

Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde

Patterns of death and disease in the Brazilian population: renewed challenges for the National Health System (SUS)

Mauricio Lima Barreto¹
Eduardo Hage Carmo²

Abstract *During the twentieth century, Brazil underwent sweeping changes in its population structure and its morbidity and mortality patterns. This study presents some reflections on major health problems faced by the Brazilian population today. The main causes of death and hospitalization include chronic and degenerative diseases, accidents and various forms of violence. However, infectious diseases are still an important problem in terms of morbidity. The lack of solutions for basic structural problems, the continuation of inadequate living conditions and ways of life, and the weakness of mechanisms regulating damage to the environment all result in health risks that overlap rather than succeed each other. The outcomes are high morbidity and mortality rates in the population that remain unchanged over the years. Lightening this burden is a challenge when drawing up health policies. Consequently, it is important to stress the need for multi-sector actions that help prevent and control diseases and ease human suffering offering each individual a guarantee of full physical and mental achievement. These actions involve not only the healthcare sector, but must also encompass economic, social and policies.*

Key words *Health situation in Brazil, Mortality and morbidity profiles, Inter-sector approach*

Resumo *No século XX, o Brasil passou por intensas transformações na sua estrutura populacional e no padrão de morbi-mortalidade. Este estudo tem o objetivo de apresentar uma reflexão sobre os grandes problemas de saúde enfrentados pela população brasileira neste momento contemporâneo. Dentre as principais causas de óbito e internações estão as doenças crônico-degenerativas, os acidentes e as diversas formas de violência. Entretanto, as doenças infecciosas ainda se apresentam como problemas importantes de morbidade. A falta de solução para problemas estruturais e básicos, a manutenção de condições e modo de vida inadequados, a insuficiência dos mecanismos que regulam os danos ao meio ambiente ocasionam riscos à saúde que se superpõem, em vez de se sucederem. Essa superposição implica na manutenção de uma alta carga de morbidade e mortalidade na população que se mantém ao longo dos anos. A redução desta carga representa um desafio para a definição de políticas de saúde. Portanto, é importante enfatizar a necessidade de ações multissetoriais para a prevenção e controle das doenças e do sofrimento humano e para dar a cada indivíduo a garantia de atingir a sua plenitude física e mental. Estas ações devem integrar não só o setor saúde, como também políticas econômicas e sociais.*

Palavras-chave *Situação de saúde dos brasileiros, Perfil de morbimortalidade, Intersetorialidade*

¹Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Rua Basílio da Gama s/n, Canela, 40110-040 Salvador BA. maurico@ufba.br

²Departamento de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Vigilância a Saúde, Ministério da Saúde.

Introdução

No século XX, o Brasil experimentou intensas transformações na sua estrutura populacional e no padrão de morbi-mortalidade. A partir da segunda metade do século, a constante queda da taxa de natalidade, mais acentuada que a verificada nas taxas de mortalidade, tem provocado diminuição acentuada nas taxas de crescimento populacional¹. Paralelamente, tem-se verificado um aumento da expectativa de vida ao nascer, que passa de 45,9 anos em 1950 para 68,1 anos em 2004², refletindo o processo de envelhecimento da população, com aumentos contínuos e significativos das populações de idosos.

A análise da situação de saúde identifica avanços importantes para alguns grupos de problemas, mas ao mesmo tempo mostra tendência inversa e preocupante para um conjunto outro de problemas^{3,4,5,6}. No primeiro grupo, podemos destacar a redução nas taxas de mortalidade infantil (TMI), intensificada a partir da década de 60, quando apresentava uma média nacional de 117,0/1000 nascidos vivos, decrescendo para 50,2/1000 nascidos vivos, na década de 80 (Figuras 1 e 2). Na análise das informações para a década de 90, verifica-se que houve redução nacional média de mais de 40% (49,4/1000 nascidos vivos em 1990 para 26,8/1000 nascidos vivos em 2000) e alcança 22,6/1000 nascidos vivos em 2004 (uma queda adicional de aproximadamente 16%), tendo esta redução variado de intensidade entre as diversas regiões⁷.

A análise das tendências dos dois componentes da taxa de mortalidade infantil (neonatal e pós-neonatal) evidencia, entretanto, que esta redução foi mais acentuada para a mortalidade infantil pós-neonatal. Este componente associa-se mais fortemente com fatores relacionados ao ambiente, concentrando uma maior proporção de óbitos por doenças infecciosas, particularmente as infecções intestinais. Entretanto, a mortalidade neonatal, que se relaciona mais fortemente à assistência pré e pós-natal, enquanto também mostre tendências decrescentes, ocorre de maneira bem mais lenta do que a mortalidade pós-neonatal. Não por acaso, a mortalidade neonatal apresenta hoje taxas mais altas do que a mortalidade pós-neonatal.

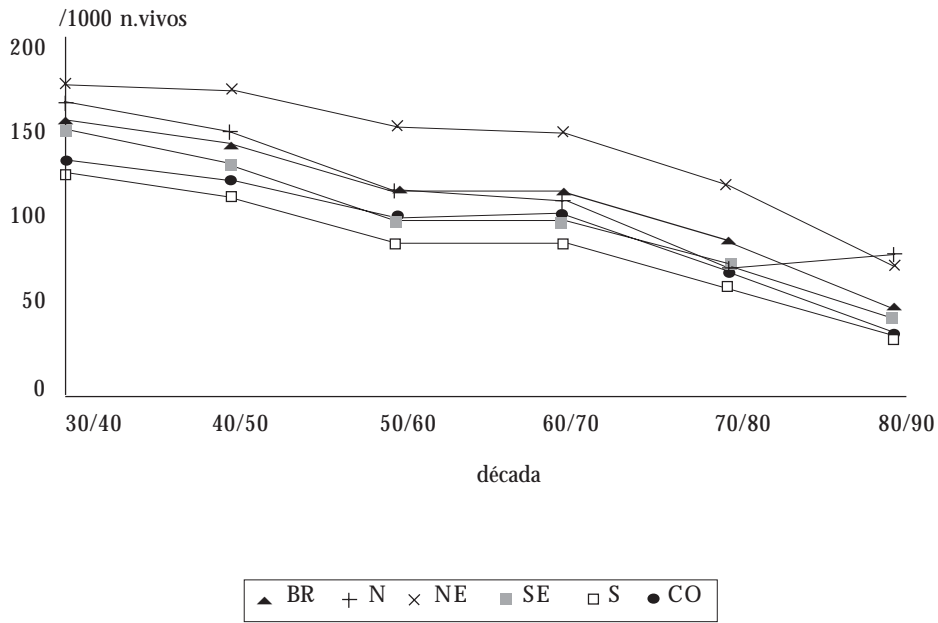
Em 2004, os óbitos neonatal precoce (< 6 dias), neonatal tardia (7 a 28 dias) e pós-neonatal (28 dias a 1 ano), representaram, respectivamente, 51%, 15% e 34% dos óbitos de menores de um ano, no país. No segundo grupo, chama a aten-

ção de problemas como a violência, a obesidade, algumas formas de cânceres e a manutenção ou ressurgência de algumas doenças infecciosas, como a tuberculose e a dengue, respectivamente.

Tendências na mortalidade por grupos de causas

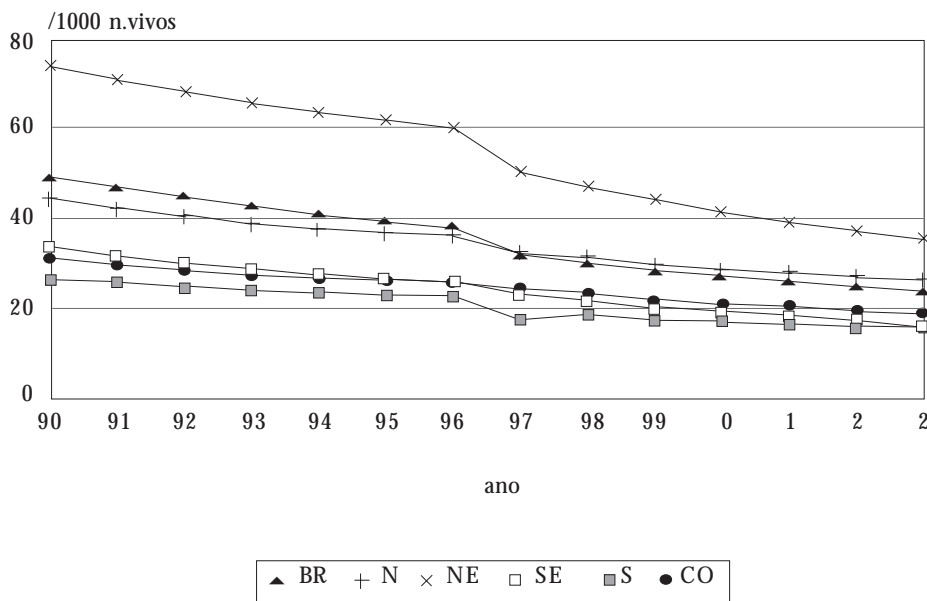
Outra importante tendência nos padrões epidemiológicos, com evidentes reflexos na estrutura demográfica, diz respeito às modificações na composição da mortalidade por grupos de causas. Assim, as doenças infecciosas e parasitárias (DIP), que representavam 45,7% do total de óbitos ocorridos nas capitais do país em 1930, representaram apenas 5,2% dos óbitos com causas definidas, no ano de 2005. Enquanto isto, as doenças cardiovasculares (DCV), seguindo uma tendência inversa, aumentaram sua participação de 11,8% para 31,5%, do total dos óbitos ocorridos no mesmo período (Figura 3). Analisando a evolução recente das taxas padronizadas de mortalidade (/100.000 habitantes) para os principais grupos de causas definidas (Figura 4), observa-se que as DCV apresentavam uma taxa de 131 em 2005, seguidas pelas causas externas e pelas neoplasias, de 64,7 e 68,8, respectivamente. Ao analisarmos as tendências nas taxas de mortalidade, cabe ressaltar que, por razões que ainda não foram explicadas, no ano de 1991, observou-se uma redução importante em todos os grupos de causas, retornando, nos anos seguintes, aos níveis esperados de acordo com a tendência observada para toda a série histórica. Entre 1980 e 2005, em geral, observam-se reduções importantes nas taxas de mortalidade pelos vários grupos de causa, destacando-se as reduções nos grupos das doenças infecciosas (58%) e das DCV (32%). Mesmo as causas externas, após aumentar nas décadas de 1980 e 1990, retornam lentamente a níveis próximos a 1980. As neoplasias são o grupo que apresenta crescimento mais destacado (11%), enquanto as doenças do aparelho respiratório têm redução deste mesmo nível (11%). Outro aspecto que merece destaque são os óbitos de causas mal definidas, que foram reduzidos em 58% entre 1980 e 2005. Esta redução foi mais acentuada a partir de meados da década de 1990, devendo refletir, além dos esforços deliberados para melhorar os nossos sistemas de informações em saúde, o aumento da cobertura de serviços resultantes do Programa de Saúde da Família^{8,9}.

Figura 1. Coeficiente de mortalidade infantil, Brasil e regiões (1930-1990).



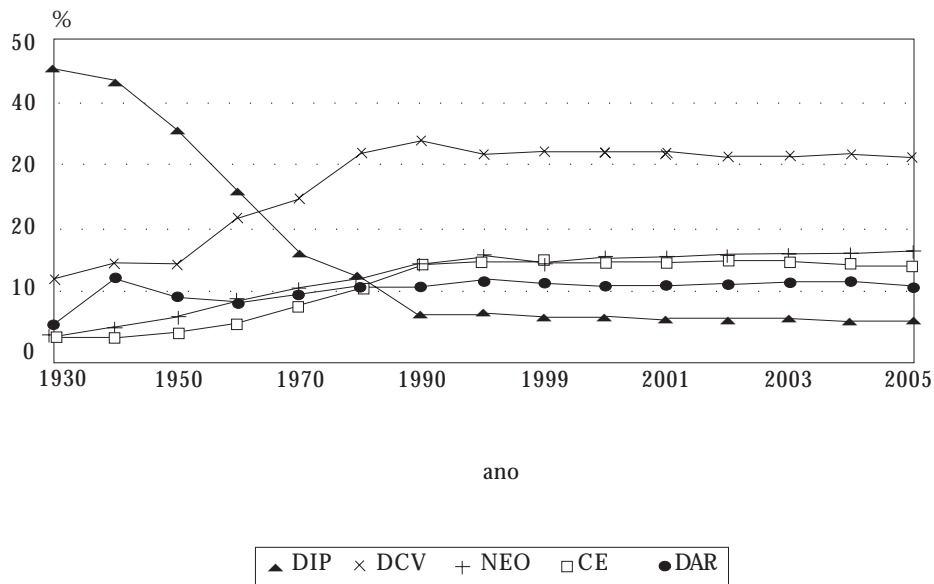
Fonte: IBGE, Anuário Estatístico do Brasil, 1993.

Figura 2. Coeficiente de mortalidade infantil, Brasil e regiões (1990-2003).



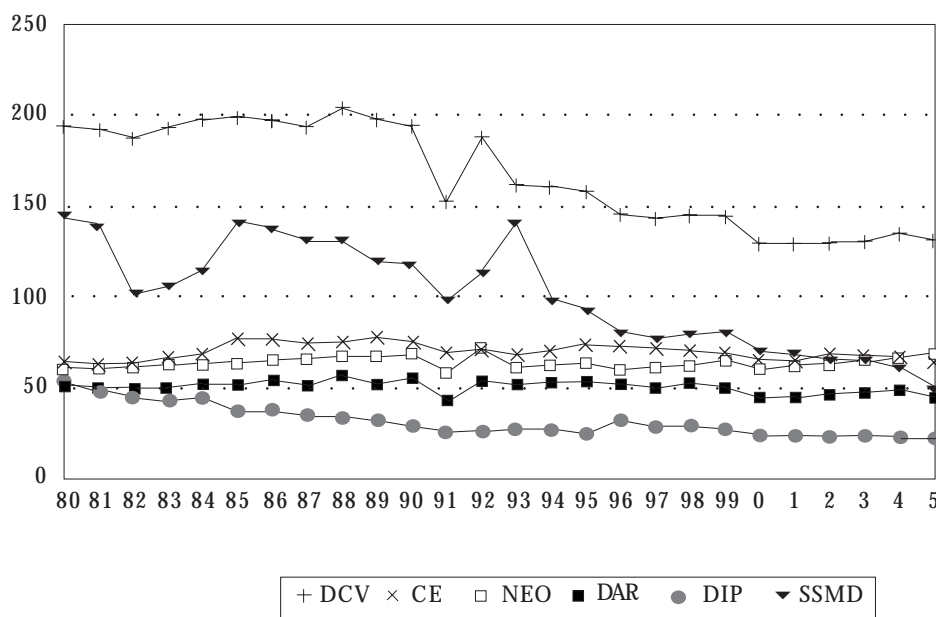
Fonte: MS. FNS. DATASUS; CMI 1996-2003 - Elaborado pelo comitê da RIPSa.

Figura 3. Mortalidade proporcional segundo grupos de causas selecionadas, Brasil e capitais (1930-2005).



Fontes: Fiocruz/Radis, Dados, n. 7, 1984; MS. Funasa. Cenepi - excluídas as causas mal definidas.

Figura 4. Taxa de mortalidade padronizada por grupos de causas, Brasil (1981-2005).



Fonte: MS. FUNASA. CENEPI.

Tendências na morbidade por grupos de causas

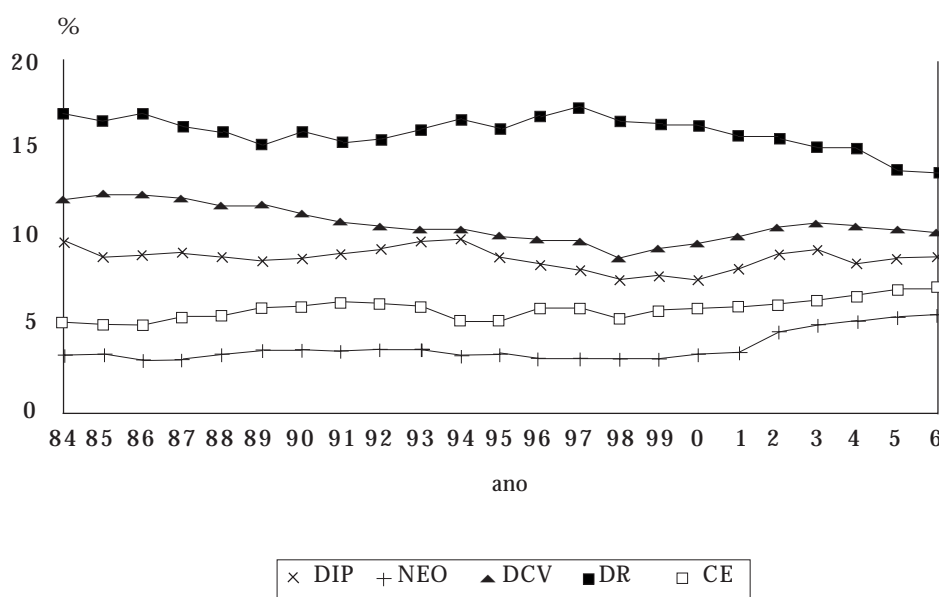
Existe maior disponibilidade de dados referentes à morbidade hospitalar, que refletem, em parte, a ocorrência das formas clínicas mais severas das doenças. Quanto aos dados de morbidade de base não hospitalar, existe uma maior disponibilidade para as DIP, em especial para as doenças de notificação obrigatória. Como veremos a seguir, as tendências nos indicadores de morbidade apresentam semelhanças, mas também importantes diferenças, quando comparadas com as tendências observadas nos indicadores de mortalidade.

Utilizando-se a base de dados do sistema de informação hospitalar (SIH) do SUS, analisaram-se as tendências da participação relativa das hospitalizações por grupos de doenças que tiveram destaque como causa de mortalidade, em relação ao total de hospitalizações no país. As doenças cardiovasculares, a primeira causa de mortalidade, representaram a segunda causa de interna-

ções. É interessante notar que as doenças cardiovasculares têm apresentado uma tendência lenta, porém constante, de redução da sua participação proporcional no total de internações (Figura 5) até final da década de 1990 e voltam a apresentar pequeno incremento nos anos seguintes, com tendência à estabilidade ou uma ligeira redução em anos mais recentes. As neoplasias, com uma participação média anual de 3% do total das internações até final da década de 1990, crescem vertiginosamente em anos recentes, representando 5,4% das internações em 2006. Isto deve representar, em parte, ao aumento da oferta de hospitalizações para este grupo de doenças. Porém, não se devem esquecer as evidências de que a carga global de câncer no Brasil está aumentando¹⁰ e da necessidade imperiosa de atuar em seus determinantes, principalmente ambientais.

Quanto à proporção de internações por doenças infecciosas em relação ao total de internações no país, não se observa tendência de redução na mesma intensidade que a verificada para

Figura 5. Proporção de internações por grupos de causas, Brasil (1984-2006).



Fonte: MS. Sistema de Informações Hospitalares.

a mortalidade. Nos últimos quinze anos, para o país como um todo, as doenças classificadas no capítulo das DIPs têm apresentado valores próximos aos 9% do total de internações, sendo estes valores superiores nas regiões Norte e Nordeste. Na composição das causas de internações, ainda destacam-se as doenças infecciosas intestinais que ainda representam a maior parte das internações deste grupo de causas.

Para as doenças respiratórias e as causas externas, também são observadas tendências com poucas oscilações, em toda a série analisada. As doenças respiratórias têm sido responsáveis por aproximadamente 16% das internações (um ligeiro declínio é observado em anos recentes), sendo em torno de metade destas representadas pelas pneumonias. As causas externas que contribuíam na década de 1990 com em torno de 5,5% do total de internações vêm apresentando tendências a aumento, já estando em patamar próximo a 7%, nos últimos anos. Vale ressaltar que, ao considerarmos todos os grupos de causas de internações, incluindo-se aqueles que não foram analisados na discussão sobre mortalidade, verificamos que os motivos relacionados à gravidez, parto e puerpério respondem por algo em torno a um quarto do total de internações.

Alguns contrastes emergem na compatibilização das informações nas categorias de morbidade ou mortalidade, relativos à ordem de frequência na participação dos diversos grupos de causas. Tal quadro justifica-se pelo fato de que a ocorrência do óbito é uma expressão bem definida da gravidade da doença, enquanto que a hospitalização não segue necessariamente esta ordem de determinação. Como exemplo, tem-se a grande proporção de internações pelo grupo de causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, que, com raras exceções, não configuram no seu conjunto nenhuma situação de gravidade. Porém, aqui devemos chamar a atenção para a questão da mortalidade materna, a qual, apesar de sua aparente baixa magnitude, apresenta, no Brasil, taxas muito altas quando comparadas a outros países, refletindo deficiências na assistência pré e pós-natal^{11,12}. Por outro lado, alguns agravos podem evoluir com quadros severos; porém, na medida em que tenham baixa letalidade ou sejam potencialmente reversíveis mediante ações por parte dos serviços de assistência à saúde, apresentam baixa mortalidade. Este fenômeno acontece, por exemplo, com relação às doenças respiratórias, explicando as diferenças observadas, na ordem de frequência, entre seus indicadores de morbidade e de mortalidade.

Tendências das doenças infecciosas

Apesar da redução significativa da participação desse grupo de doenças no perfil da mortalidade do nosso país, ainda há um impacto importante sobre a morbidade, como visto nos indicadores de morbidade hospitalar. Ainda assim, as alterações no quadro de morbi-mortalidade, com a perda de importância relativa das doenças transmissíveis, principalmente no último quarto do século XX, criaram, na opinião pública, uma falsa expectativa que todo esse grupo de doenças estaria próximo à extinção. Esse quadro não é verdadeiro para o Brasil, e nem mesmo para os países desenvolvidos, como demonstrado pelos movimentos de emergência de novas doenças transmissíveis, como a AIDS; de ressurgimento, em novas condições, de doenças *antigas*, como a cólera ou a dengue; de persistência de endemias importantes como a tuberculose; e de ocorrência de surtos inusitados de doenças como a febre do oeste do Nilo nos Estados Unidos.

No tocante a sua ocorrência no período compreendido nas duas últimas décadas, a situação das doenças transmissíveis no Brasil apresenta um quadro complexo, que pode ser resumido em três grandes tendências: doenças transmissíveis com tendência declinante; doenças transmissíveis com quadro de persistência; e doenças transmissíveis emergentes e reemergentes.

Em um grande número de doenças transmissíveis, para as quais se dispõe de instrumentos eficazes de prevenção e controle, o Brasil tem colecionado êxitos importantes. A varíola foi erradicada em 1973 e a poliomielite, em 1989. O sarampo encontra-se com a transmissão interrompida desde o final de 2000. O tétano neonatal encontra-se com taxa de incidência muito abaixo do patamar estabelecido para considerá-lo eliminado enquanto problema de saúde pública (1 por 1000 nascidos vivos). A redução na incidência e concentração dos casos também permite prever uma próxima eliminação da raiva humana transmitida por animais domésticos.

Ainda dentro deste grupo de doenças transmissíveis com tendência declinante, estão: a) a difteria, a coqueluche e o tétano acidental, que têm em comum o fato de serem imunopreveníveis; b) a doença de Chagas e a hanseníase, ambas endêmicas há várias décadas em nosso país; c) a febre tifóide, associada a condições sanitárias precárias; d) e também a oncocercose, a filariose e a peste, todas com áreas de ocorrência restritas.

Algumas doenças transmissíveis apresentam quadro de persistência, ou de redução em perío-

do ainda recente, configurando uma agenda inconclusa nessa área. Neste grupo de doenças destacam-se as hepatites virais – especialmente as hepatites B e C – e a tuberculose, em função das altas prevalências alcançadas, da ampla distribuição geográfica em todas as regiões e do seu potencial evolutivo para formas graves que podem levar ao óbito.

A malária, concentrada na região amazônica, onde ocorrem mais de 99% dos casos registrados no país, até recentemente apresentava níveis persistentemente elevados, passou a apresentar uma redução acentuada (acima de 40%, em média) a partir de 1999, sendo em 2002 detectados 350 mil casos, patamar que não era atingido desde o início dos anos 1980. O Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária, lançado em julho de 2000, além de garantir a ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento, por intermédio da descentralização e da integração com as ações de atenção básica, e um melhor equacionamento das ações seletivas de controle vetorial, possibilitou uma importante ação extra-setorial, com o estabelecimento de normas específicas voltadas para a instalação de assentamentos rurais e de projetos de desenvolvimento. Entretanto, o sucesso foi passageiro e já em 2005 registraram-se 600 casos, seguidos de uma redução de 10% no ano seguinte, quando foram registrados 540 mil casos¹³.

Um terceiro grupo de doenças expressa, em nosso país, o fenômeno mundial de **emergência e reemergência** de doenças transmissíveis. Desde o início da década de 80, algumas doenças infecciosas passaram a ser registradas ou foram reintroduzidas no país, destacando-se a AIDS (1980), dengue (1982), cólera (1991) e hantavirose (1993), sendo que, dentre estas, somente a cólera apresentou redução significativa na última década. A rápida disseminação da AIDS no país tem trazido reflexos na ocorrência de uma série de doenças infecciosas associadas, particularmente a tuberculose.

A partir da detecção da AIDS no Brasil, observou-se um crescimento acelerado até 1997, quando foram registrados 23.545 casos novos, com um coeficiente de incidência de 14,8 casos/100.000 hab., e até junho de 2006, já foram identificados cerca de 433 mil casos da doença¹⁴. Forte mobilização de setores da sociedade e o desenvolvimento de medicamentos eficazes contra o HIV vêm possibilitando a redução dos seus danos potenciais, porém a um alto custo para o sistema de saúde.

A dengue tem sido objeto de uma das maio-

res campanhas de saúde pública realizadas no país e tem mobilizado o interesse público e a mídia. As dificuldades para a eliminação de um mosquito domiciliado, que se multiplica nos vários recipientes que podem armazenar água, particularmente aqueles encontrados nos lixos das cidades, como as garrafas, latas e pneus, ou no interior dos domicílios, como os pratinhos dos vasos de plantas, têm exigido um esforço substancial do setor saúde. Entretanto, esse trabalho necessita ser articulado com outras políticas públicas, como a limpeza urbana, além de uma maior conscientização e mobilização social sobre a necessidade das comunidades manterem seu ambiente livre do mosquito. Esse último elemento, da mudança de hábitos, tem sido apontado, mais recentemente, como um dos mais efetivos na prevenção da infestação do mosquito. Nos últimos anos, vem sendo registrado um aumento no número de casos, alcançando cerca de 700 mil casos em 2002. Dentre outros fatores que pressionam a incidência da dengue, destaca-se a introdução sorotipo DEN 3, para o qual a susceptibilidade é praticamente universal. A circulação seqüencial de mais de um sorotipo ou outros mecanismos não bem conhecidos vem propiciando o aumento na incidência de febre hemorrágica da dengue, com conseqüente incremento na mortalidade por esta doença. A possibilidade de introdução do sorotipo DEN4 a qualquer momento é um fator que poderá gerar uma nova onda epidêmica de dengue, como aumenta as possibilidades de crescimento das ocorrências de formas hemorrágicas e outras formas severas.

A situação de saúde e o desafio da pobreza e da desigualdade

Os indicadores de morbi-mortalidade da população brasileira apresentados acima permitem uma comparação com outros países de níveis socioeconômicos semelhantes. Tem sido fartamente documentada a situação paradoxal do Brasil de apresentar indicadores econômicos em níveis incompatíveis aos dos indicadores sociais, incluindo-se os de saúde, como por exemplo, taxa de mortalidade infantil e expectativa de vida ao nascer^{15,16}. Ainda que se observe uma tendência de melhoria para alguns indicadores de saúde no Brasil, a reduzida velocidade destas tendências propicia a persistência ou mesmo ampliação das desigualdades¹⁷.

A insuficiente melhoria em alguns indicadores globais de saúde no Brasil pode ser melhor

visualizada na comparação com alguns países da América Latina. Assim, segundo as estimativas do Banco Mundial para 2000¹⁸, o México apresentou uma expectativa de vida ao nascer 4,5 anos superior a do Brasil, a Argentina, 5,4 anos, o Uruguai, 5,9 anos e o Chile, 7,1 anos. No período de 1970 a 2000, houve redução das taxas de mortalidade infantil (TMI) para todos estes países, bem como na grande maioria dos países do globo. Entretanto, enquanto esta taxa para o Brasil era de 29,6 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2000, Argentina (17,4), Uruguai (13,8) e Chile (10,1) apresentaram taxas inferiores. Somente o México, dentre os países analisados nesta comparação, apresentou taxa semelhante (29,2). Estudos também mostram que a expectativa de vida no Brasil é menor do que em países com renda *per capita* inferior ou similar ao Brasil. Assim, países como China e Sri Lanka, com renda *per capita* em torno de 1/5 da renda *per capita* brasileira, apresentam expectativas de vida ao nascer significativamente maiores.

No contexto nacional, a existência de desigualdades inter-regionais pode ser melhor apreendida pelas diferenças entre os indicadores de mortalidade. No tocante à expectativa de vida ao nascer, enquanto a média nacional, em 2004, é de 68,1 ano, a diferença entre a região Sudeste e Nordeste é de mais de cinco anos (70,5 anos e 65,1, respectivamente)². Enquanto para as regiões Sul e Sudeste, as DIP já representavam a quinta causa de óbito em 1980, na região Nordeste este grupo representava a segunda causa de óbito neste ano e só em anos recentes assume a mesma posição já anteriormente observada para as demais regiões.

As desigualdades entre as regiões podem ser também visualizadas nos indicadores relacionados à composição da morbidade. Assim, considerando-se a composição de grupos de causas da morbidade hospitalar, dentre os mesmos grupos analisados para a mortalidade, verifica-se que as doenças cardiovasculares representaram a segunda causa de internações nas regiões Sul e Sudeste em 2001, em seguida às doenças respiratórias. Nestas duas regiões, neste mesmo ano, as DIP representaram a terceira e quarta causa de internações, respectivamente. Na região Nordeste, as DIP ainda representaram a segunda causa de internações em 2001, enquanto que as doenças cardiovasculares representaram a terceira causa.

A análise histórica dos indicadores globais de saúde também evidencia o quadro de desigualdades entre as regiões do país. Na década de 30, a região Sudeste apresentava TMI de 153, a região

Sul, 127 e a região Nordeste, de 168. Portanto, a região Nordeste apresentava taxas 10% superiores à região Sudeste e 32% superiores à região Sul. Para o ano de 2003, o Nordeste apresentava TMI 2,25 vezes maior do que a registrada na região Sudeste e na região Sul. Apesar de uma melhoria absoluta ter sido observada em todas as regiões, o agravamento das diferenças relativas mostra que está ocorrendo uma ampliação das desigualdades¹⁹. Deve-se destacar que, nos últimos anos (entre 2000 e 2004), ocorreu reduções ligeiramente mais acentuadas da TMI na região Nordeste (18%), do que na média nacional (15,7%). A expectativa de vida ao nascer, durante o período 1991-1999, também apresentou maiores crescimentos relativos naqueles estados que apresentavam os valores mais baixos no início do período²⁰.

Outros indicadores de morbidade de base populacional também revelam as desigualdades inter-regionais, como as maiores taxas de incidência ou prevalência de muitas doenças infecciosas (por exemplo, esquistossomose, doença de Chagas, leishmanioses, etc.) nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Existem em todo o mundo evidências de que a estratificação da população de acordo com seus níveis socioeconômicos define também estratos diferenciais nos níveis de saúde. Países desenvolvidos ou em desenvolvimento, com diferentes patamares nos níveis de saúde das suas populações e com diferentes padrões epidemiológicos, assemelham-se no tocante à existência destes gradientes. A frequência de qualquer doença, com raras exceções, aumenta com a redução do nível social e econômico dos grupos sociais. É consistente o fato de que, entre países com níveis econômicos similares, aqueles com maiores níveis de desigualdade social apresentam níveis mais baixos de saúde. Por exemplo, dentre os países desenvolvidos, os Estados Unidos, apesar de ser o país mais rico neste restrito grupo, é o que apresenta maiores desigualdades sociais, gerando diferenciais nos indicadores de saúde entre distintos grupos populacionais. Organismos internacionais (Banco Mundial, Organização Mundial da Saúde) vêm reconhecendo que, sem reduções significativas nas iniquidades sociais, será impossível haver melhorias mais substanciais no quadro global de saúde da população, pois observa-se que melhorias modestas no padrão das desigualdades têm fortes efeitos nos níveis de saúde. Este aspecto tornou-se tão importante que, em 2005, a Organização Mundial da Saúde criou uma comissão especial para trabalhar com a

questão dos determinantes sociais em saúde. Esta comissão deve, em 2008, gerar um conjunto de propostas que fortaleçam internacionalmente a abordagem dos determinantes sociais como parte das políticas de saúde. Seguindo esta proposta, no ano seguinte foi criada no Brasil uma comissão similar.

No Brasil, a questão das desigualdades em saúde assume grande importância e ganha nuances especiais. Por exemplo, em 1999, 50% dos óbitos infantis concentraram-se nos 30% dos nascidos vivos que residem nos estados com as maiores taxas de pobreza²⁰, bem como a TMI estimada em 1996 para os 20% dos brasileiros mais pobres foi três vezes maior que a estimada para os 20% de maior poder aquisitivo¹⁸. A concentração da riqueza e dos bens gera imensas distâncias também entre as suas regiões e entre os seus espaços intra-urbanos. Assim, no interior das cidades brasileiras, quando se comparam as suas zonas mais pobres das cidades com relação com as zonas mais ricas, são observados imensos diferenciais nos indicadores de saúde como, por exemplo, as taxas de mortalidade infantil, ou as taxas de mortalidade pela maioria das doenças. Associam-se a isto imensas iniquidades relacionadas às diferenças de gênero e de grupos étnicos, e que agravam ainda mais o quadro geral da desigualdade.

A situação de pobreza e carências em que vive uma parte importante das populações urbanas e rurais, a falta de recursos já reconhecidos como imprescindíveis ao bom desenvolvimento físico e mental e as intensas mudanças por que vem passando a nossa sociedade nas últimas décadas, como urbanização acelerada sem adequada infra-estrutura urbana (saneamento, habitação, educação), alterações do meio ambiente, desmatamento, ampliação de fronteiras agrícolas, processos migratórios, grandes obras de infra-estrutura (rodovias e hidroelétricas), industrialização, taxas altas de desemprego, etc., se constituem a base sobre a qual o SUS deve atuar. Esta é uma situação transicional complexa, em que persistem uma série de problemas que devem ser equacionados a curto prazo. Além dos grandes problemas das doenças crônicas e infecciosas referidas acima, gostaríamos de destacar:

a) a situação nutricional - após período de alta prevalência de desnutrição, a partir da década de 1980, registram-se reduções importantes nas taxas de desnutrição²¹; porém, isto é seguido pelo aumento nas taxas de obesidade, com todos os efeitos diretos e indiretos sobre as ocorrências de doenças crônicas;

b) a asma e outras doenças alérgicas - estudos recentes²² têm colocado o Brasil entre os países como mais altas taxas de asma e alergias entre crianças, sugerindo a necessidade de explicar este complexo fenômeno à luz mudanças ambientais, dietéticas, psicossociais ocorridas nos nossos contextos urbanos e rurais. Na atualidade, este conjunto de doenças gera uma grande demanda por serviços, estando, inclusive, entre as principais causas de hospitalizações;

c) a saúde bucal - a incidência de cáries, perdas dentárias e doenças periodontais na população brasileira atinge níveis muito altos, tendo impactos sobre a saúde em geral e sobre a qualidade de vida²³;

d) a saúde da população indígena - a denominação população indígena inclui hoje quase 0,5 milhão de brasileiros dispersos nos vários estados da federação e que se caracteriza por precárias condições que se traduzem entre outras coisas por altas prevalências de desnutrição e altas incidências de tuberculose^{24,25}.

e) a saúde da população negra - parcela importante da população brasileira que, além de algumas patologias específicas, apresenta níveis de saúde abaixo dos observados na população brasileira em geral^{26,27,28};

f) a saúde mental - estudos da década de 1990 já mostravam as altas prevalências da morbidade psiquiátrica³⁰ e a prestação de serviços nesta área é um continuado desafio³⁰.

Os desafios colocados ao SUS

Vimos acima que entre as principais causas de óbito e internamentos em nossa população estão as doenças crônico-degenerativas, os acidentes e as diversas formas de violência. Entretanto, já se observam tendências recentes de redução da mortalidade por algumas causas específicas de doenças cardiovasculares, suficiente para a redução das taxas para este grupo de causa. No grupo das doenças infecciosas, além da redução na mortalidade por este grupo, observa-se também diminuição significativa na morbidade por um conjunto importante de doenças.

Em outra direção, temos visto que o reaparecimento, nas duas décadas passadas, de problemas como a cólera e o dengue, além de expor as frágeis estruturas ambientais urbanas em nosso país, as quais tornam as populações vulneráveis a doenças que pareciam superadas, amplia a já alta carga de doenças da população. Estes fatores agregam-se ao surgimento de novas doen-

ças, ou de novas formas de manifestação das doenças na população – aumento na severidade por surgimento de novas cepas patogênicas, ampliação da resistência aos antimicrobianos – bem como a persistência de problemas como a desnutrição e de doenças endêmicas como a tuberculose, implicando em manter estruturas de cuidado dispendiosas que competem com os recursos escassos que poderiam, em caso da não existência destes problemas, vir a ser utilizados em problemas de saúde com maior magnitude e para os quais existem menores possibilidades de prevenção a curto prazo, como para as doenças crônicas não transmissíveis.

Um quadro bem paradigmático desta superposição de padrões ocorre com relação aos problemas nutricionais – reduções na prevalência da desnutrição protéico-calórica estão sendo acompanhadas pelo crescimento da obesidade e da anemia. Deve-se destacar também que, em geral, o tratamento das ‘doenças da modernidade’ requer mais recursos tecnológicos e, como consequência, implica em maiores custos para o sistema de saúde. A violência, por exemplo, ao lado das mortes e incapacidades que causa em nossa população produtiva, implica em pesadas sobrecargas para os sistemas de saúde e previdenciário⁴.

A falta de solução para alguns problemas estruturais e básicos, a manutenção de condições e modo de vida inadequados, a insuficiência nos mecanismos que regulam os danos ao meio ambiente ocasionam que os riscos aos quais está exposta a nossa população se superponham, em vez de se sucederem. Assim, se de um lado temos a manutenção dos problemas urbanos caracterizados por marcantes deficiências em áreas como o saneamento ambiental, habitação e transporte, temos também o surgimento da poluição ambiental de origem química (industrial, inseticidas, etc.), os riscos ocupacionais, o aumento dos fatores estressores gerados pela ‘modernização’ das relações sociais, as mudanças comportamentais, o desemprego estrutural e crescente e a ampliação das desigualdades intra-urbanas. Ademais, o fato do envelhecimento da população ocorrer em condições em que se associam múltiplos riscos amplifica as chances de ocorrência de várias doenças, aumentando a carga mórbida e reduzindo a qualidade de vida deste grupo populacional.

Existem cada vez mais relatos sobre os efeitos deletérios de fatores que se dão no plano internacional sobre a saúde. Assim, os efeitos da denominada globalização que está relacionada com questões tão aparentemente diversas como o

aumento das desigualdades entre as nações, a intensificação do comércio internacional, em especial o comércio de produtos alimentícios, o narcotráfico e o contrabando de armas e cigarros, ou o aumento da temperatura global ocasionada pela crescente poluição atmosférica, são exemplos de ‘novos riscos globais’ com efeitos na deterioração das condições de saúde. Esta superposição de fatores ambientais e sociais ‘velhos’ e ‘novos’ é que torna possível que algumas doenças infecciosas tradicionais sejam mantidas e que ocorra a emergência ou a re-emergência de outras tantas, em paralelo ao aumento das doenças crônicas e das violências. Tomemos o exemplo do desemprego; além da privação a que sujeita os indivíduos e suas famílias, gerando efeitos no estado nutricional de adultos e crianças e aumento do risco de exposição as doenças infecciosas, provoca aumento na ocorrência das doenças mentais e cardiovasculares.

Tendo em vista a impossibilidade de uma atuação, a curto prazo, em alguns riscos gerados pelos processos globais, faz-se urgente a superação de algumas categorias de risco tradicionalmente vinculados à ocorrência de doenças e cuja superação pode ser alcançada em função de decisões políticas mais limitadas. Por exemplo, a completa resolução das desigualdades de acesso aos serviços de saúde e do *deficit* no suprimento de água e no esgotamento sanitário em muitos centros urbanos. Já é amplamente conhecido o efeito positivo da melhoria das condições de saneamento, não somente na diminuição de uma série de doenças infecciosas responsáveis por importantes demandas no sistema de saúde, como também na proteção para o ressurgimento de outros problemas³¹.

A superposição de problemas de saúde implica a manutenção de uma alta carga de morbidade e mortalidade na população de magnitude que se mantém ao longo dos anos. A redução desta carga representa um desafio para a definição de políticas de saúde.

Os benefícios alcançados para a população, na redução da mortalidade para as doenças infecciosas, na morbidade por algumas patologias deste grupo de causa, como também na mortalidade para as doenças cardiovasculares, além de serem mantidos, necessitam ser ampliados para outras causas de adoecimento e morte da população. Estes resultados positivos indicam que, mesmo na existência de tecnologias que atuem melhorando os padrões de morbidade e mortalidade, os efeitos são muito mais intensos e duradouros em contexto socioeconômico e ambi-

ental favorável integradas às demais políticas sociais, e com potencialidade de agregar ao aumento da longevidade humana um aumento concomitante da qualidade de vida.

Vimos também que os benefícios na melhoria de indicadores de saúde não são alcançados de forma homogênea por todos os grupos populacionais, o que contribui para a manutenção de uma carga de morbidade persistente, a partir de um determinado nível. Ainda que as políticas de saúde tenham possibilidade de ampliação dos benefícios para grupos populacionais excluídos deste processo, a articulação com outras políticas públicas adquire relevância ímpar, sem a qual serão mantidas as desigualdades nos padrões epidemiológicos atuais. Tais políticas, necessariamente, devem ser dirigidas para os determinantes das doenças, visando o enfrentamento da complexidade de sua produção.

Portanto, é importante enfatizar a necessidade de ações multisetoriais para a prevenção e controle das doenças e do sofrimento humano, e para dar a cada indivíduo a garantia de atingir a sua plenitude física e mental. Grande parte das

razões para a manutenção da situação existente reside na persistência dos seus fatores determinantes, muito deles externos às ações típicas do setor saúde. Temos que enfatizar que a conquista de altos padrões de saúde de qualquer população ocorreu em paralelo a mudanças importantes nas condições e modos de vida ocorridas nas sociedades a que pertencem.

Tudo isto não retira o importante papel dos sistemas de saúde, seja na cura (tratamentos) ou na prevenção (por exemplo, vacinas) a nível individual. Adicione-se a isto que evidências recentes têm mostrado que o Programa de Saúde de Família, a principal estratégia de ação básica no SUS, além da expansão das ações de saúde, vem tendo impacto sobre os níveis de saúde, reduzindo de forma significativa as taxas de mortalidade infantil, tanto a pós-neonatal como a neonatal^{8,32,33}. Estes achados sinalizam a importância da atenção primária como elemento básico do sistema de saúde e como importante elo com um conjunto importante de políticas e ações que interferem em determinantes que atuam sobre a saúde da população.

Colaboradores

M L Barreto e EH Carmo participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Agradecimentos

Os autores agradecem a Carlos Antonio Santos pelos cálculos de taxas padronizadas e confecção dos gráficos.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2004 – uma análise da situação de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. [site da Internet] [acessado 2007 Out 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/iddb2005/a11m.htm>
3. Barreto ML, Carmo EH. Situação da saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS* 1994; 3(3/4): 5-34.
4. Barreto ML, Carmo EH. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: Lessa I, organizadora. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1998. p.10-42.
5. Barreto ML, Carmo EH. Determinante das condições de saúde e problemas prioritários no país. In: Ministério da Saúde, organizador. *Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. p.235-259.
6. Carmo EH, Barreto ML, Silva Jr JB. Mudanças nos padrões de morbi-mortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2003; 1:63-76.

7. Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Aquino R. **Programa de Saúde da Família: determinantes e efeitos de sua implantação nos municípios brasileiros** [tese]. Salvador (BA): UFBA; 2006.
9. Aquino R, Barreto ML. Programa de Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. **Cad Saúde Pública**. No prelo 2007.
10. Guerra MR, Gallo CVM, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Rev Bras Cancerol** 2005; 51(3): 227-234.
11. Laurenti R. O perfil da mortalidade materna. In: Minayo MCS, organizadora. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.
12. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev Bras Epidemiol** 2004; 7(4):450-460.
13. Brasil. Ministério da Saúde. **Situação epidemiológica da malária no Brasil, ano de 2006**. Ministério da Saúde [documento na Internet]. 2007 [acessado 2007 Out 20]: [cerca de 5p]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/folder_malaria_2007_web.pdf
14. Brasil. Ministério da Saúde. **DST-AIDS** [site da Internet] [acessado 2007 Out 20]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISD3352823PTBRIE.htm>
15. Fleury S. Iniquidades nas políticas de saúde pública: o caso da América Latina. **Rev. Saúde Pública** 1995; 29(3):243-450.
16. Ometto AMH, Furtuoso MCO, Silva MV. Economia brasileira na década de oitenta e seus reflexos nas condições de vida da população. **Rev. Saúde Pública** 1995; 29(5):403-415.
17. Barreto ML, Carmo EH, Santos CAST, Ferreira LDA. Saúde da população brasileira: mudanças, superposição de padrões e desigualdades. In: Fleury S, organizadora. **Saúde e Democracia – A Luta do CE-BES**. São Paulo: Lemos Editora; 1997. p.45-60.
18. The World Bank. PorvertynNet [site da Internet] [acessado 2007 Out 20]. Disponível em: <http://www.worldbank.org/porverty>
19. Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, Silva AC, Elaine T. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. **Lancet** 2000; 356:1093-1098.
20. Duarte EC, Schneider MC, Sousa-Paes R, Ramalho WM, Sardinha LMV, Silva JB, Castilho-Salgado C. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório**. Brasília: OPAS; 2002.
21. Monteiro CA, Mondini L, Souza AL, Popkin BM. The nutrition transition in Brazil. **Eur J Clin Nutr** 1995; 49(2):105-113.
22. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. **Lancet** 1998; 351:1225-1232.
23. Roncalli AG. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. In: Peres MA, Antunes JLF, editores. **Epidemiologia em saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
24. Leite MS, Santos RV, Gugelmin SA, Coimbra Júnior CE. Crescimento físico e perfil nutricional da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2006; 22(2):265-276.
25. Coimbra Júnior CE, Basta PC. The burden of tuberculosis in indigenous peoples in Amazonia, Brazil. **Trans R Soc Trop Med Hyg** 2007; 101(7):635-636.
26. Barata RB, Almeida MF, Montero CV, Silva ZP. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. **Cad Saúde Pública** 2007; 23(2):305-313.
27. Leal MC, Gama SG, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública** 2005; 39(1):100-107.
28. Martins AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad Saúde Pública** 2006; 22(11):2473-9.
29. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB *et al*. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. **Br J Psychiatry** 1997; 171:2473-2479.
30. Nunes M, Jucá VJV, Branca CP. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública** 2007; 23(10):2375-2384.
31. Barreto ML, Genser B, Strina A, Teixeira MG, Assis AMO, Rego RF *et al*. Effect of city-wide sanitation programme on reduction in rate of childhood diarrhea in northeast Brazil: assessment by to cohort studies. **Lancet** 2007; 370. In press 2007.
32. Macinko J, Guanais FC, de Fatima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J Epidemiol Community Health** 2006; 60(1):13-19.
33. Macinko J, de Souza MFM, Guanais FC, da Silva Simões CC. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. **Soc Sci Med** 2007; 65(10):2070-2080.

Artigo apresentado em 01/10/2007

Versão final apresentada em 29/10/2007