

Pasta Nº 104

Nº de Fls 3 Nº Artigo

20

A EVOLUÇÃO DO PAÍS
E DE SUAS DOENÇAS:
SÍNTESE, HIPÓTESES E IMPLICAÇÕES

CARLOS AUGUSTO MONTEIRO
ROBERTO FONTES IUNES
ALBERTO MANUEL TORRES

A síntese

Ao correr dos capítulos deste livro, foi possível constatar que, no espaço dos últimos quinze ou vinte anos, alterou-se consideravelmente o perfil de morbimortalidade da população brasileira.

Embora não uniforme ao longo do tempo e evidenciando importantes variações de enfermidade para enfermidade e de região para região, há que se reconhecer que o conjunto de problemas da agenda tradicional da saúde pública evoluiu favoravelmente no país. As taxas de mortalidade infantil, embora ainda elevadas diante da riqueza da economia nacional, foram reduzidas à metade ou, em algumas regiões, a um quarto dos valores iniciais. Reduções semelhantes caracterizaram a evolução da desnutrição infantil, o que contribuiu para o declínio da mortalidade prematura e para que houvesse um ganho de quase quatro centímetros na altura com que as crianças brasileiras chegam à idade escolar. A desnutrição entre adultos, própria de sociedades que convivem com a escassez de alimentos e a fome, reduziu-se em todo o país, deixando de ter relevância epidemiológica no meio urbano. Conseguiu-se a eliminação de graves e antigos males — a varíola e a poliomielite — e progressos notáveis foram obtidos no controle da tuberculose infantil, do tétano, do sarampo e das demais doenças preveníveis por vacinação. O flagelo da mortalidade por gastroenterites foi reduzido em mais de sessenta por cento no país e em mais de noventa por cento em certas regiões. Reduziu-se sensivelmente o contingente da população exposto à doença de Chagas e abriram-se perspectivas favoráveis para o controle das formas graves de esquistossomose. Reveses ocorreram, sem dúvida, como o desempenho medíocre do controle da tuberculose em adultos (em parte, por

in Monteiro, C.A. (org)

Velhos e Novos Problemas
de Saúde no Brasil.

A Evolução do País e de
suas Doenças.

SP: Ed. Hucitec - Nupens USP, 2000.

causa da associação com a aids), a manutenção de enorme contingente de hansenianos (o segundo no mundo), o recrudescimento da malária na Amazônia, a intensificação do processo de urbanização das leishmanioses e a reintrodução da cólera e do dengue em diversas regiões do país. Ademais, muitos dos benefícios antes assinalados foram superiores nas regiões mais desenvolvidas do país e nos estratos de maior renda, o que contribuiu para a exacerbação de intoleráveis desigualdades regionais e sociais. Ainda assim, o balanço líquido da evolução das enfermidades características da escassez e da pobreza absoluta esteve longe de ser negativo. Reconhecer a tendência geral positiva da agenda tradicional da saúde pública não significa, evidentemente, assumir como apropriado, e menos ainda como desejável, o quadro epidemiológico atual das enfermidades da pobreza no país. Ao contrário, são inúmeras as evidências que indicam que essas enfermidades poderiam, e deveriam, estar mais bem controladas. Entretanto, não é menos verdade que muitas das tendências documentadas são animadoras e sugerem perspectivas de controle que não costumam freqüentar as análises sobre o "futuro" das doenças da pobreza no Brasil. Trata-se, enfim, de combater os reveses da agenda e de intensificar e estender os avanços obtidos — caminhos nessa direção foram apontados por diferentes capítulos deste livro.

Situação distinta ocorre no país com relação à nova agenda da saúde pública (doenças do coração, câncer, obesidade, violências e acidentes, doenças do trabalho e a aids, entre outros problemas). Nesse caso, ainda que a quantidade e a qualidade das informações não sejam as ideais, tendências de contração dos problemas, como a redução do risco de morte por alguns tipos de câncer, aparecem como exceções. Sinais de evolução desfavorável da nova agenda, e de cenários futuros inquietantes, foram registrados em diferentes momentos do livro. Destacam-se, entre os sinais: o aumento intenso e generalizado da obesidade; a trajetória ascendente de graves doenças, como o câncer de pulmão e o câncer de mama; a epidemia de mortes violentas na população jovem das grandes cidades; a complexidade crescente que envolve as relações entre saúde e trabalho; o surgimento e a expansão da aids; e a ascensão irresistível das doenças crônicas no perfil de mortalidade de todas as regiões.

Não menos intensas foram as mudanças havidas no cenário político-econômico-demográfico do país. São traços marcantes das décadas de 70 e 80: a sucessão de governos ditatoriais (Medici), autoritários (Geisel) autoritários e populistas (Figueiredo), populistas clássicos (Sarney) e... populistas caóticos (Collor); o crescimento excepcional da economia nacional nos anos 70 e a grave recessão dos anos 80; o aumento incessante das desigualdades sociais e regionais, tanto na partição da renda nacional quanto na distribuição dos gastos públicos; a redução da pobreza nos anos 70, revertida apenas parcialmente na década seguinte; a contínua e rápida urbanização do país; a expansão da população atendida por serviços de saneamento, particularmente abastecimento de água potável; o aumento da escolaridade da população jovem; a expansão da cobertura da rede básica de saúde e da assistência hospitalar; os

declínios excepcionais das taxas de fecundidade; a consistente redução do ritmo de crescimento populacional; e o progressivo envelhecimento da população.

As hipóteses

A tarefa de relacionar as mudanças detectadas no perfil de morbimortalidade da população com as mudanças ocorridas no cenário político-econômico-demográfico do país, inicialmente colocada a todos os colaboradores do livro, mostrou-se extremamente complexa. Por vezes, em face de limitações quanto a acurácia, periodicidade e nível de desagregação dos indicadores de saúde; outras vezes, em virtude de limitações de mesma ordem nos determinantes e condicionantes da morbimortalidade; outras vezes, ainda, caso particular das doenças não transmissíveis, pelo conhecimento insuficiente dos fatores e mecanismos etiológicos.

Ainda assim, o leitor terá notado que especulações e hipóteses foram cogitadas em diferentes capítulos.

Assim, por exemplo, postulou-se que a substancial melhoria da nutrição infantil observada no país entre inquéritos realizados em 1974 e 1989 poderia ser atribuída a três fatores: elevação moderada da renda familiar, aumento da escolaridade das mães e expansão substancial da oferta de serviços de saúde e saneamento. Considerou-se, ainda, nesse caso, que a trajetória demográfica no período — dada pela urbanização, declínio da fecundidade, redução do índice de dependência econômica e desaceleração do crescimento populacional — desempenhou importante papel, favorecendo a expansão de cobertura dos serviços públicos e aumentando a eficiência econômica das famílias. Um traço marcante, e altamente desfavorável, comum à evolução da desnutrição e da mortalidade infantil, foi o aprofundamento das diferenças existentes no país entre a Região Nordeste e as Regiões do Centro-Sul. A redução mais modesta da pobreza no Nordeste e a forma mais lenta com que os serviços públicos se expandiram nessa região foram aventadas como prováveis explicações para o fenômeno.

Nos dois capítulos que enfocaram as tendências de evolução da mortalidade infantil na cidade de São Paulo, divisam-se tentativas de compreender os nexos existentes entre cenários político-econômicos e sobrevivência infantil. No que trata da ascensão da mortalidade infantil nos anos 60, evidencia-se que mudanças em variáveis comportamentais relacionadas ao cuidado infantil, no caso o abandono do aleitamento materno, podem ser extremamente relevantes em determinar tendências da sobrevivência infantil. Como se pretende haver demonstrado, a desconsideração de variáveis comportamentais em modelos explicativos da evolução da mortalidade infantil (e certamente de outros problemas de saúde) pode levar a ilações equivocadas quanto à trajetória de condições gerais de vida; basicamente porque pressupõe, erroneamente, a relação direta (sem intermediações) entre variáveis econômicas e sobrevivência infantil. No capítulo que

trata do longo período de declínio da mortalidade infantil de São Paulo (1973-1993), pretende-se haver demonstrado que investimentos públicos dirigidos a diminuir desigualdades sociais, como os efetuados em saneamento ambiental ou na expansão da cobertura de programas de vacinação, são efetivamente capazes de aproximar as possibilidades de sobrevivência de “ricos” e “pobres”. A propósito, o estreitamento dos diferenciais de mortalidade infantil existentes entre áreas mais pobres e mais ricas da cidade de São Paulo estabelece interessante contraponto com o constante aumento dos diferenciais de mortalidade existentes entre a Região Nordeste e as Regiões do Centro-Sul do país, confirmando a diversidade estrutural e de perspectivas entre o “ser pobre” no pólo hegemônico da economia brasileira e o “ser pobre” no pólo dependente e menos desenvolvido.

Modificações no padrão da dieta nacional, determinadas por alterações na pauta da produção agrícola, pelo desenvolvimento da agroindústria e por mudanças do hábito alimentar geradas com a urbanização, podem ter tido impacto diversificado no perfil de morbimortalidade. A substituição de gorduras animais (banha, toucinho e manteiga) por óleos vegetais e margarina, processo iniciado no país há mais de três décadas, poderia ser uma das razões para a interrupção da ascensão da mortalidade por infarto do miocárdio registrada em São Paulo. Por outro lado, o avanço no consumo geral de gorduras (particularmente óleos vegetais) em detrimento do consumo de carboidratos complexos certamente favoreceu o aumento excepcional da obesidade no país (sem desconsiderar, nesse caso, o papel de mudanças no perfil de atividade física da população que decorreram da contração do setor primário da economia e da expansão de ocupações que demandam menor gasto energético).

As modificações da estrutura etária da população brasileira, resultado do aumento da esperança de vida e do declínio sistemático da fecundidade, alteraram de modo substancial o contingente de indivíduos expostos a diferentes enfermidades: ao mesmo tempo em que se reduziu o peso relativo dos grupos populacionais expostos a gastroenterites, sarampo e outras doenças incidentes sobretudo na infância, observou-se o aumento da importância dos grupos expostos a doenças crônico-degenerativas. Essas modificações explicam por que algumas enfermidades podem aumentar sua importância no perfil de morbidade do país (determinando, entre outros aspectos, o crescimento da demanda por serviços de prevenção e tratamento), mesmo quando sua incidência na população exposta se apresenta estabilizada ou mesmo declinante. Situações como as anteriores foram descritas com relação à evolução da mortalidade por doenças cardiovasculares e por câncer no Estado de São Paulo.

Extremamente importantes são as relações sugeridas entre a ascensão das mortes violentas nas grandes cidades a partir dos anos 80 e fenômenos políticos e econômicos como a recessão, a exacerbação da concentração da renda e, mais recentemente, a *débâcle* do Estado brasileiro (ver populismo e caos). Elementos relevantes para a compreensão das tendências que têm marcado a saúde dos trabalhadores podem ser depreendidos, por exemplo, da tendência das grandes

empresas em automatizar o núcleo principal de sua produção e terceirizar etapas que condicionam maiores riscos laborais.

Está claro que as hipóteses acima — e outras levantadas ao longo de diferentes capítulos — poderiam, uma vez articuladas, servir de material para ampla e útil revisão das teorias que procuram explicar a determinação da saúde no Brasil. Tal tarefa, que foge dos limites traçados para este livro, haverá de compartilhar-se com outros... “revisionistas”.

As implicações

Independentemente das razões subjacentes às transformações operadas no perfil de morbimortalidade da população, elas acarretam alterações consideráveis no conteúdo da agenda nacional da saúde pública e recomendam formas de abordagem distintas das que têm freqüentado as políticas de intervenção do setor.

Em primeiro lugar, há que se reconhecer a simultaneidade de problemas. Quaisquer que sejam os critérios utilizados para definir o que vem a ser importante para a saúde pública — incidência, anos de vida perdidos, custos para a sociedade — resultam epidemiologicamente relevantes tanto as enfermidades com origem na escassez e na pobreza absoluta, quanto as enfermidades associadas ao processo de “modernização” da sociedade. Embora seja esse o quadro freqüentemente encontrado em sociedades em desenvolvimento, a situação brasileira se destaca, fruto certamente da antiga história de desigualdades do país e do estilo concentrador que marcou o crescimento econômico dos anos 70. A mensagem aí é clara: há que se liquidar os débitos da antiga agenda o quanto antes, mas uma estratégia em dois tempos não tem lugar no país.

Não há tampouco lugar para duas agendas independentes: uma, tradicional, centrada no combate a doenças infecciosas e carências nutricionais — para os estratos e regiões mais pobres do país — e outra, nova, centrada na prevenção de riscos ambientais, na informação sobre práticas de vida mais saudáveis e na busca da longevidade com qualidade de vida — para os demais estratos e regiões. Se, com relação às doenças da escassez, os diferenciais entre ricos e pobres tendem a aumentar, no caso das doenças do coração, de vários tipos de câncer, dos acidentes e violências, da obesidade, do tabagismo e de outros fatores de risco para enfermidades crônicas, a tendência é de homogeneização, quando não de diferenciais desfavoráveis para os estratos e regiões mais pobres (em tempo, dados ainda inéditos da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição de 1989 evidenciam que a prevalência do tabagismo na “baixa renda” — os 25% mais pobres do país — excede em 50% a freqüência do tabagismo na “alta renda” — os 25% mais ricos, valendo a afirmação tanto para homens quanto para mulheres).

O fato de que se defenda uma agenda única para a saúde pública brasileira, em que se perfilam antigos e novos problemas, não significa, evidentemente,

assumir que não haverá prioridades, ou mesmo que se proponha uma divisão "fraterna" de recursos entre "antigos" e "novos" problemas. Ao contrário, o desempenho do setor saúde torna-se cada vez mais dependente de escolhas racionais na alocação de recursos escassos. Tais escolhas, como sempre, dependerão da magnitude dos problemas, do seu impacto sobre os indivíduos e a sociedade e da eficácia das estratégias disponíveis de intervenção.

É verdade que em um contexto de simultaneidade de problemas, como o descrito ao longo do livro, é cada vez mais difícil para os tomadores de decisão, e para a sociedade em geral, estabelecer prioridades... afinal tudo parece prioritário! Mais ainda, a definição de prioridades é politicamente difícil, pois expõe de modo transparente quem perde, quem ganha. No entanto, nunca é demais insistir, escolhas sempre serão feitas, explícita ou implicitamente.

As mudanças no perfil de morbimortalidade da população operadas nos últimos anos impõem à saúde pública brasileira não apenas uma revisão de agenda, mas também uma revisão de estratégias.

O fato de que tenha sido reduzido substancialmente o contingente populacional exposto a determinadas enfermidades associadas à escassez tem duas implicações principais: de um lado, a eliminação de alguns problemas deixa de ser apenas desejável e passa a ser executável; de outro, aumenta a necessidade de que se trabalhe com alvos claramente definidos. O caso das formas moderadas e severas de desnutrição infantil nas Regiões do Centro-Sul do país é exemplar. A prevalência do problema foi reduzida a tal ponto nessas regiões que seu controle eficaz pela rede de saúde (por diagnóstico e tratamento de casos) já não ameaça consumir todo o orçamento do setor. Por outro lado, deixam de ter justificativa epidemiológica os clássicos programas de distribuição de leite para a "população carente", tão do agrado dos políticos criados no clientelismo.

O fracasso no controle de algumas enfermidades infecciosas igualmente traz implicações e ensinamentos. No caso da reintrodução da cólera e do dengue e do recrudescimento da malária, fica claro que as políticas de intervenção não podem prescindir de ações que escapam ao domínio específico do setor saúde (como a extensão de serviços de saneamento e a regulamentação e fiscalização das atividades econômicas nas áreas de fronteira agrícola). Já no caso da renitência da tuberculose e da hanseníase, o que se expõe, infelizmente, é a fragilidade intrínseca do setor. Fragilidade que é evidenciada pelo diagnóstico tardio das enfermidades e pela baixa taxa de sucesso dos tratamentos instituídos. À má qualidade da assistência à saúde poderia igualmente se atribuir a alta mortalidade materna que ainda prevalece no país.

No caso das enfermidades crônico-degenerativas, não se pode falar em fracasso de políticas de controle: elas não foram sequer formuladas. Há aqui que registrar a atitude tão comum em encarar essas doenças como conseqüências inevitáveis do progresso ("o preço a pagar") que haverão de ser combatidas com mais hospitais, mais cirurgias, mais equipamentos médicos. A experiência dos países desenvolvidos ensina, de modo contundente, que não é este o caminho.

O conceito equivocado da inevitabilidade das doenças crônicas certamente está na base da ausência ou incipiência das ações públicas dirigidas ao controle, por exemplo, do tabagismo, do alcoolismo e da obesidade. A mesma razão deve justificar o fato de que não se conheça sequer a cobertura no país de procedimentos simples e altamente eficazes como o controle ambulatorial da hipertensão arterial e o exame citopatológico periódico para detecção precoce do câncer do colo uterino.

O potencial que a intervenção pública tem para modificar o "curso natural" dos fatores de risco das doenças crônicas pode ser apreciado com base na experiência de vários países desenvolvidos. Um bom exemplo é o sucesso de muitas sociedades em combater o tabagismo mediante ações que combinam educação em saúde, proibição da propaganda de cigarros em veículos de comunicação, majoração das alíquotas tributárias e interdição do ato de fumar em locais públicos e de trabalho. Outro exemplo, observado sobretudo nos países da Escandinávia, é a melhoria em padrões dietéticos que pode ser alcançada por meio do uso competente dos meios de comunicação de massa e de incentivos fiscais para a produção de alimentos mais saudáveis. Poder-se-ia citar ainda a eficácia no controle das mortes por acidentes automobilísticos obtida com a legislação que pune exemplarmente o motorista alcoolizado e o estabelecimento responsável pela venda da bebida.

A possibilidade de controlar doenças crônicas por meio da ação pública foi, de algum modo, evidenciada quando se tratou da evolução do padrão alimentar da população brasileira. Ainda que não intencionalmente, e este é o registro desfavorável, mudanças no perfil da produção agrícola e na estrutura de preços dos alimentos, induzidas por políticas de governo, levaram a que a população brasileira gradualmente substituísse a banha de porco por óleos vegetais e a manteiga pela margarina, condições que determinaram a redução na ingestão de colesterol e melhor equilíbrio na relação entre diferentes ácidos graxos.

Um último aspecto que se quer ressaltar diz respeito às implicações da nova agenda para a organização da estrutura técnica específica da saúde pública. O dinamismo que caracteriza o perfil de saúde da população brasileira, exaustivamente evidenciado neste livro, demanda, em primeiro lugar, a construção urgente de um sistema de vigilância e monitorização capaz de acompanhar não apenas a evolução das doenças transmissíveis, mas que se estenda à desnutrição infantil, à mortalidade materna e perinatal e às doenças crônico-degenerativas e seus fatores de risco. Urge também revisar as estratégias de intervenção empregadas quanto às endemias que vêm evoluindo de modo particularmente desfavorável no país, como a tuberculose, a hanseníase e as leishmanioses. Não menos necessário é o estudo e adaptação para o nosso meio de intervenções que se tenham mostrado eficazes no controle dos fatores de risco das doenças não transmissíveis. Particular atenção deverá ser dada ao uso competente dos meios de comunicação de massa. Haverá também que submeter a rigorosos critérios de custo-benefício a incorporação pelo sistema público de saúde de tecnologias

e novos equipamentos diagnósticos, que nem sempre asseguram o devido retorno. Impõe-se ainda dialogar com as agências de fomento à pesquisa e estreitar relações com as universidades e outros centros de investigação visando sintonizar o desenvolvimento científico do país com as prioridades da saúde pública. Todas essas tarefas — e outras mais, implícitas em diferentes momentos do livro — demandarão quadros técnicos qualificados e motivados, o que implica uma política de recursos humanos para o setor saúde ainda por ser construída no país.

VIII

ATUALIZANDO A AGENDA DA SAÚDE PÚBLICA
PARA A SEGUNDA METADE DOS ANOS 90

OS ESTUDOS APRESENTADOS NESTA SEÇÃO FAZEM PARTE DO PROGRAMA DE PESQUISAS EM EPIDEMIOLOGIA NUTRICIONAL, EXECUTADO PELO NUPENS/USP COM APOIO FINANCEIRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (CONVÊNIO MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUSP N.º 28/96).