

## **2 O aumento de doenças crônicas e a política de saúde no Brasil**

### **2.1. Transição demográfica**

O fenômeno do envelhecimento populacional aconteceu inicialmente em países mais desenvolvidos. Entretanto, nas últimas décadas esta transformação ocorre também nos países em desenvolvimento (Moreira, 2002).

Desde o fim da década de 1940 acontece no Brasil um processo de envelhecimento populacional<sup>1</sup>. Mas, só a partir dos censos realizados na década de 1990 foi identificada esta alteração. Foi quando ficou claro que o Brasil não é mais um país jovem. Dois fatores são os apontados pelo IBGE como os responsáveis por esta transição: o tratamento das doenças infecto-contagiosas, ainda na década de 1940, e o controle não natural da natalidade a partir da década de 1960.

Segundo Lima-Costa (2003) o número de brasileiros com 60 anos ou mais, que era de três milhões em 1960, passou para sete milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em 40 anos) e estima-se que será de 32 milhões em 2020.

A Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar, PNAD aponta para um total de 7,7 milhões de pessoas com mais de 70 anos de idade (4,3% da população total) em 2004. (IBGE, 2004)

Ainda segundo dados do IBGE, esta mudança se dá de forma cada vez mais acelerada e pode ser facilmente observada pela alteração no formato da pirâmide etária brasileira especialmente a partir da década de 1980. De uma base larga (que representa a população mais jovem) e topo afinado (representando o menor número de habitantes mais velhos), o formato em menos de 50 anos se altera para um de base

---

<sup>1</sup> O envelhecimento populacional se caracteriza pela redução da participação relativa de crianças e jovens, acompanhada do aumento do peso proporcional dos adultos e, particularmente, dos idosos. (IBGE, 2004).

mais estreita e topo mais largo. Esta forma até pouco tempo caracterizava graficamente uma população de país desenvolvido. Este processo de envelhecimento populacional deve continuar nas próximas décadas de maneira igualmente acelerada.

O processo de transformação do perfil demográfico ora em curso demanda novas soluções para o país.

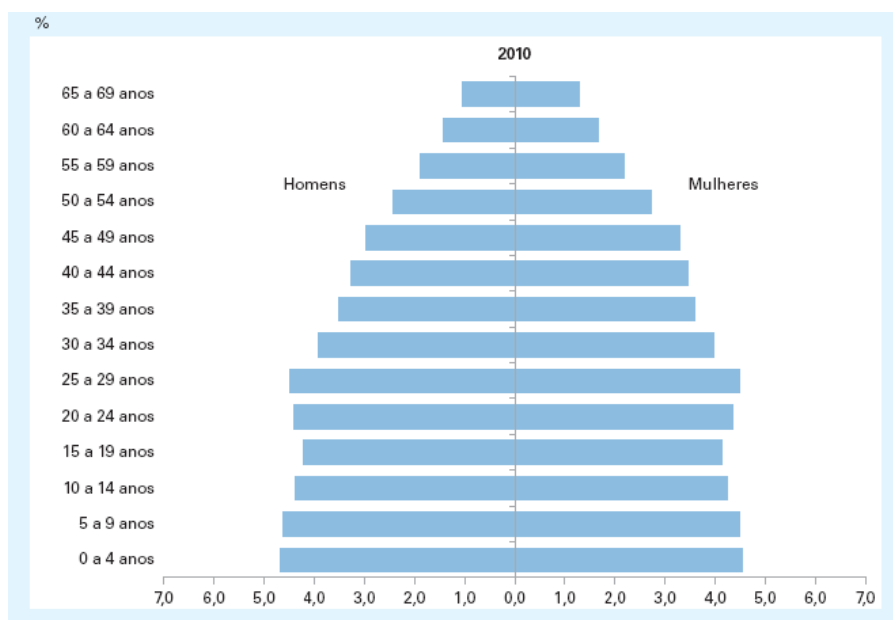


Figura 1. Projeção da pirâmide etária relativa Brasil – Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 – Revisão 2004.

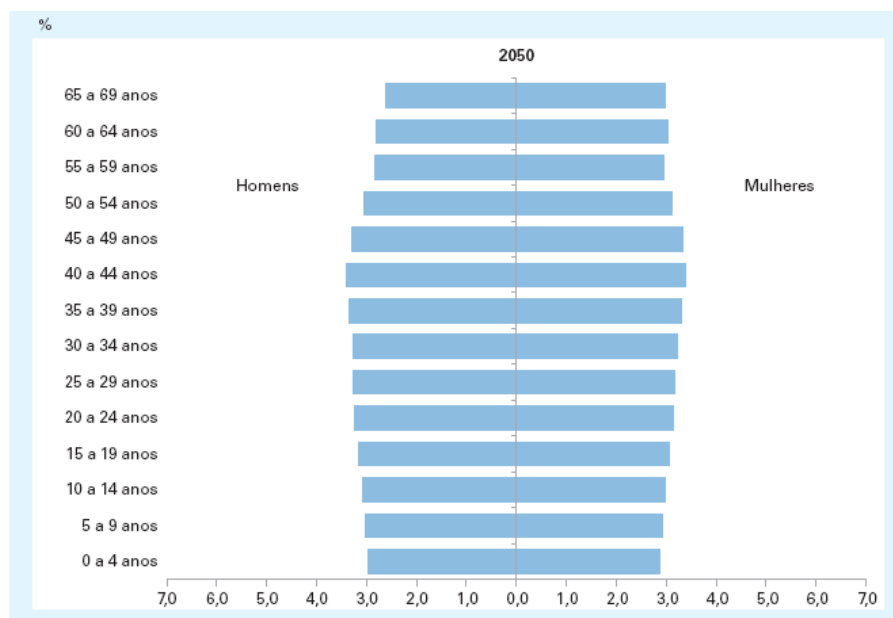


Figura 2. Projeção da pirâmide etária relativa Brasil – Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 – Revisão 2004.

Em 2000, enquanto as crianças de 0 a 14 anos correspondiam a 30% da população total, o contingente com 65 anos ou mais representava 5%. Segundo as projeções oficiais da população, em 2050, ambos os grupos etários terão participação em torno de 18% na população total.

A projeção ainda sinaliza um total de 34,3 milhões de idosos em 2050.

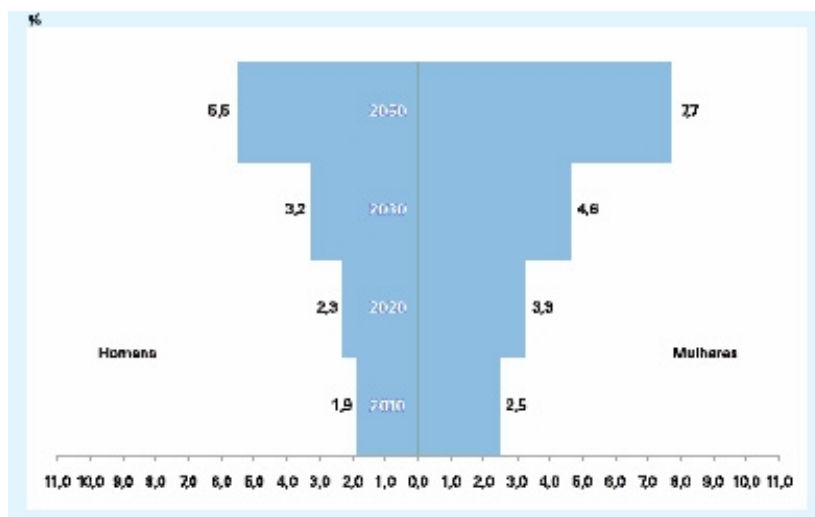


Figura 3. Distribuição relativa da população de 70 anos e mais de idade Brasil — 2010/2050. Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2004.

Se por um lado os habitantes mais velhos desempenham papel importante para o desenvolvimento do país, por outro lado é necessário que o país se prepare para esta nova realidade demográfica (ONU 2002, Brasil 2006).

Diversas pesquisas abordam o desafio gerado pelo processo de envelhecimento populacional brasileiro:

“A rapidíssima mudança na estrutura etária brasileira cria, para o país, oportunidades para o enfrentamento de alguns problemas básicos, principalmente relacionados às crianças e jovens, porém, coloca novos desafios, gerados mormente, pelo envelhecimento de sua população.” (Carvalho e Garcia, 2003).

“O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea.” (Lima-Costa e Veras, 2003).

(...)

“é sumamente importante mostrar aos formuladores e gestores das políticas sociais, um cenário composto de indicadores de momento e prospectivos, a partir dos quais não restará dúvida sobre a necessidade imperiosa de preparação da sociedade brasileira para enfrentar com soluções atingíveis as diversas questões, dentre as quais aquelas que envolvem as demandas da população adulta, cada vez mais volumosa e, sobretudo, da

idosa, que evoluirá num ritmo acima da velocidade de crescimento da população total e das demais faixas etárias.” (IBGE, 2005).

## 2.2. Transição epidemiológica

O processo de transição demográfica causa um processo de transição epidemiológica, ocorrendo uma diminuição dos óbitos infantis e doenças infecto contagiosas e um aumento das enfermidades crônico-degenerativas, principalmente de doenças do aparelho circulatório e do diabetes (Brasil 1999, Lima-Costa e Veras, 2003). O envelhecimento populacional, e as características das enfermidades que acometem esta faixa etária são fatores determinantes para isto. (Brasil, 2001).

No ano de 2001, as doenças cardiovasculares já eram a principal causa de óbitos no país.

“No Brasil, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de óbito (32%) e as doenças isquêmicas do coração são responsáveis por até 80% dos episódios de morte súbita” (Brasil, 2001).

Toscano (2004) resume as mudanças demográficas e destaca as transformações epidemiológicas, ressaltando relevância disto para a saúde pública.

“As doenças infectocontagiosas que, em 1950, representavam 40% das mortes registradas no país hoje são responsáveis por menos de 10%. O oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950 eram responsáveis por 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40%. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de morbimortalidade típico de uma população jovem para um caracterizado por enfermidades crônicas próprias das faixas etárias mais avançadas, com custos diretos e indiretos mais elevados (...)

As transições demográfica, nutricional e epidemiológicas ocorridas no século passado determinaram um perfil de risco em que doenças crônicas como diabetes e hipertensão assumiram ônus crescente e preocupante. Ambas são condições prevalentes e importantes problemas de saúde pública em todos os países, independentemente de seu grau de desenvolvimento.”

Lima-Costa e Veras (2003) acrescentam que os custos das internações de pacientes crônicos demandam maiores recursos, e que os idosos são os que mais necessitam dos serviços de saúde:

“Um dos resultados dessa dinâmica é uma demanda crescente por serviços de saúde. Aliás este é um dos desafios atuais: escassez de recursos para uma demanda crescente. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comaprado a

outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos.” (Lima-Costa e Veras, 2003)

### **2.2.1. O aumento dos custos com saúde e a necessidade de prevenção**

A necessidade de alterações nas políticas públicas — principalmente na área de saúde — são fundamentais para a manutenção da saúde e produtividade da população, diante do novo perfil demográfico. (OMS, 2002).

O maior gasto com a saúde do idoso torna essencial o foco na prevenção de conseqüências graves causada pela falha do controle das doenças crônicas.

Em 2002, na Segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento das Organizações das Nações Unidas, destacou-se o fato das doenças crônicas serem causas importantes e dispendiosas de incapacidade e de deterioração da qualidade de vida, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento.

O Ministério da Saúde do Brasil, em 1999, já reconhecia as mudanças no perfil epidemiológico da população e as conseqüências na adequação da política de saúde pública no país:

“a mudança do perfil epidemiológico acarreta grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares ao mesmo tempo em que se configura num desafio para as autoridades sanitárias, em especial no que tange a implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema (...)

o idoso consome mais serviço de saúde, as internações hospitalares são mais freqüentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas.” (Brasil, 1999).

Em 2004, ao relatar a projeção da população para as próximas décadas, o IBGE continuava chamando a atenção para as conseqüências desta mudança demográfica e de saúde populacional e a necessidade de uma nova acomodação das políticas públicas:

“o processo de envelhecimento demográfico epidemiológico deve ser visto com especial atenção por parte dos formuladores das políticas públicas, pois elas guardam estreita associação com a demanda por postos de trabalho e a conseqüente capacidade da economia em gerar empregos para absorver um elevado contingente de pessoas em idade de trabalhar, com um considerável número, crescente a cada ano, de indivíduos que se aposentam. Além disso, são merecedoras de especial atenção as ações no campo da saúde pública, com vistas a proporcionar um amplo acesso às diversas modalidades de serviços voltadas para uma população que vem galgando degraus em sua longevidade”.

O Ministério da Saúde do Brasil, em sua política de saúde do idoso, ressalta que o idoso, em relação às outras faixas etárias, consome muito mais recursos do sistema de saúde e que este maior custo não reverte em seu benefício. E ressalta que “a abordagem médica tradicional do adulto hospitalizado — focada em uma queixa principal e o hábito médico de tentar explicar todas as queixas e sinais por um único diagnóstico — adequada no adulto jovem, não se aplica em relação ao idoso” (Brasil, 1999).

A transição demográfica no Brasil exige novas estratégias para fazer frente ao aumento exponencial do número de idosos potencialmente dependentes com baixo nível socioeconômico, capazes de consumir uma parcela desproporcional de recursos de saúde destinada ao financiamento de leitos de longa permanência. Ainda segundo a política de saúde do idoso, do Ministério da Saúde:

“o cuidado de saúde destinado ao idoso é bastante caro, e a pesquisa corretamente orientada pode propiciar os instrumentos mais adequados para uma maior eficiência na adoção de prioridades e na alocação de recursos, além de subsidiar a implantação de medidas apropriadas à realidade brasileira”.

Em resposta à necessidade de transformação na gestão de saúde, o Ministério da Saúde, iniciou no ano de 2003 a Política Nacional de Humanização da Atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) — HumanizaSUS que tem como principais ações:

- redução de filas e do tempo de espera, com atendimento ampliado e resolutivo, baseado em critérios de risco;
- acesso ilimitado do usuário a informações;
- direito do paciente a ter acompanhamento de pessoas da sua rede social (família, vizinhos, amigos), de livre escolha;
- gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente dos trabalhadores. (Brasil, 2006).

### **2.2.2. Prevenção**

Toscano (2004), também chama a atenção para o despreparo do sistema de saúde brasileiro que, tradicionalmente organizado para atender a saúde materno-infantil, não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades.

Segundo Toscano (2004) o controle intensivo da hipertensão arterial tem se mostrado eficaz na redução de complicações em paciente com diabetes e hipertensão.

A prevenção, entretanto pode correr em outras esferas. Duncan (2004), a respeito da prevenção de doenças cardiovasculares, diz:

“iniciativas importantes de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis já foram implementadas pelo ministério da saúde, tais como o controle do tabagismo, o inquérito nacional sobre fatores de risco e as campanhas para rastreamento da hipertensão arterial e do diabetes”.

Entretanto, para este autor, as ações não devem ocorrer somente em indivíduos que já apresentem alguma enfermidade crônica:

“Medidas preventivas são possíveis, passando pela prevenção primordial<sup>2</sup>, prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. Hoje gastamos quase 99% dos recursos na fase de prevenção secundária e terciária em menos de 1% nas duas primeiras fases; faz-se necessário aumentar os recursos em promoção de saúde e prevenção primordial e primária. O investimento em uma dieta adequada é um forte componente da prevenção, já que o processo inflamatório arterial depende do aumento da presença de lipídios e glicídios circulantes. Portanto, em um programa de prevenção, é prioritário modificar o padrão alimentar do brasileiro”.

“Sabe-se que o ambiente fetal é determinante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, objeto de centenas de estudos no mundo. Em recém-nascidos de baixo peso, o organismo preserva, em primeiro lugar, o cérebro e em segundo os depósitos de gordura. Estas crianças têm proporções de gordura superior ao normal que contribuiriam para um pior perfil de risco na vida adulta. Por outro lado, gestantes obesas ou com sobrepeso (hoje 25% do total) geram crianças macrosômicas<sup>3</sup>, induzindo a geração de mais obesidade e alimentando um ciclo vicioso”.

Pellanda *et al* (2002) concordam com a necessidade de ações preventivas primordiais:

“A demonstração de que as doenças cardiovasculares podem ter origem na infância leva à necessidade de que esses fatores de risco sejam amplamente investigados nesse período, com o objetivo de planejar intervenções cada vez mais precoces e, possivelmente, mais efetivas sobre esses fatores, reduzindo, no futuro, a morbimortalidade.

(...)

“Padrões alimentares saudáveis na infância e na adolescência promovem uma ótima saúde, crescimento e desenvolvimento intelectual adequados, previnem problemas de saúde imediatos como anemia ferropriva, obesidade, distúrbios alimentares e cáries dentárias e, ainda, podem prevenir problemas de saúde a longo prazo tais como doença cardíaca coronariana, câncer, e acidente vascular encefálico”.

<sup>2</sup> Pellanda (2002) define prevenção primordial como o conjunto de estratégias que visam a prevenção da instalação dos fatores de risco para uma doença, e prevenção primária como a prevenção da instalação da própria doença.

<sup>3</sup> Macrosomia é definida por Kac (2005) como valores de peso ao nascer  $\geq 4.000$  gramas.

Os planos de saúde, atentos aos altos custos relativos às consequências de doenças crônicas, já investem em prevenção. Segundo Lopes (2006), mais de cem operadoras de saúde já monitoram a saúde de todos os usuários:

“Pelo menos 5% delas têm ações práticas ou estão começando programas de prevenção de doenças crônicas tendo como objetivo reduzir custos com internações e cirurgias principalmente de doenças cardiovasculares. A operadora Ominte, por exemplo, criou um sistema de monitoramento da clientela onde foram identificados 730 doentes crônicos com cardiopatias, diabetes e pressão alta. A partir disso são realizadas medidas de cuidados regulares com a saúde deste doente. ‘O resultado foi surpreendente. Antes de entrar no grupo de monitoramento, o número médio de internação de cada cliente era de dois por ano e hoje não passa de 0,74’”.

(...)

“A Amil monitora todos os seus pacientes em grupos de risco e mantém centros de diagnóstico com foco em saúde cardiovascular e diabetes onde o paciente é acompanhado de perto por uma equipe médica”.

### 2.3. Conclusão

A mudança na pirâmide etária, em curso no Brasil, demanda um novo foco nas políticas públicas. Com o aumento de brasileiros mais velhos, resultado principalmente da diminuição da mortalidade infantil e posterior diminuição nas taxas de fecundidade, há um conseqüente aumento no número de pacientes crônicos. Devido a essas enfermidades representarem alto custo para o país, é fundamental uma política pública que enfatize a prevenção ao agravamento dos quadros de doentes crônicos.

No entanto, não é só neste nível (com a doença já instalada) que se faz necessária a prevenção. Estudos indicam a necessidade de prevenção em níveis primordiais e primários, que levaria a uma população mais saudável em alguns anos, quando o número de idosos será, segundo as previsões, ainda maior.

Há no Brasil desde 2003 a política de saúde HumanizaSUS, que tem, como um dos três pontos principais, o acesso ilimitado de informação ao paciente, aumentando assim sua participação na gestão de sua saúde e sucesso do tratamento, como veremos no Capítulo 3 desta dissertação.