender, e já criar uma predisposição mesmo sem o conhecimento.

Circuito da Recompensa

Prazer imediato e fuga da dor, são mecanismos baseados em estruturas cerebrais ligadas à sobrevivência não somente humana,

que podem ajudar a compreender e buscar o controle do comportamento humano visando intervenção sobre fatores comportamentais e sua relação com DCNT.

Processo decisório

Também é preciso reconhecer as deficiências no conhecimento para melhor compreender e lidar com o processo decisório, tanto do ponto de vista do indivíduo como grupal. A indústria, e profissionais de marketing em geral estão mais bem atualizados quanto aos caminhos e a probabilidade de sucesso nas negociações e decisões. Médicos ingenuamente acreditam ser suficiente a racionalidade e as evidências científicas, enquanto economistas e psicólogos têm lidado mais adequadamente com a motivação das escolhas e tomadas de decisões.

Estilo de Vida

Juntamente com valorização do controle dos FR, a expressão Estilo de Vida adquiriu força de slogan promocional, desviando a atenção sobre a importância da determinação social das doenças, como se o estilo fosse algo de auto escolha individual, minimizando outras forças determinantes do comportamento humano.

Cooperação Internacional

Certamente a troca de experiências e a importância que tem o intercambio transcultural, assim como desempenham um papel

importante na disseminação (poder-se-ia dizer na transmissão) de padrões de comportamento de risco, também são fundamentais na inspiração e no suporte a iniciativas que visam o controle das DCNT.

A cooperação tem ficado mais facilitada com o progresso dos meios de comunicação eletrônicos, capazes de manter quem quiser em reunião permanente. Iniciou-se em 1997 (em seguimento ao Primeiro Seminário Nacional de dez dias sobre Epidemiologia e Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Gramado) uma rede chamada AMICOR (1997) com ênfase em DCNT e outros valores que de alguma forma podem estar relacionados com as causas das causas.

Poucos meses depois o Professor Bernard Lown (Boston) deu início à rede ProCOR (1997) com algumas características semelhantes.

Custo social

Não tem sido suficientemente avaliado o custo social dos fatores de risco e da morbimortalidade precoce. Custos de investigação e tratamento, sofrimento do indivíduo da família e do grupo, perda de produtividade e aposentadoria precoce. O que existe não está em linguagem convincente para políticos e empresários.

Coexistência com interesses secundários

Todo o esforço no sentido do controle dos fatores de risco coexiste com outros interesses, propaganda e promoção de produtos e comportamento de risco, em geral providos por fontes bem mais

poderosas do ponto de vista econômico, social e político do que as forças contrárias.

Dependência da taxação

Se o imposto é um dos recursos para elevar o preço do produto que causa dependência visando obter redução no consumo, é preciso levar em conta que o governo se torna dependente destes recursos e pode ficar ambivalente sobre medidas que possam estancar esta fonte. O aumento das taxas aumenta também o poder das companhias interessadas e não é de surpreender que elas mesmas em geral estão a favor de aumento da taxação. O tema deste ano para o dia mundial sem tabaco é justamente o do aumento dos impostos visando reduzir o consumo. Para os mais dependentes pouco importa o aumento do preço do produto.

Solidariedade global

No caso do Brasil grande parte da produção do tabaco é destinado à exportação e termina consumido fora do país, o que é usado como argumento a favor do protecionismo de nossas lavouras de fumo. Falta-nos a consciência de uma solidariedade global como falta ao contrabandista e ao traficante.

Doença social

A necessidade de substâncias e artifícios causadores de dependência precisa ser examinada à luz do tipo de sociedade que

que se constituiu e na qual se vive, onde o grande número de pessoas se vale de expedientes deste tipo para buscar recompensa, atenuar o sofrimento causado pela desigualdade, desequilíbrio e frustrações.

Fronteira DT/DCNT

Fica cada vez mais claro que a dicotomia das doenças que deu origem à designação de DCNT, não auxilia na compreensão da etiopatogenia das mesmas pois cada vez mais podem-se encontrar microrganismos ligados à DCNT, bem como no sentido contrário aumentando a suscetibilidade e prejudicando a evolução de DT. O sistema imunitário e as reações inflamatórias têm contribuído para acrescentar uma visão intrigante dentro do paradigma médico convencional (26).

Saúde Urbana

Sob uma perspectiva mais ampla o referencial da saúde urbana, concretamente onde a população nasce, se desenvolve, se reproduz, produz e morre, ligada às estruturas de poder que são mais fortes do que a capacidade individual de resistir (27).

Ambiente

Para além do óbvio da não destruição do próprio patrimônio material, natural e cultural com consequência imediatas e para as gerações futuras, é preciso discutir os para-efeitos, às vezes inadvertidos, causados pela própria promoção de tratamentos (pesticidas, drogas, hormônios, antibióticos, psicotrópicos e outros produtos químicos) na água que se bebe e na contaminação de alimentos promovidos como preventivos de DCNT.

A poluição ambiental pode ser vista para além da químico-física, como a poluição visual, radiações, informação, ambiente doméstico e laboral e equipamento urbano de deslocamento e laser. O ambiente psicológico, a agressividade, a competitividade, a corrupção, a insegurança, a desconfiança, a falta de expectativa de vida, a falta de solidariedade, o estresse social.

Desigualdade

Em todos os tópicos delineados pode-se ver a iniquidade social e valorizar a determinação social de saúde/doença onde se salientam as DCNT, conforme tem defendido Sr Michael Gideon Marmot através principalmente da comissão sobre determinantes sociais da OMS. Entenda-se que quando se fala em desigualdade não se está limitando à desigualdade econômica e de condições materiais de vida, mas também ao tratamento desigual, à discriminação, ao prejuízo da autoestima e a falta de perspectiva de vida.

À GUISA DE CONCLUSÃO

Diferentemente do que ocorreu com as DT, apesar de todas as evidências e sucessos, não se percebe uma incorporação efetiva de uma perspectiva sanitária entre os especialistas dedicados à assistência das DCNT.

Assim como aconteceu com as DT que as ações efetivas foram dirigidas para as causas da disseminação dos germes, não se percebe face às DCNT uma atitude que se antecipe aos FR,

relacionada com o desenvolvimento humano e a distribuição do poder e da riqueza na sociedade.

O desenvolvimento de programas preventivos é ainda voltado para fatores de risco isolados, como se o comportamento humano fosse totalmente autônomo e não dependente de estruturas sociais que dominam a cultura.

Os sucessos da ciência e tecnologia no tratamento heroico da fase avançada das DCNT distrai das mudanças necessárias e reduz a capacidade de investimentos na organização de cidades com equipamentos que favoreçam a qualidade de vida e que possam se desenvolver mais justas, produtivas e pacíficas.

Faltam estudos e demonstrações convincentes para políticos e empresários de que, assim como aconteceu com o saneamento básico, no controle das DT, a redução da pobreza, a educação, o emprego, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança e a perspectiva de vida, podem ter grande impacto no controle das DCNT

A etapa de desenvolvimento social global de hoje conta com facilidades tecnológicas de conectividade e comunicação que estão facilitando a troca de informação e influindo muito rapidamente no comportamento (FR comportamentais) e em sua disseminação (assim como a proximidade e a falta de cuidados higiênicos facilitavam a transmissão dos germes). Parece necessária uma atualização e melhor utilização dos recursos de controle.

Face ao profundo desencontro entre o paradigma dominante na sociedade atual e os valores necessários para se conseguir desenvolvimento sustentado com controle efetivo das DCNT, faz-se necessário mobilizar todos os recursos de comunicação e articulação para se conseguir progressiva aproximação da revolução cultural necessária.

Embora exista muito discurso em torno da controlabilidade das DCNT e exista uma progressiva consciência de sua importância, é muito provável que o impacto mensurável não se deva tanto a intervenções específicas, mas ao controle de algumas variáveis do desenvolvimento humano, assim como ocorreu com as DT. Entretanto a persistência de uma cultura de risco, da violência, do preconceito e da desigualdade, são evidências apontando para o longo caminho ainda a percorrer e das grandes possibilidades futuras.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA.edu. "Teoria de David Barker". **Academia.edu** [2020]. Disponível em: <www.academia.edu>. Acesso em: 12/04/2026.

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. "Chronic non-communicable diseases in Brazil: the health care system and the social security sector". **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 9, 2004.

ACHUTTI, A.; VICTORA, C. **Promoção/Proteção da Saúde**. Porto Alegre: OPAS, 1988.

AMICOR. "Criação da Rede Virtual AMICOR". **Amicor** [1997]. Disponível em: <www.amicor.blogspot.com.br>. Acesso em: 12/04/2026.

AMICOR. "Seleção de referências relacionadas com DCNT acessíveis pela INTERNET". **Amicor** [2014]. Disponível em: <www.amicor.blogspot.com.br>. Acesso em: 12/04/2026.

AZAMBUJA, M. I. R. *et al.* "Impacto Econômico dos Casos de Doença Cardiovascular Grave no Brasil: uma Estimativa Baseada em Dados Secundários". **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, vol. 91, 2008.

AZAMBUJA, M. I. R. *et al*. "Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdade". **Revista Brasileira de Medicina e Comunidade**, vol. 6, n. 19. 2011.

AZAMBUJA, M. I. R.; ACHUTTI, A.; LEVINS, R. "The inflammation paradigm: towards a consensus to explain coronary heart disease mortality in the 20th century". **CVD Prevention and Control**, vol. 3, 2008.

BASSANESI, S. L. *et al*. "Premature Mortality due to Cardiovascular Disease and Social Inequalities in Porto Alegre: From Evidence to Action". **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, vol. 90, 2008.

BRISCOE, J. **Brazil**: the new challenge of adult Health. Washington: World Bank, 1990.

CHOCKALINGAM, A. *et al*. "The World Heart Federation's white book: impending global pandemic of cardiovascular diseases: challenges and opportunities for the prevention and control of cardiovascular diseases in developing countries and economies in transition". **American Journal of Cardiology**, vol. 16, n. 2, 2000.

CHURCHILL, W. **Premio Nobel 1953 Winston** S. **Churchill**. Rio de Janeiro: Editora Opera Mundi, 1973.

COLUMBIA UNIVERSITY. **A Race against Time**: The Challenge of CVD in Developing Countries. New York: Columbia University,

2004. Disponível em: <www.earth.columbia.edu>. Acesso em: 12/05/2026.

COSTA, E. **Sal e a Pressão Arterial na População Adulta do Estado do RS, Brasil** (Tese Pós-doutorado) Lonfres: School of Hygiene and Tropical Diseases, 1980.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Declaração e objetivos do milênio**. New York: ONU, 2000. Disponível em: <www.onu.org>. Acesso em: 12/04/2026.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Resolução da Assembleia Geral da ONU n. 66/2**. New York: ONU, 2011. Disponível em: <www.onu.org>. Acesso em: 12/04/2026.

OPS. **Control del Habito de Fumar - Projeto Fumo**. Geneva: OPS, 1986. Disponível em: <www.ops.org>. Acesso em: 12/04/2026.

OPS. **Plan Decenal de Salud para las Americas**. Geneva: OPS, 1972. Disponível em: <www.ops.org>. Acesso em: 12/04/2026.

PAHO. **Prevención y control de la fiebre reumática en la comunidad**. Washington: PAHO, 1980. Disponível em: <www.paho.org>. Acesso em: 12/04/2026.

REDE ProCOR. "Iniciativa do Professor Bernard Lown". **Rede PoCOR** [1997]. Disponível em: <www.redeprocor.org>. Acesso em: 12/04/2026.

RIO GRANDE DO SUL. **Análise Institucional e programação de atividades 1972-74**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 1972. Disponível em: <www.rs.gov.br>. Acesso em: 12/04/2026.

SURGEON GENERAL. **Smoking in the Americas**. Washington: Surgeon General, 1992.

TOUT, K. **Elderly Care**: A world perspective. London: Chapman and Hill. 1993.

WHO - World Health Organization. **Plano de Ação 2013-2020**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <www.who.org>. Acesso em: 12/04/2026.

WHO - World Health Organization. **Programme on Rheumatic Fever Prevention - Doc.CVD - 72.2**. Geneva: WHO, 1972. Disponível em: <www.who.org>. Acesso em: 12/04/2026.

WHO - World Health Organization. **Smoking control Strategies in Developing Countries**. Geneva: WHO, 1983. Disponível em: <www.who.org>. Acesso em: 12/04/2026.

WORLD BANK. **Investing in Health World Development Report 1993**. Washington: World Bank, 1993. Disponível em: <www.worldbank.org>. Acesso em: 12/04/2026.