



DOENÇAS CRÔNICAS NO BRASIL: UM DIÁLOGO COM O CANADÁ



CONHECENDO UM POUCO MAIS...



UFRR



Livro baseado em uma **pesquisa documental** de cunho comparativa entre Brasil e Canadá, com foco nas Políticas vigentes para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

AUTORES

JENNIFER SOANNO MARCHIORI
MESTRE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

CALVINO CAMARGO
DOUTOR EM PSICOLOGIA SOCIAL

BOA VISTA – RR, 2025

PREFÁCIO

AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) SÃO COMORBIDADES MULTICAUSAIS, CARACTERIZADA POR UM INÍCIO GRADUAL, PODENDO TER DURAÇÃO INDEFINIDA. OLHAR PARA OS MODELOS ASSISTENCIAIS À SAÚDE DO BRASIL E CANADÁ PERmite-nos OBSERVAR PARTICULARIDADES QUE CONVERGEM ENTRE SI, AUXILIANDO NAS REFLEXÕES SOBRE A ATENÇÃO A ESSA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA. ESSE LIVRETO PERMITE UM RECORTE DESSES MODELOS ASSISTENCIAIS QUE FOI ALVO DA INVESTIGAÇÃO DOCUMENTAL. NOSSAS CONCLUSÕES INDICAM QUE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) TEM MUITO A CONTRIBUIR COM AS POLÍTICAS GLOBAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE, ESPECIALMENTE EM RELAÇÃO AS DCNT.



SUMÁRIO

- 1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E SUA ESTRUTURA**
- 2. MEDICARE E A SAÚDE NO CANADÁ**
- 3. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**
- 4. PLANOS, AÇÕES E ESTRATÉGIAS**
- 5. PRINCIPAIS DIFERENÇAS**
- 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**



O SUS E SUA ESTRUTURA

REGULAMENTADO PELA LEI N° 8.080 DE 1990, TRATA-SE DE UM SISTEMA DESCENTRALIZADO DE COMANDO ÚNICO E CONTA COM A PARTICIPAÇÃO POPULAR. AS RESPONSABILIDADES SÃO DIVIDIDAS EM TRÊS ESFERAS GOVERNAMENTAIS (FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL). DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO, QUE SE SEPARAM DE ACORDO COM GRAUS DE COMPLEXIDADE, SE BASEANDO NAS CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DE CADA REGIÃO.

PRINCÍPIOS

- UNIVERSALIDADE
- INTEGRALIDADE
- EQUIDADE



MEDICARE E A SAÚDE NO CANADÁ

PRINCÍPIOS

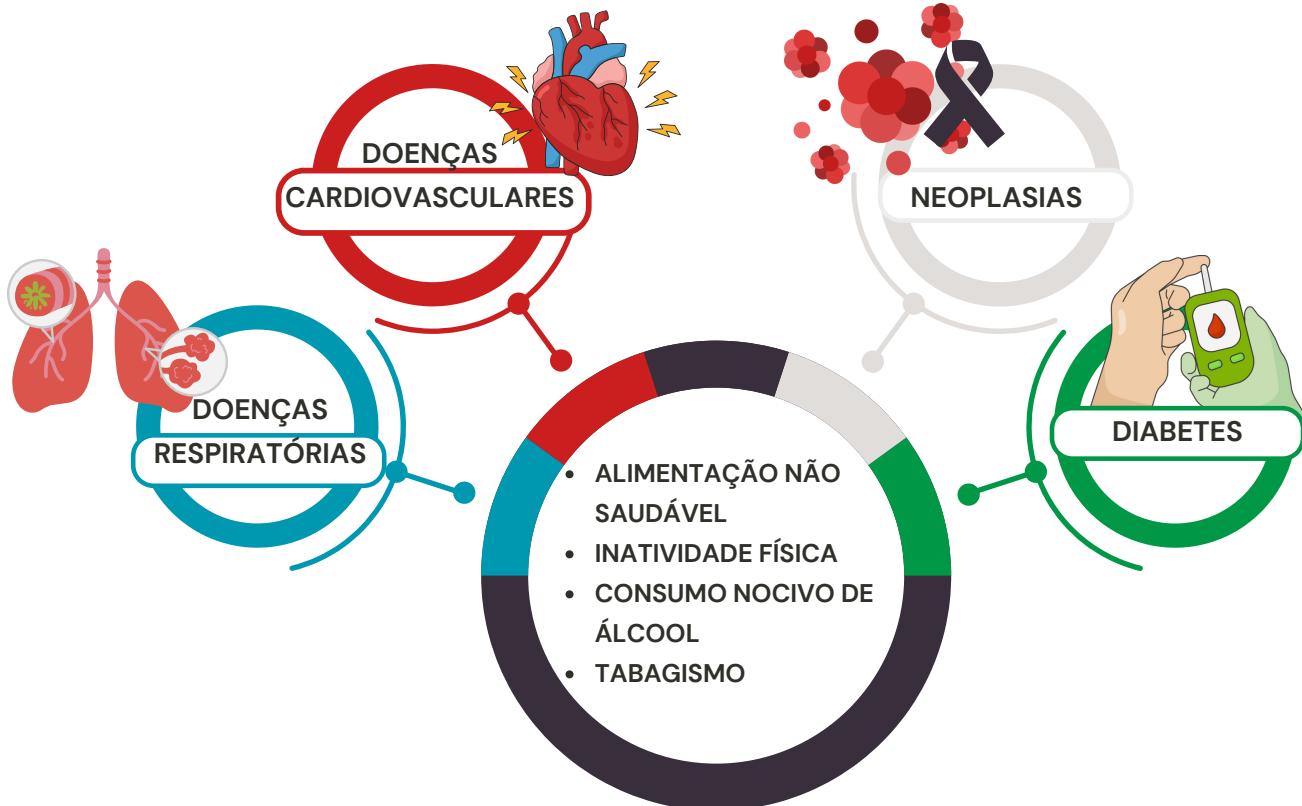
- ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
- ABRANGÊNCIA
- UNIVERSALIDADE
- PORTABILIDADE
- ACESSIBILIDADE



É REGULAMENTADO PELO CADANADA *HEALTH ACT* DE 1984, O MEDICARE É O SISTEMA DE SAÚDE VIGENTE NO CANADÁ. SUA DIVISÃO OCORRE NOS SEGUINTE NÍVEIS GOVERNAMENTAIS: FEDERAL, PROVINCIAL E TERRITORIAL. É UM SISTEMA COMPOSTO POR 13 PLANOS (10 PROVINCIAIS E 3 TERRITORIAIS), DE FORMA QUE CADA LOCALIDADE TENHA SUA INDEPENDÊNCIA, MAS QUE TODOS TENHAM AS MESMAS CARACTERÍSTICAS. A ADESÃO DO MEDICARE É OPCIONAL, PORÉM ATUALMENTE TODOS SEGUEM ESSE MODELO PROPOSTO.



DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS



EMBORA EXISTAM UMA GAMA DE DOENÇAS CRÔNICAS CONHECIDAS, SÃO CARACTERIZADAS COMO DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) APENAS UM GRUPO DE QUATRO DOENÇAS (NEOPLASIAS, CARDIOVASCULARES, RESPIRATÓRIAS E DIABETES). ESSA SELEÇÃO OCORRE DEVIDO AO FATO DE TODAS COMPARTILHAREM DOS MESMOS FATORES DE RISCO, E CONSEQUENTEMENTE, ATUANDO SOBRE O CONTROLE DOS FATORES DE RISCO RESULTARÁ NA QUEDA DO NÚMERO DE INDIVÍDUOS AFETADOS POR UMA OU MAIS DESSAS COMORBIDADES.

DE ACORDO COM UM LEVANTAMENTO REALIZADO EM 2018 PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), AS DCNT SÃO RESPONSÁVEIS POR 74% DAS MORTES REGISTRADAS NO MUNDO.

ALGUMAS CONDIÇÕES DEVEM SER CONSIDERADAS PARA ESSE PERCENTUAL, SENDO ELES: ENVELHECIMENTO POPULACIONAL, QUEDA DA NATALIDADE, E TRANSIÇÕES DEMOGRÁFICAS E EPIDEMIOLÓGICAS.



PERCENTUAL DE ACOMETIDOS PELAS DCNT, SEGUNDO A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) NO ANO DE 2024



PLANOS, AÇÕES E ESTRATÉGIAS

ATENÇÃO PRIMÁRIA - PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

MEDIANTE ANÁLISE INICIAL, FOI POSSÍVEL IDENTIFICAR QUE EXISTIA UM PREDOMÍNIO SOBRE AÇÕES VOLTADAS PARA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE. TAIS AÇÕES PROPOSTAS SERIAM MELHOR TRABALHADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, EM CONJUNTO DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL, VISTO QUE SERIA A PORTA DE ENTRADA DOS SISTEMAS DE SAÚDE.

UM DOS MAiores BENEFÍCIOS DE SE INVESTIR NESSAS AÇÕES SE ENCONTRA NO EFEITO EM CADEIA, VISTO QUE SE FOSSE POSSÍVEL RESOLVER OS PROBLEMAS LOGO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, NÃO EXISTIRIAM COMPLICAÇÕES OU MORTES DECORRENTES DAS DENTR PASSÍVEIS DE AUMENTAR O FLUXO DE INTERNAÇÃO NA ATENÇÃO TERCIÁRIA.

MAS COMO QUAL SERIA O FOCO?

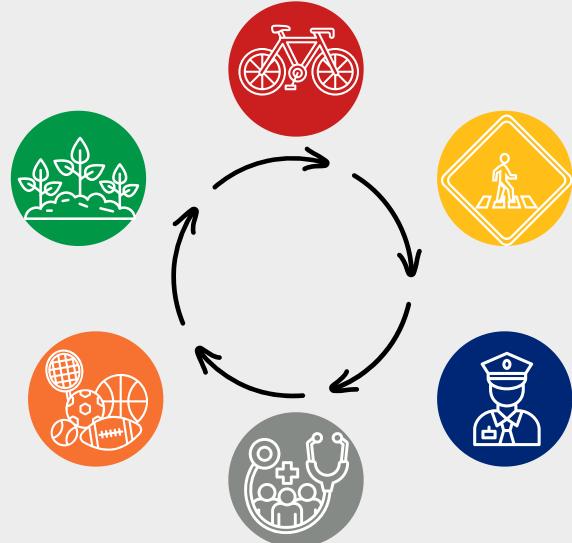
AS INICIATIVAS SE CONCENTRAM NOS FATORES DE RISCO, VISTO QUE ESTÃO RELACIONADOS AOS HÁBITOS DE VIDA MODIFICÁVEIS, BEM COMO INTERLIGA COM TODAS OS QUATRO GRUPOS DE DOENÇAS IDENTIFICADAS.



CUIDADO ALÉM DA SAÚDE

PARA A ATUAÇÃO NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO, O SISTEMA DE SAÚDE POR SI SÓ NÃO SERIAM SUFICIENTE. AMBOS OS PAÍSES CONCORDAM QUE PARA QUE SEJA POSSÍVEL ATINGIR ESSE OBJETIVO, DEVE HAVER UMA AÇÃO CONJUNTA.

CONTANDO COM A PARTICIPAÇÃO DOS DIFERENTES MINISTÉRIOS, SECRETARIAS E ÓRGÃOS PRESENTES NA SOCIEDADE. ATUANDO ASSIM, EM PARCERIA DE SETORES DE AMBIENTE DE TRABALHO, EDUCAÇÃO, DESENVOLVIMENTO SOCIAL E AGRÁRIO, AGRICULTURA, MEIO AMBIENTE, CIDADE, TRÂNSITO, ESPORTES, SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS E SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA.



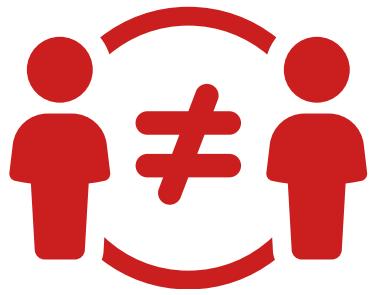
VIGILÂNCIA



É ESSENCIAL QUE AS AÇÕES E ESTRATÉGIAS ELENCADAS PELOS GOVERNOS DO BRASIL E CANADÁ TENHAM UMA ORIENTAÇÃO. DESSA FORMA, OS DOCUMENTOS DE AMBOS OS PAÍSES UTILIZAM DA MESMA FERRAMENTA, A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.

ATRAVÉS DO MAPEAMENTO DA POPULAÇÃO, É POSSÍVEL IDENTIFICAR O ESTADO DE SAÚDE E OS DETERMINANTES SOCIAIS. POSTERIORMENTE OS RESULTADOS ANALISADOS PERMITIRÃO A ANÁLISE DA EFETIVIDADE DE PROGRAMAS EXISTENTES, BEM COMO A CRIAÇÃO DE NOVAS POLÍTICAS.

PRINCIPAIS DIFERENÇAS



ESTRUTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

CONTRARIO AO PROPOSTO PELAS POLÍTICAS VIGENTES, A ESTRUTURA CANADENSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA CARECE DE UMA CARACTERÍSTICA MULTIDISCIPLINAR, TENDO DISPONÍVEIS APENAS PROFISSIONAIS MÉDICOS E AS VEZES ENFERMEIROS COM MESTRADO. EM CONTRAPARTIDA, O BRASIL DEMONSTRA UMA ABORDAGEM MAIS INTEGRAL, PRINCIPALMENTE QUANDO CONTEMPLADO AS LEGISLAÇÕES VIGENTES, QUE FORNECEM UMA BASE SÓLIDA PARA O SISTEMA PROPOSTO.

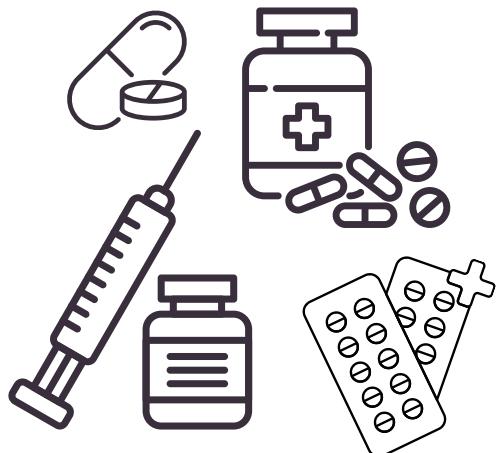


** RAS – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE / ESF – ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA / PNAB – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

MEDICAMENTOS

A OFERTA DOS MEDICAMENTOS PARA CONTROLE DAS DCNT É DE FATO UMA DAS MANEIRAS MAIS EFICAZ NO CONTROLE DOS SINTOMAS DESSAS COMORBIDADES, CONTUDO, O ACESSO À ESSES MEDICAMENTOS NÃO PODEM SER TOMADOS COMO GARANTIDO.

NO BRASIL, O SUS TEM UM PROGRAMA QUE PERMITE O ACESSO AOS MEDICAMENTOS DE FORMA GRATUITA, O PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL (PFPB), DE FORMA QUE ATÉ A POPULAÇÃO MAIS VULNERÁVEL POSSA REALIZAR O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO. PORÉM, NO CANADÁ, APENAS UMA PROVÍNCIA OFERECE MEDICAMENTOS GRATUITOS PARA A POPULAÇÃO.



SAÚDE MENTAL

A TEMÁTICA REFERENTE A SAÚDE MENTAL É AMPLAMENTE DISCUSITA NO MUNDO TODO, EXIGINDO DOS PAÍSES UM POSICIONAMENTO E UMA ESTRATÉGIA PARA LIDAR COM AS COMORBIDADES DA MENTE.

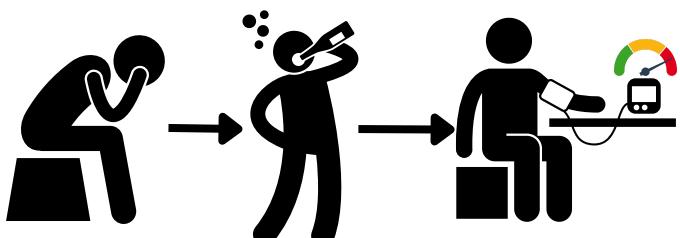
EXISTE UMA REDE DE ATENÇÃO EXCLUSIVA PARA TRATAR DA COMORBIDADE MENTAL, A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS), EMBORA TAMBÉM É ABORDADA COMO UM AGRAVO NÃO TRANSMISSÍVEL (ANT)



A COMORBIDADE MENTAL É ABORDADA EM CONJUNTO COM OUTRAS DCNT



EXISTE UMA INFIMA RELAÇÃO ENTRE A SAÚDE MENTAL E DCNT, PODENDO MUITAS VEZES SER VISTA COMO "VIA DE MÃO DUPLA". POIS UMA PESSOA COM ALGUMA COMORBIDADE MENTAL PODE DESENVOLVER UMA DCNT DECORRENTE DOS HÁBITOS DE VIDA NÃO SAUDÁVEIS, BEM COMO O CONTRÁRIO PODE ACONTECER.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

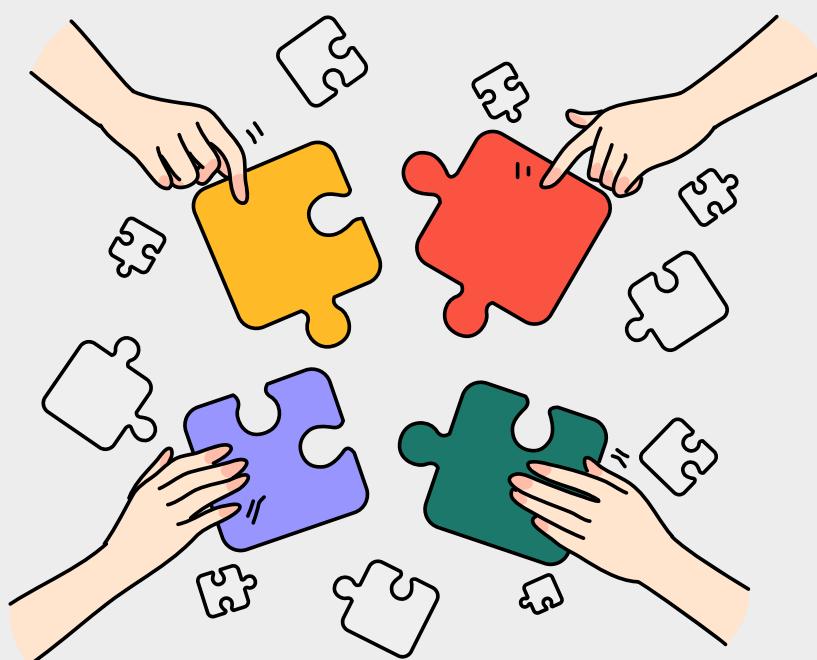
A COMPARAÇÃO ENTRE DOIS PAÍSES É IMPORTANTE PRINCIPALMENTE QUANDO PENSADO NAS INFLUÊNCIAS DURANTE A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO, EM PARTICULAR A CARTA DE OTTAWA (1986), QUE FOI UMA GRANDE INFLUÊNCIA PARA A PERPETUAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA BRASILEIRA, BEM COMO ALÉM DE ELUCIDAR O BENEFÍCIO DA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES INTEGRADAS.

EMBORA OS DOIS PAÍSES TROUXESSEM DOCUMENTOS QUE ABARCAVAM A NECESSIDADE DE AÇÕES E ESTRATÉGIAS VOLTADAS PARA A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE, HOUVE UMA DISCREPÂNCIA NA FORMA PELA QUAL ERAM IMPLEMENTADAS. EXISTEM FATORES QUE DEVEM SER CONSIDERADOS NA LIMITAÇÃO DESSAS AÇÕES ESTRATÉGICAS NO CANADÁ, COMO A ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE E A FALTA DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

CONTUDO, AINDA QUE O SISTEMA DE SAÚDE CANADENSE SE MOSTRE DE CERTA FORMA DEFICIENTE, O PAÍS TEM UM PAPEL FUNDAMENTAL EM NOVAS DESCOBERTAS E CRIAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA O COMBATE ÀS COMORBIDADES CRÔNICAS, SENDO O PRINCIPAL PARCEIRO DA OMS NO QUE TANGE AS PESQUISAS DE SAÚDE RELACIONADAS À DCNT.

OUTRO FATOR INTERESSANTE A SER PONTUADO É A PRESENÇA DOS DISTINTOS MODELOS DE SAÚDE PRESENTES NESSES SISTEMAS. O BRASIL DEMONSTROU FORTES INICIATIVAS DOS MODELOS BIOPSICOSSOCIAL, ATRAVÉS DE AÇÕES INTEGRAIS QUE CONSIDERAVAM O INDIVÍDUO COMO UM TODO. JÁ NO CANADÁ, EMBORA HOUVESSEM DOCUMENTOS MAIS AMPLOS, ESSES ESTAVAM DEFASADOS, SENDO OS MAIS ATUAIS AQUELES QUE TRAZIAM FOCO NAS DOENÇAS SEPARADAMENTE, SENDO UM REFLEXO DO MODELO BIOMÉDICO.

A PRESENTE REFLEXÃO NÃO ESTÁ PARA APONTAR QUAL O MELHOR SISTEMA DE SAÚDE, MAS PARA COMPREENDER QUE CADA UM TEM O SEU PAPEL PARA A PERPETUAÇÃO DA POPULAÇÃO. EMBORA O BRASIL TENHA SE SAIDO MELHOR NO QUE TANGE AO PLANEJAMENTO, O CANADÁ DEMONSTROU UMA MOVIMENTAÇÃO PARA NOVAS DESCOBERTAS PARA LIDAR COM AS DCNT.



REFERÊNCIAS

ALVES, P.C.; SOUZA, I.M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. Rabelo, M.C.; Alves, P.C.S; Souza, I.M.; e organizadores. Experiência de Doença e Narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.125-138, 1999.

BERTOLDI, T. O sistema de saúde do Canadá: relato de observação em uma instituição de saúde em London no Canadá. Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2013. 32 f.

BRANDÃO, J. R. D. M. A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. e00178217, 2019.

BRASIL. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

BRASIL. As Cartas da Promoção da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2002.

BRASIL. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Brasil, 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496>. Acesso em: 1º Junho de 2023.

BRASIL. Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis – Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência. Pactos Pela Saúde 2006. Ministério da Saúde – DF, v.8, 2008.

BRASIL. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Ministério da Saúde. Brasil, 2013.

BRASIL. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Cadernos de Atenção Básica. Ministério da Saúde – DF, 2014.

BRASIL. Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Nota Técnica nº 25/2023-CGDANT/DAENT/SVSA/MS. Ministério da Saúde, 2023c.

BRASIL. Observatório de Doenças Crônicas não Transmissíveis: O caso do Brasil. Centro de Colaboração da OMS para Políticas de Doenças Crônicas não Transmissíveis. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Brasília: 2006.

BRASIL. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Ministério da Saúde. Brasília- DF, 2021a.

BRASIL. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Ministério da Saúde. Brasília- DF, 2011c.

BRASIL. VIGITEL Brasil 2023 – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde - DF, 2023b.

CANADA. About Primary Health Care. Government of Canada, 2023d. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/primary-health-care/about-primary-healthcare.html>. Acesso em: 20 de Nov 24.

CANADA. Aging and Chronic Diseases – A profile of Canadian Seniors. Public Health Agency of Canada. 2020.

CANADA. Chronic Disease Prevention and Management – Primary Health Care Transition Fund. Health Canada. 2007.

CANADA. How Healthy are Canadians? A Trend Analysis of the Health of Canadians from a Healthy Living and Chronic Disease Perspective. Public Health Agency of Canada. 2016.

CANADA. Improving Health Outcomes – A paradigm Shift : Centre for Chronic Disease Prevention, Strategic Plan 2016 to 2019. Public Health Agency of Canada. 2015

CANADA. Preventing Chronic Disease Strategic Plan 2013 – 2016. Public Health Agency of Canada. 2013. CANADA. Provinces and Territories. Government of Canada. Canada, 2022.

CANADA. The Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy. Health Canada. 2005.

Organização Mundial da Saúde (OMS). As doenças não transmissíveis - doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais, cancro, diabetes e doenças respiratórias – superam agora as doenças infecciosas como as principais causas de morte a nível mundial. OMS, 2022a.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Observatório Global da Saúde: Explore um mundo de dados de saúde. OMS, 2024.

PAIM J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; DE ALMEIDA FILHO, N. (Org.). Epidemiol e Saúde. 6ª ed. p. 567-586. Rio de Janeiro, 2003.

PINHEIRO, S. B. Atenção em saúde: Modelo biomédico e biopsicossocial, uma breve trajetória. Revista Longeviver, 2021. TONELLI, M.; TANG, K.-C.; FOREST, P.-G. Canada needs a “Health in All Policies” action plan now. Canadian Medical Association Journal, v. 192, n. 3, p. E61–E67, 20 jan. 2020.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, DF, v. 21, n. 4, p. 539- 548, 2012.

WOOD, S. et al. The impact of behavioural risk factors on communicable diseases: a systematic review of reviews. BMC Public Health, v. 21, n. 1, p. 2110, dez. 2021.

AUTORES



JENNIFER SOANNO MARCHIORI

AUTORA E ORGANIZADORA

POSSUI GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM PELA ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA (2021), ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA E MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE PELO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (PROCISA). ATUALMENTE ATUANDO COMO PROFESSORA SUBSTITUTA DO MAGISTÉRIO SUPERIOR PELO CURSO DE ENFERMAGEM NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA (UFRR)

POSSUI GRADUAÇÃO EM FORMAÇÃO DE PSICÓLOGO PELA UNIVERSIDADE PAULISTA (1990), GRADUAÇÃO EM BACHARELADO E LICENCIATURA EM PSICOLOGIA PELA UNIVERSIDADE PAULISTA (1989), MESTRADO EM PSICOLOGIA PELA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS (1997) E DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL PELA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (2003). TAMBÉM É ESPECIALISTA EM PSICOLOGIA CLÍNICA, TÍTULO CONCEDIDO PELO CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 020 ATUALMENTE PROFESSOR ASSOCIADO DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA E DOCENTE PERMANENTE E MEMBRO DO COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - PROCISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA.



CALVINO CAMARGO

AUTOR COLABORADOR

CONTATO

E-mail: jennifermarchiori49@gmail.com

