

Análise da Situação de Saúde: principais problemas de saúde da população brasileira

Carlos Batistella

Introdução

Diversos fóruns internacionais de cunho social das últimas décadas têm enfatizado a necessidade de estabelecer compromissos com a qualidade de vida das populações. Mais do que preocupações com a integração da economia no mundo global, destacam a importância de verificar em que condições esse desenvolvimento se dá, e, principalmente, quais os impactos para a sociedade e para o meio ambiente.

Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) reuniu 189 países, no que se chamou a 'cúpula do milênio', quando foram estabelecidos oito objetivos através dos quais se pretende intervir para reduzir a gravidade do estado social verificado em vários países no mundo. Os 'objetivos do milênio', assim chamados, constituem ações em áreas prioritárias com o intuito de até 2015 construir a melhoria de um conjunto de situações que incluem: erradicar a pobreza extrema e a fome; alcançar o ensino primário universal; promover a igualdade de gênero e capacitar as mulheres; reduzir a mortalidade de crianças; melhorar a saúde materna; combater a Aids, malária e outras doenças; assegurar a sustentabilidade ambiental; e promover uma parceria mundial para o desenvolvimento (Brasil, 2006a).

O alcance destas metas somente será possível através da universalização de serviços básicos de saúde, educação, abastecimento de água potável, tratamento de esgoto, coleta e destino adequado do lixo, energia elétrica, segurança, urbanização, bem como do estabelecimento de políticas públicas que visem à geração de emprego, distribuição de renda, moradia digna e ambientes com baixo adensamento domiciliar. Implicará, sobretudo, a luta pela democracia substantiva, que, além do simples direito ao voto (democracia representativa), representa a ampliação da igualdade, ou seja, da participação coletiva na apropriação dos bens coletivamente criados: "não há democracia efetiva onde existe

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

excessiva desigualdade material entre os cidadãos. E essa desigualdade material, econômica, impede inclusive que haja uma democracia política efetiva” (Coutinho, 2002: 20).

Um dos elementos fundamentais na construção de uma sociedade democrática, portanto, é o enfrentamento de seus principais problemas de saúde, por meio da compreensão e intervenção na esfera de seus determinantes e condicionantes.

Assim, neste artigo, recorreremos ao exame de alguns indicadores epidemiológicos mais tradicionais – mortalidade infantil, morbimortalidade, por grupos de causas, séries históricas etc. – e de sua associação a outros indicadores relativos ao processo de urbanização, transição demográfica, acesso à água tratada, esgotamento sanitário, coleta de lixo, escolaridade, renda, acesso aos serviços de saúde, desemprego, concentração de renda e componente racial, no sentido de tentar uma aproximação à complexidade que envolve o processo saúde-doença em nosso país.

Quando relacionados e contextualizados, esse conjunto de indicadores tem permitido uma compreensão das diferenças regionais, urbano-rurais, intra-urbanas, econômicas, sociais e culturais que expressam diferenças nos modos de se ter saúde, adoecer e receber o cuidado. Indicam, sobretudo, o peso de alguns determinantes na manutenção e aprofundamento das iniquidades em saúde, bem como os imensos desafios postos ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à sociedade como um todo.

Ainda que este artigo relacione um conjunto de indicadores macrossociais e epidemiológicos nacionais, é importante destacar que os problemas que aqui serão apontados – entre outros tantos que se apresentam – fazem parte do cotidiano de trabalho da atenção à saúde. Assim, o dia-a-dia dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no acompanhamento das famílias está repleto de situações em que é possível perceber o quanto são determinantes, no processo saúde-doença, as circunstâncias de desemprego, de desestruturação familiar, de baixa escolaridade, de acesso limitado aos serviços públicos, de baixo grau de articulação comunitária ou de falta de horizontes e desesperança.¹

¹ Sobre informação e saúde, ver Camargo JR, Coeli e Moreno texto “Informação e avaliação em saúde” no livro *Políticas de Saúde: a Organização e a Operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

Mudanças no Perfil e na Dinâmica Demográfica

O último censo demográfico do Brasil, realizado em 2000, registrou um total de 169.799.170, dos quais 86.223.155 (50,77%) são mulheres e 83.576.015 (49,22%) são homens. Estimativas atuais indicam que em 2010 estaremos próximos dos 200.000.000 de habitantes. Embora o país continue crescendo, a taxa atual (1,6% ao ano) é bem menor do que no passado (3% ao ano, na década de 1950).

Aprofunda-se a tendência de envelhecimento² da população brasileira, em função do aumento significativo da expectativa de vida e, principalmente, do declínio sustentado da fecundidade. Até os anos 60 a população brasileira era extremamente jovem, com cerca de 52% de indivíduos abaixo dos 20 anos, e menos de 3% acima dos 65 anos. Nesse período, houve significativo declínio da mortalidade e uma discreta redução da fecundidade. A partir dos anos 70, porém, começa a ser observado um estreitamento continuado na base da pirâmide etária e, conseqüentemente, um envelhecimento da população (Tabela 1). No censo do ano 2000, a proporção de pessoas nos grupos etários de 0-14 anos foi de 29,6%, ao passo que a de 60 anos ou mais foi de 8,6%.

Tabela 1 – Brasil: distribuição proporcional (%) da população, segundo grandes grupos etários – 1970, 1980, 1991, 2000

Grupo etário (anos)	Ano do recenseamento			
	1970	1980	1991	2000
0-14	42,10	38,24	34,73	29,60
15-59	52,83	55,69	57,97	61,84
60 e +	5,07	6,07	7,30	8,56
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: IBGE apud Carvalho & Garcia, 2003.

² Diferente do aumento de longevidade – relacionado à expectativa de vida ao nascer –, o envelhecimento populacional não se refere especificamente a indivíduos ou gerações, mas sim à mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de uma determinada idade, considerada como o início da velhice (Carvalho & Garcia, 2003).

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Muito embora também seja observado um aumento expressivo na expectativa de vida dos brasileiros nas últimas décadas (Tabela 2), o envelhecimento da população, ao contrário do que indica o senso comum, é resultado do declínio na fecundidade, e não na mortalidade. O rápido e generalizado declínio da fecundidade observado no final da década de 1960 – a taxa de fecundidade total passou, de 6,1 filhos por mulher, nos anos 30; para 5,8, nos anos 70 e para 2,3 filhos por mulher em 2000 (Tabela 3) – coloca o país em um nível de fecundidade próximo ao de reposição (número de nascimentos constante e igual ao número de óbitos, gerando crescimento nulo) (Carvalho & Garcia, 2003).

Tabela 2 – Brasil: esperança de vida ao nascer (em anos), segundo as grandes regiões – 1950-2000

Grandes Regiões	População residente					
	1950	1960	1970	1980	1991	2000
Brasil	43,3	48,0	52,7	62,5	66,9	70,4
Norte	44,3	52,6	54,1	60,8	66,8	69,5
Nordeste	35,9	40,0	43,3	58,3	62,9	67,1
Sudeste	48,0	53,1	57,4	64,8	68,8	72,0
Sul	52,7	57,5	60,0	66,0	70,3	72,8
Centro-Oeste	50,3	52,9	57,6	62,9	68,4	71,7

Fonte: Brasil, 2004b.

De acordo com Carvalho e Garcia (2003, p.730)], “a variação relativa na proporção de idosos se dará a um ritmo significativamente maior, se comparado com aquele já observado em países europeus”. Para Patarra (2000), a população de zero a vinte anos, nesta e nas próximas décadas, terá taxas de crescimento extremamente reduzidas ou até negativas, ao passo que a população de mais de 65 anos crescerá a taxas elevadas. Essa transformação constitui, sem dúvida, um novo padrão de demandas por políticas sociais específicas.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

Tabela 3 – Brasil: taxas de fecundidade total, segundo as grandes regiões, 1950-2000

Grandes regiões	1950	1960	1970	1980	1991	2000
Brasil	6,2	6,3	5,8	4,5	2,9	2,3
Norte	7,9	8,6	8,2	6,5	4,2	3,2
Nordeste	7,5	7,4	7,5	6,1	3,7	2,7
Sudeste	5,5	6,3	4,6	3,5	2,4	2,1
Sul	5,7	5,9	5,4	3,6	2,5	2,2
Centro-Oeste	6,8	6,7	6,4	4,5	2,7	2,3

Fonte: Brasil, 2004b.

Se de um lado a atual estrutura etária é favorável à qualificação dos serviços de creches, berçários e à atenção à saúde da criança, uma vez que o planejamento não terá de voltar-se à expansão quantitativa dos serviços; de outro, aumentam as pressões por emprego na população de mais de 40 anos, por atenção à saúde, cobertura previdenciária, alterações nos arranjos domésticos, nos serviços de transporte, educação entre outros benefícios sociais.

O impacto na organização do Sistema Único de Saúde incidirá na necessária reconfiguração da oferta de serviços, procurando qualificar o atendimento das necessidades de saúde dessa faixa etária. A atenção à saúde do idoso passa a demandar não só o direcionamento na contratação de especialistas (geriatras, ortopedistas, cardiologistas, angiologistas etc), a inclusão de um calendário específico de imunizações, a implantação e ampliação do atendimento domiciliar, a expansão do acesso e a adequação da oferta de medicamentos na farmácia básica, como também o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, com orientações nutricionais, educação física, lazer e cultura. Particularmente aos ACS e, conseqüentemente, à equipe do Programa de Saúde da Família, será demandado o apoio às ações desenvolvidas pelos cuidadores de idosos.

Outras tendências na dinâmica populacional trazem grande preocupação: observa-se um aumento significativo da gravidez na adolescência: 1 em cada 5 partos ocorre entre adolescentes – menores de 20 anos. Em contrapartida,

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

a violência e os acidentes de trânsito produzem uma sobre-mortalidade masculina na adolescência – aos 60 anos, mulheres são 58% e homens 42% da população.³

Urbanização

Segundo dados da Síntese de Indicadores da PNAD/IBGE de 2005 (Brasil, 2006a), a proporção de pessoas residentes em áreas urbanas foi de 82,8%. O avanço da industrialização acentuou o processo de urbanização e de desenvolvimento das metrópoles brasileiras até os anos 80. Nas últimas décadas, porém, as taxas de crescimento das sedes metropolitanas e regionais vem diminuindo, ao passo que se observa um crescimento mais elevado de suas áreas de entorno. De fato, houve significativo crescimento populacional de cidades não metropolitanas em todas as regiões brasileiras, onde cidades pequenas e de porte intermediário apresentaram crescimento expressivo. A tendência observada pelos especialistas parece indicar um processo de desconcentração espacial da população brasileira (Patarra, 2000). Nas capitais, porém, o processo de periferização tem-se intensificado.

Emprego e Renda

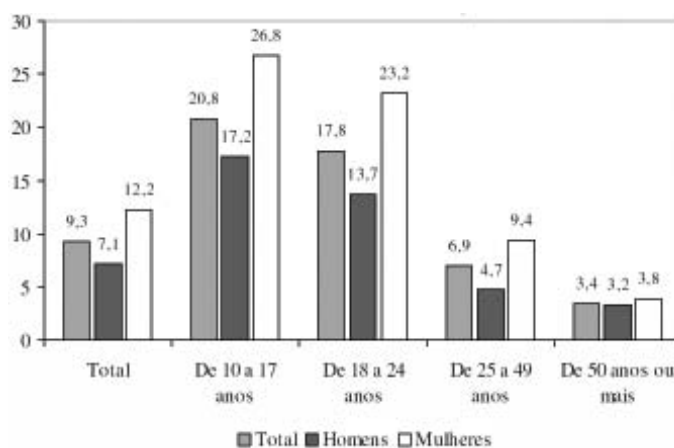
De acordo com os dados do IBGE, o índice de desemprego no Brasil, embora venha apresentando uma ligeira redução, ainda é bastante elevado. Nos últimos dez anos, de acordo com os dados da PNAD/IBGE 2005 (Brasil, 2006a), vem ocorrendo uma mudança acentuada na distribuição por sexo da população economicamente ativa (PEA). As mulheres que, em 1995, representavam 40,4% da PEA, em 2005 passaram a compor 43,6%.

A taxa de desocupação em 2005 atingia 9,3% da PEA. Na faixa etária de 18 a 24 anos, essa taxa foi ainda maior, atingindo 17,8% (Gráfico 1).

³ Sobre relação entre cuidado e características demográficas, ver Pontes e Martins, texto “Fases do ciclo vital: características, vulnerabilidade e cuidado”, no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

Gráfico 1 – Taxa de desocupação das pessoas de 10 anos ou mais de idade, por sexo e grupos de idade. Brasil, 2005



Fonte: Brasil, 2006a.

De acordo com a *Síntese de Indicadores Sociais – 2006*, do IBGE, no período em questão (1995-2005), a procura dos jovens por uma vaga no mercado de trabalho aumentou expressivamente. Nesse sentido, a elevada taxa de desocupação entre os jovens revela não somente um aumento da procura por trabalho, mas também uma baixa capacidade da economia de absorver essa mão-de-obra qualificada (com médias de anos de estudo próximas à da população adulta que era de 7,0 anos; no caso do grupo populacional de 18 a 24 anos a média é até maior, 8,7 anos), porém considerada pouco experiente (Brasil, 2006a).

O crescimento da formalização da mão-de-obra no período 1995-2005 foi de apenas 4,0 pontos percentuais, passando de 43,2% da população ocupada para 47,2%. O que pode ser considerado um nível significativamente baixo, levando-se em conta o quadro previdenciário brasileiro e o aumento da expectativa de vida da população.

Com relação ao rendimento-hora, a análise entre 1995 e 2005 revelou uma queda deste em todos os níveis de escolaridade, principalmente entre as pessoas ocupadas que tinham o ensino médio (redução de 31%), tendo-se iniciado uma retomada apenas em 2004. O rendimento da população ocupada também sofreu algumas mudanças neste período. Um aspecto se refere à distribuição da população ocupada de acordo com as classes de rendimento familiar *per*

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

capita. Foi a categoria de empregados sem carteira que mais reduziu o percentual entre os que viviam com um rendimento familiar de até ½ salário mínimo *per capita* (7,7 pontos percentuais) e que mais aumentou a participação entre aqueles que viviam com um rendimento familiar *per capita* acima de dois salários mínimos (3,2 pontos percentuais), demonstrando o impacto do trabalho informal no país (Brasil, 2006a)

Quanto à distribuição de renda, embora nos últimos dez anos os índices indiquem uma ligeira redução da concentração de renda, segundo os dados das Nações Unidas, em 2005, o Brasil ainda situa-se entre os dez países com maior desigualdade, ao lado da Namíbia, Lesotho, Botswana, Serra Leoa, República Centro Africana, Swazilândia, Guatemala, África do Sul e Paraguai. Esse modelo concentrador, em parte, explica as diferenças internas na composição de diferentes indicadores de saúde no país.

Escolaridade

O grau de escolaridade é considerado um elemento fundamental a ser considerado tanto na análise dos determinantes da saúde como na abordagem da população para o desenvolvimento de práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Diversas condições de atenção à saúde são influenciadas diretamente pelo nível de escolaridade dos chefes de família, particularmente as condições de atenção à saúde das crianças. O baixo nível de escolaridade pode afetar negativamente a formulação de conceitos de autocuidado em saúde, a noção de conservação ambiental e a percepção da necessidade de atuação do indivíduo como cidadão em contextos sanitários coletivos (Brasil, 2004a).

A taxa de analfabetismo é um indicador-síntese da situação educacional de um país. Segundo os dados da PNAD de 2005, o Brasil contava com cerca de 14,9 milhões de pessoas de 15 anos ou mais analfabetas, correspondendo a 11% da população (Tabela 4). Deste contingente, 37,7% eram pessoas de 60 anos ou mais, 18,9% de 50 a 59 anos, 16,8% de 40 a 49 anos e 13,9% de 30 a 39 anos. Sem dúvida, erradicar o analfabetismo é uma tarefa desafiante na medida em que, quanto mais elevada a idade, torna-se ainda mais difícil alcançar tal objetivo.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

Tabela 4 – Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade, por sexo e situação do domicílio, segundo as grandes regiões, 2005

Grandes Regiões	Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade (%)				
	Total	Sexo		Situação do domicílio	
		Homens	Mulheres	Urbana	Rural
Brasil	11,0	11,3	10,8	8,4	25,0
Norte	11,5	12,8	10,4	8,9	20,0
Nordeste	21,9	24,0	20,0	16,4	36,4
Sudeste	6,5	5,8	7,2	5,7	17,2
Sul	5,9	5,2	6,5	5,1	9,8
Centro-Oeste	8,9	8,7	9,1	7,9	15,4

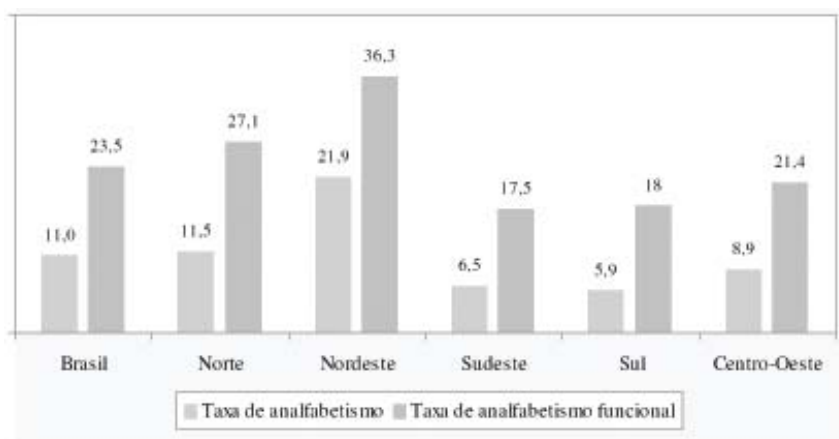
Fonte: Brasil, 2006a.

O fenômeno do analfabetismo é antigo na sociedade brasileira, vindo desde os tempos coloniais, fazendo o país se destacar mesmo no contexto latino-americano, onde países como Argentina e Chile apresentam apenas taxas residuais de analfabetismo (em torno de 3%). No período entre 1995 e 2005, houve queda na taxa de analfabetismo, sendo de 5,0 pontos percentuais nas áreas urbanas (11,4% para 8,4%) e de 7,7 pontos percentuais nas áreas rurais (de 32,7% para 25,0%).

A disparidade entre as taxas de analfabetismo dos estados brasileiros é bastante significativa. As taxas mais elevadas foram encontradas no Nordeste – 29,3% em Alagoas e 27,4% no Piauí –, situação semelhante se comparadas com as taxas de 1995, quando tais estados apresentavam taxas em torno de 35%, evidenciando que o desafio da erradicação do analfabetismo nestes estados não foi devidamente vencido. Quando se amplia o conceito de analfabetismo para 'analfabetismo funcional' (pessoas com menos de quatro anos de estudo), conceito este, segundo a Unesco, mais adequado para avaliar a realidade social do mundo moderno, o número de pessoas nestas condições cresce significativamente, e a taxa alcançava 23,5%, em 2005 (Gráfico 2 – Brasil, 2006a).

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

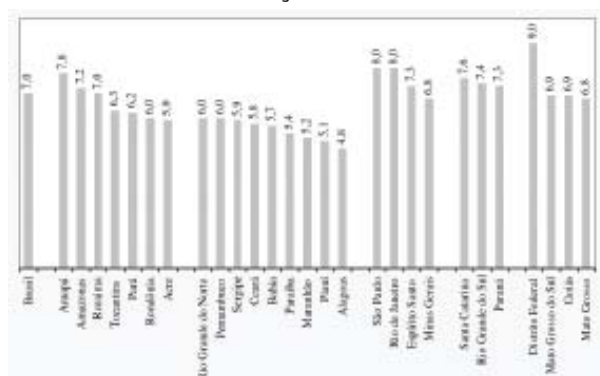
Gráfico 2 – Taxa de analfabetismo e taxa de analfabetismo funcional das pessoas de 15 ou mais anos de idade, segundo as grandes regiões. Brasil, 2005



Fonte: Brasil, 2006a.

A escolaridade média da população pode ser resumida pelo indicador “média de anos de estudo”, considerado um revelador do nível da educação das pessoas. No Brasil, a população de 15 anos ou mais de idade tinha em média sete anos de estudo em 2005. A menor média foi encontrada no estado de Alagoas, 4,8. O Distrito Federal foi a única região do país onde a população apresentava escolaridade média superior ao ensino fundamental (9 anos – Gráfico 3).

Gráfico 3 – Média de anos de estudo das pessoas de 15 anos ou mais de idade, segundo as unidades da Federação. Brasil, 2005



Fonte: Brasil, 2006a.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

Apesar de os índices de analfabetismo ainda apresentarem-se elevados e do baixo nível de escolaridade no país, nos últimos 15 anos tem sido observado o incremento da freqüência de crianças e adolescentes no ensino fundamental. Na faixa de crianças e adolescentes entre 7 e 14 anos, o percentual chega próximo de 100%, não apresentando grandes diferenciações em termos regionais, da situação urbana/rural do domicílio, ou mesmo, em função do sexo ou cor dos estudantes (Tabela 5 – Brasil, 2006a).

Nos níveis de ensino em que não se observa a obrigatoriedade legal de oferta⁴ existem diferenças significativas de acesso. A freqüência à creche e/ou maternal, por exemplo, para crianças de 0 a 3 anos, ainda é muito pouco comum no país. Outro grave problema do sistema educacional detectado pelas pesquisas diz respeito à defasagem escolar dos estudantes, ou seja, à freqüência inadequada a um nível de escolaridade dissociado da idade recomendada.

Tabela 5 – Brasil – Taxa de freqüência bruta a estabelecimento de ensino da população residente, por grupos de idade, 2005

	Total	Grupos de Idade						
		0 a 6 anos			7 a 14 anos	15 a 17 anos	18 a 24 anos	25 anos ou mais
		Total	0 a 3 anos	4 a 6 anos				
Brasil	31,2	40,3	13,0	72,0	97,3	81,7	31,6	5,7

Fonte: Brasil, 2006a.

Saneamento

De acordo com a publicação “Saúde Brasil – 2004”, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em que são analisados diversos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, considera-se que o Brasil ainda apresenta insuficiências e desigualdades na distribuição dos servi-

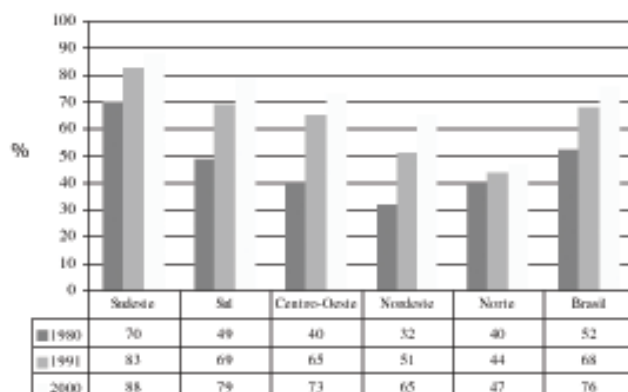
⁴ Segundo a lei n. 9394 de 20 de dezembro de 1996 (lei de diretrizes e bases da educação), dos níveis que compõem a educação básica (educação infantil, ensino fundamental e ensino médio), o único cuja oferta é definida como obrigatória é o ensino fundamental.

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

ços de saneamento básico (Brasil, 2004a). Grande parte dos esgotos não é tratada, a disposição do destino dos resíduos sólidos é inadequada, prejudicando a eficiência das políticas de outros setores, como a saúde e o meio ambiente.

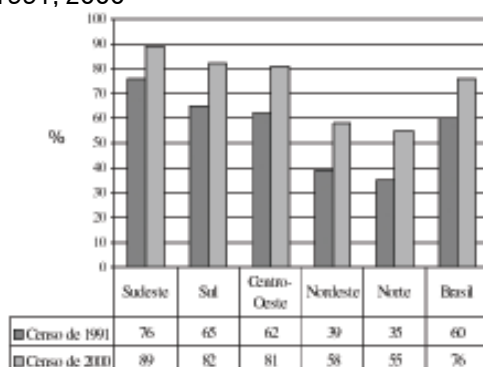
De acordo com os dados dos censos demográficos do IBGE, a proporção da população coberta pela rede pública de abastecimento de água foi ampliada de 52% (1980) para 76% (2000), e pela coleta pública de resíduos sólidos aumentou de 60% (1991) para 76% (2000) (gráficos 4 e 5).

Gráfico 4: Percentual da população com acesso à rede geral de abastecimento de água, segundo a região. Brasil, 1980,1991 e 2000



Fonte: Brasil, 2004a.

Gráfico 5: Percentual da população com acesso à coleta pública de lixo, segundo a região. Brasil, 1991, 2000

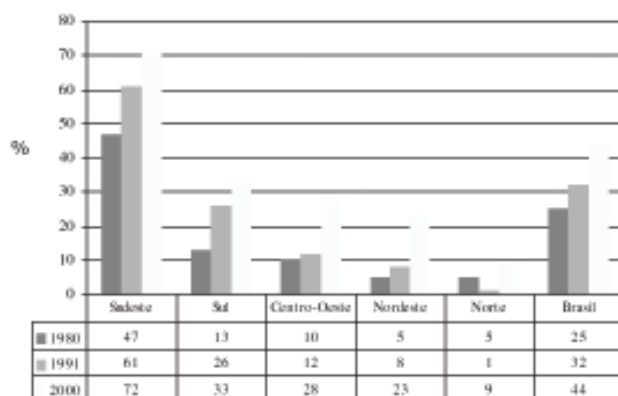


Fonte: Brasil, 2004a.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

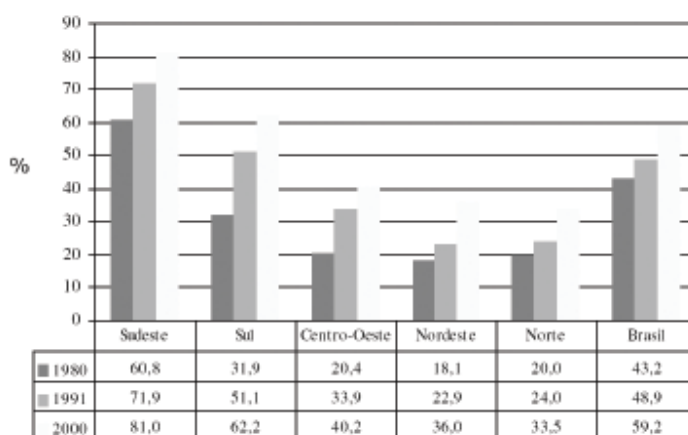
O aumento da população coberta pela rede pública de esgotamento sanitário foi de quase 100% no período, passando de 25% (1980) para 44% (2000). Se considerada a fossa séptica, a cobertura era de 44% em 1980, aumentando para 59% em 2000 (gráficos 6 e 7).

Gráfico 6: Percentual da população com acesso à rede geral de instalação sanitária, segundo a região. Brasil, 1980, 1991 e 2000



Fonte: Brasil, 2004a).

Gráfico 7: Percentual da população com acesso à rede geral de instalação sanitária e fossa séptica, segundo a região. Brasil, 1980, 1991 e 2000



Fonte: Brasil, 2004a.

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Apesar dos avanços no acesso da população ao saneamento básico, persistem as insuficiências de cobertura, podendo ser observadas profundas desigualdades regionais na distribuição dos serviços. Enquanto a cobertura dos serviços de abastecimento de água e de coleta de resíduos sólidos já atende a mais de 75% da população, a cobertura dos serviços de esgotamento sanitário ainda se encontra distante da universalização. É principalmente nas periferias das grandes e médias cidades que este problema se revela, estando diretamente relacionado com uma incidência de doenças de pele, gastroenterites e proliferação de vetores.

Acesso aos Serviços de Saúde

Embora ainda existam importantes limitações, o acesso aos serviços de saúde tem apresentado uma melhoria expressiva em vários indicadores. De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD), de 2003, 79,3% da população têm serviço de saúde de uso regular, contra 71,2% em 1998. O serviço de uso regular mais comum em 2003 foi o posto de saúde. Sua participação relativa cresceu entre a PNAD 1998 (41,8%) e a PNAD 2003 (52,4%) (Brasil, 2003a).

As iniquidades podem ser percebidas quando são examinados alguns serviços específicos e as condições de renda e escolaridade: do total da população brasileira, 15,9% nunca fizeram consulta ao dentista. Esse percentual chega a 31% nas famílias com renda de até 1 salário mínimo, e é de apenas 3% entre as famílias com renda superior aos 20 salários mínimos. Entre as mulheres de 50 anos e mais, apenas 50,3% referiram já ter se submetido a um exame de mamografia. Se analisada a escolaridade, percebe-se uma grave desigualdade: enquanto 68,1% das mulheres que possuem 15 anos ou mais de estudo já fizeram este exame, entre as mulheres sem escolaridade este índice é de apenas 24,3%.

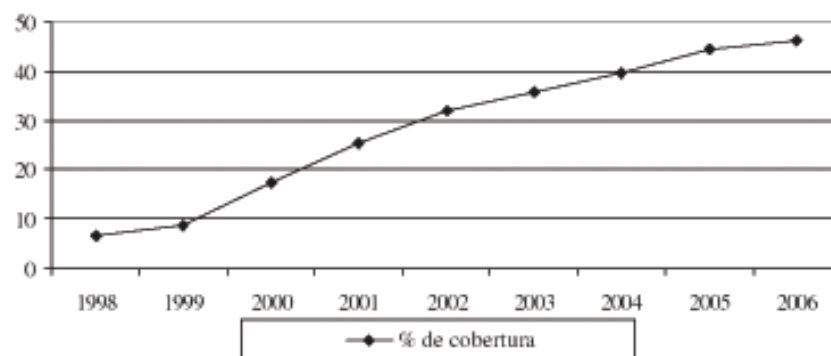
Do total de mulheres de mais de 24 anos de idade, 78,1% foram submetidas a exame preventivo de câncer de colo de útero. Ou seja, uma em cada cinco mulheres nunca o fizeram. Quando essa informação é associada à escolaridade, evidencia-se a diferença no acesso: enquanto 93,1% das mulheres com 15 anos ou mais de estudos fizeram o preventivo, entre as mulheres sem escolaridade, apenas 55,8% o realizaram.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

A distribuição de médicos e enfermeiros ainda apresenta grande concentração nas regiões Sudeste e Sul do país. Enquanto a região Sudeste destacou-se com uma razão de 13,2 médicos empregados por 10 mil habitantes, na região Norte esta proporção era de 2,6. Da mesma forma, na região Sudeste foi encontrada uma razão de 5,1 enfermeiros por 10 mil habitantes, ao passo que na região Norte essa proporção diminuiu para 2,3 (Rais/MTE/Nescon-UFMG apud Brasil, 2004a).

Sem dúvida nenhuma, o aumento da cobertura populacional do Programa de Saúde da Família tem proporcionado uma mudança significativa nas características do acesso e na atenção à saúde em nosso país. De acordo com as informações disponibilizadas no endereço eletrônico do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde – DAB/SAS/MS, em janeiro de 2007, a população coberta por equipes de Saúde da Família implantadas era de 86.200.000 – em torno de 46,2% da população brasileira (gráficos 8 e 9), contando com a atuação de 26.700 equipes, em mais de 5.100 municípios (www.saude.gov.br).

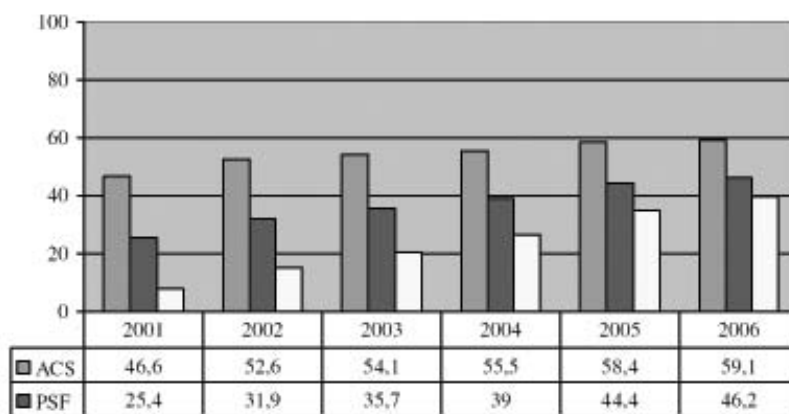
Gráfico 8 – Cobertura populacional do Programa Saúde da Família. Brasil, 1998-2006



Fonte: Brasil, 2007c.

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

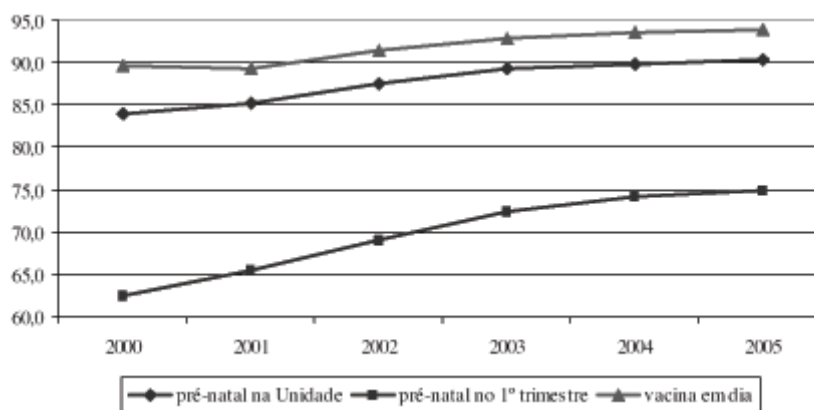
Gráfico 9: Evolução da cobertura populacional (%), Programa Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal. Brasil, 2001-2006



Fonte: Brasil, 2007c.

Essa expansão tem reflexo em diversos indicadores da atenção básica. A presença das equipes de saúde da família junto à população tem garantido modificações importantes no acesso de gestantes ao pré-natal, principalmente no início da gravidez (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Proporção de gestantes acompanhadas pelos ACS nas áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família. Brasil, 2000-2005



Fonte: Brasil 2003b, 2003c, 2003d, 2004c, 2005b, 2005c.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

O Quadro de Morbimortalidade Brasileiro

As transformações históricas e sociais que a sociedade brasileira vem atravessando têm repercutido na produção e distribuição dos problemas de saúde. Nas últimas décadas, o Brasil vem apresentando um novo perfil epidemiológico, bem mais complexo do que aquele esperado pelos autores da teoria da 'transição epidemiológica' (Frederiksen apud Barreto & Carmo, 2000; Omran apud Barreto & Carmo, 2000), segundo a qual, a evolução da sociedade tradicional para uma sociedade moderna seria acompanhada da redução da morbimortalidade por doenças infecciosas, passando a haver um predomínio das doenças crônico-degenerativas e de causas externas. Este processo de modificação nos padrões se daria em estágios sucessivos, definidos pelo grau de incorporação de novas tecnologias: a idade das pestilências e da fome, a idade do declínio das pandemias e a idade das doenças degenerativas e criadas pelo homem.

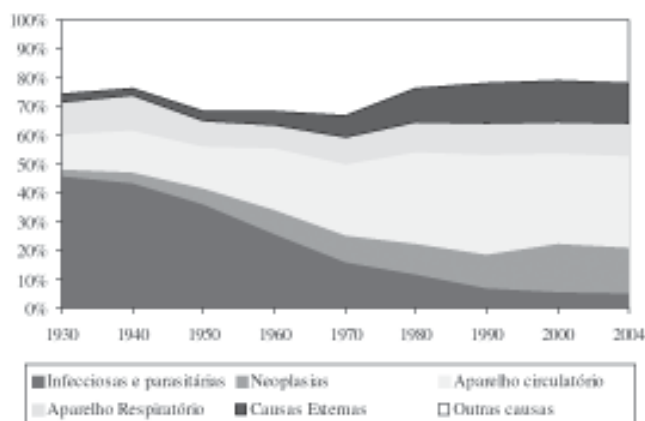
A crítica a essa teoria denunciou o caráter neo-evolucionista da modernização contido em sua fundamentação conceitual, apontando o sentido linear e unidirecional que seria assumido pela transição, sem considerar-se as características do desenvolvimento econômico e social, as formas de organização das sociedades e a constituição das políticas sociais (Barreto & Carmo, 2000).

Em nosso país, segundo diversos autores (Rouquayrol & Almeida Filho, 1999; Barreto & Carmo, 2000), esse processo adquiriu características de uma 'transição incompleta'. Há que se reconhecer uma 'simultaneidade' de problemas: são epidemiologicamente relevantes tanto as enfermidades com origem na escassez e na pobreza absoluta quanto aquelas associadas ao processo de 'modernização' da sociedade, como as neoplasias, as doenças circulatórias e as causas externas.

Ainda que tenha sido observada uma queda na mortalidade das doenças infecciosas, para muitas destas o quadro de morbidade se manteve estável ou se acentuou. As doenças cardíacas, as neoplasias e as mortes violentas passaram a ser responsáveis por cerca de 60% dos óbitos (Gráfico 11).

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Gráfico 11: Brasil, mortalidade proporcional por grupos de causas definidas entre 1930 e 2004.



Fonte: Silva Junior et al. apud Rouquayrol & Almeida Filho, 2003.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2004a), a mudança do perfil epidemiológico do Brasil, nos últimos vinte anos, pode ser expressa pela permanência das doenças do aparelho circulatório como principal causa de morte, pela diminuição da importância das doenças infecciosas e parasitárias e, principalmente, pelo crescimento das neoplasias e das causas externas. Foram observadas melhoras marcantes em alguns indicadores de saúde, como a redução da mortalidade infantil e de doenças infecciosas e parasitárias, a tendência de redução do risco de morte pela doença isquêmica do coração e cerebrovascular, a tendência de redução da mortalidade por câncer de pulmão em homens com idade até 64 anos, além de, em algumas regiões, ter ocorrido estabilização do risco de mortalidade por câncer do colo de útero e redução do risco de mortalidade por acidentes de transporte terrestre.

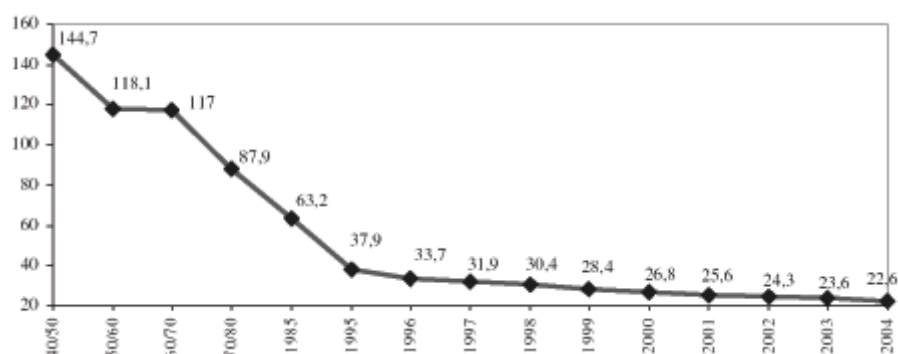
Por outro lado, o risco de morte por câncer de mama apresentou tendência crescente. A mortalidade materna, apesar da redução aparente, continua alta e subnotificada. A gravidez na adolescência vem crescendo, especialmente nas regiões menos desenvolvidas; as consultas de pré-natal aumentaram, mas as iniciativas para a redução das cesarianas, implementadas em anos recentes, não mostraram impacto significativo, sugerindo ser este um problema mais complexo e que não pode ser impactado apenas com portarias de regulamentação (Brasil, 2004a).

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

Mortalidade Infantil

As taxas de mortalidade infantil vêm declinando no Brasil desde o início do século XX (Gráfico 12). Tradicionalmente utilizado na saúde pública para comparação dos níveis de saúde entre países, esse indicador reflete as condições de vida de uma população, dado que a criança com menos de um ano é extremamente sensível às condições socioeconômicas e ambientais. É importante lembrar que o sub-registro de nascimentos e de óbitos, a definição de nascido vivo e erros de preenchimento induzem a freqüentes distorções na sua composição.

Gráfico 12: Evolução da taxa da mortalidade infantil – Brasil, 1940-2004



Fonte: Simões & Monteiro, 2000 (1940-1985); Brasil, 2006c (1995-2004)

De acordo com a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), tem ocorrido um progressivo aperfeiçoamento dos sistemas de informação que fornecem dados para o cálculo da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) – o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) –, resultando em crescente cobertura e melhora da qualidade. Entretanto, ainda existem problemas de qualidade e de cobertura, principalmente nas regiões Norte e Nordeste (Brasil, 2006d).

Considerando que o país atravessou diferentes períodos de estagnação econômica, inflação descontrolada e deterioração da distribuição de renda, a queda observada não parece estar associada a mudanças na renda familiar. As hipóteses mais plausíveis para essa redução apontam para a extensão da co-

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

bertura dos serviços de saúde, educação e saneamento – progresso facilitado pela queda da fecundidade observada a partir da década de 1970 (Monteiro, 2000) – e para a implantação de programas e ações voltadas para a saúde da mulher e da criança, como a atenção ao pré-natal, o incentivo ao aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, a terapia de reidratação oral e o aumento da cobertura vacinal (Brasil, 2006d).

Embora os indicadores evidenciem uma diminuição significativa da mortalidade infantil no país, e mesmo considerando que a maior redução proporcional no período 2000-2004 tenha sido observada no Nordeste (18%), ainda persistem graves diferenças regionais. De acordo com os dados da SVS/MS, em 2004, todos os estados do Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram taxas inferiores à média nacional (22,6 óbitos para cada mil nascidos vivos), enquanto que nas regiões Nordeste e Norte (à exceção do estado de Rondônia e Roraima), as taxas se situaram acima da média (Tabela 6). As maiores taxas são verificadas nos estados de Alagoas (47,1), Pernambuco (37,6), Paraíba (37,6) e Maranhão (35,2). A menor taxa foi encontrada no estado de Santa Catarina (13,6).⁵

Tabela 6 – Taxa de mortalidade infantil por regiões. Brasil, 1996-2004

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Varição 2000/2004
BRASIL	33,7	31,9	30,4	28,4	26,8	25,6	24,3	23,6	22,6	-15,7
Norte	33,7	32,2	31,1	29,8	28,7	27,8	27,0	26,2	25,5	-11,2
Nordeste	53,3	50,4	47,1	44,3	41,4	39,2	37,2	35,5	33,9	-18,0
Sudeste	24,4	23,1	21,6	20,0	18,0	16,8	15,7	15,6	14,9	-17,1
Sul	19,2	17,5	18,7	17,2	17,0	16,4	16,0	15,8	15,0	-12,0
Centro-Oeste	24,3	24,4	23,3	21,9	21,0	20,6	19,3	18,7	18,7	-10,8

Fonte: Brasil, 2006d.

Quando analisados os principais grupos de causas, as afecções originadas no período perinatal representam atualmente o principal contingente

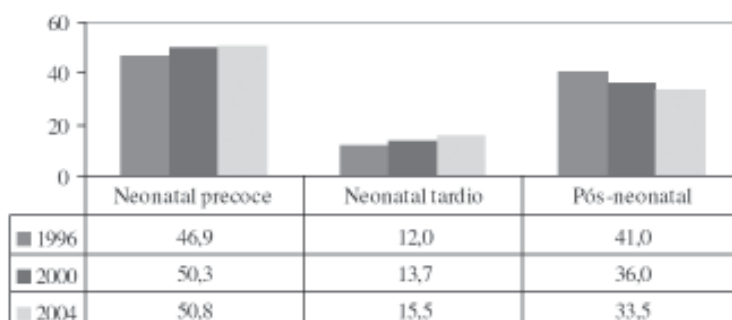
⁵ Para verificar a evolução dos indicadores de mortalidade infantil no período 1996-2004 em cada estado, sugerimos o acesso ao endereço eletrônico da SVS e a consulta à versão em pdf da publicação *Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde*, capítulo 7 (Mortalidade Infantil: determinantes e desigualdade – Brasil, 2006d).

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

das mortes no primeiro ano de vida (57%). Seus fatores causais estão intimamente ligados às condições de saúde e nutrição, nível de escolaridade e de vida das mulheres, assim como à qualidade da atenção prestada durante o pré-natal, parto e assistência ao nascimento (Brasil, 2005a). Quanto menor o número de consultas pré-natal, maior o risco de óbito infantil com relação a quem fez sete ou mais consultas, em todas as faixas de peso. O percentual de mães que referem sete ou mais consultas cresce na medida em que a faixa etária da mãe aumenta.

Analisando as faixas de idade,⁶ observou-se uma mudança na distribuição interna dos componentes da mortalidade infantil no período 1996-2004, ocorrendo, por um lado, aumento do componente neonatal precoce; por outro, uma redução no componente pós-neonatal (Gráfico 13).

Gráfico 13: Distribuição do percentual dos óbitos infantis segundo os grupos de idade. Brasil, 1996, 2000, 2004



Fonte: Brasil, 2006d.

De acordo com Kerr-Pontes e Rouquayrol (1999), quanto melhor é o nível de saúde de um país tanto menor é a proporção de óbitos pós-neonatais, mais sensível às condições socioeconômicas e ambientais. A mortalidade infan-

⁶ A mortalidade infantil pode ser avaliada através de seus componentes neonatais e pós-neonatais. A faixa neonatal divide-se entre neonatal precoce (óbitos ocorridos do sexto dia de vida) e neonatal tardio (óbitos ocorridos entre do sétimo ao vigésimo sétimo dia de vida). A mortalidade infantil pós-neonatal, por sua vez, diz respeito aos óbitos ocorridos do 28º dia até o 12º mês, antes de a criança completar o primeiro ano de idade.

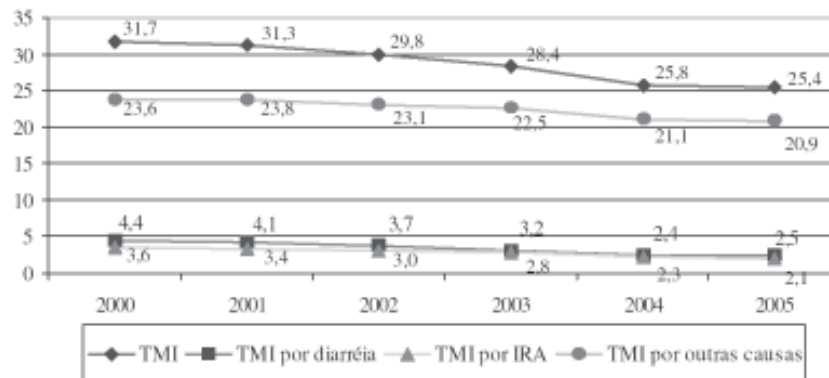
O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

til neonatal é de controle mais difícil e complexo. As causas mais comuns de óbito neonatal são as afecções originadas no período perinatal e as mal-formações congênitas, enquanto nos óbitos pós-neonatais as principais causas são as doenças infecciosas e parasitárias e também as doenças do aparelho respiratório (Brasil, 2006d).

É possível verificar que a taxa de mortalidade infantil se eleva quando considerados alguns determinantes e condicionantes, como por exemplo, a situação rural do domicílio, a diminuição da renda familiar e a diminuição da escolaridade da mãe. Do mesmo modo, segundo os dados de recente estudo do Ministério da Saúde (Brasil, 2006c, 2006d), a desigualdade racial também se expressa através do acesso aos serviços de saúde, uma vez que mães indígenas e negras⁷ referem um menor número de consultas de pré-natal. Evidentemente que o fator raça/cor não é o único responsável pela diferença de acesso aos serviços de pré-natal. É certo que condições socioeconômicas, tais como renda e escolaridade, ajudam a explicar essa diferença.

Nos últimos anos, o declínio da mortalidade infantil também foi favorecido pela expansão do PSF, que vem acumulando resultados positivos na prevalência de aleitamento materno e na redução da desnutrição infantil (gráficos 14 e 15).

Gráfico 14: taxa de mortalidade infantil nas áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família, 2000-2005

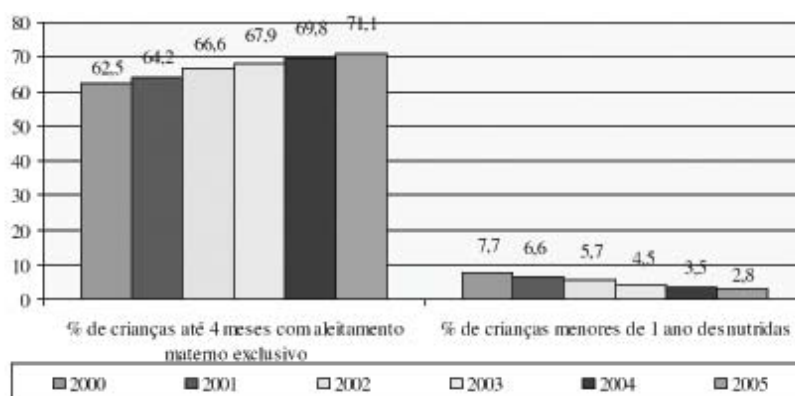


Fonte: Brasil, 2003b, 2003c, 2003d, 2004c, 2005b, 2005c.

⁷ O Ministério da Saúde adota a definição utilizada pelo IBGE: a população negra corresponde a pretos e pardos (Brasil, 2006c).

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

Gráfico 15 – Prevalência de aleitamento materno exclusivo e desnutrição infantil, nas áreas cobertas pela Saúde da Família – Brasil, 2000-2005



Fonte: Brasil, 2003b, 2003c, 2003d, 2004b, 2005b, 2005c.

Doenças Não-Infeciosas

As doenças não transmissíveis foram responsáveis por mais de 60% dos óbitos notificados em 2004.

Sabe-se que a hipertensão, o colesterol alto, o excesso de peso, a inatividade física, o tabagismo e o alcoolismo estão entre os principais fatores de risco para a maior parte destas doenças. O ritmo acelerado e o *stress* da vida nas grandes cidades, as tensões do mundo do trabalho – competitividade alta, subemprego e desemprego – e as barreiras econômicas e culturais para uma alimentação equilibrada têm tornado inquestionável a tendência de crescimento das doenças não-infecciosas no país, sinalizando um quadro de difícil enfrentamento.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, em 2004, o principal grupo de causas de morte no Brasil, em todas as regiões e para ambos os sexos, foram as doenças do aparelho circulatório. Compõem este grupo, as doenças hipertensivas, as doenças cerebrovasculares, as doenças isquêmicas do coração, o infarto agudo do miocárdio, as doenças reumáticas e demais doenças circulatórias.

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Neoplasias

Segundo publicação recente do Instituto Nacional do Câncer (Inca), em 2004 as neoplasias foram a segunda causa de morte entre as mulheres (15,1%) ficando atrás apenas das doenças circulatórias, e a terceira causa de morte entre os homens (12,8%), depois das circulatórias e das causas externas (Brasil 2006b).

O impacto da globalização econômica sobre as sociedades contemporâneas, redefinindo padrões de trabalho, nutrição e consumo, assim como o envelhecimento populacional, tem sido indicado como responsável pelo aumento da incidência das doenças crônico-degenerativas, como as cardiovasculares e o câncer.

No entanto, no Brasil, o aumento da prevalência de cânceres associados ao melhor nível econômico – mama, próstata e cólon/reto – é observado simultaneamente à elevação das taxas de incidência de tumores geralmente associados à pobreza – colo do útero, pênis, estômago e cavidade oral.

Segundo o estudo, ainda não existem dados que permitam compreender a vulnerabilidade de determinados grupos à doença, sendo que seu aparecimento está vinculado tanto a condições genéticas quanto a condições determinadas pelo modo de vida e o ambiente. Dentre os principais fatores de risco reconhecidos pelos pesquisadores, figuram o tabagismo e o álcool, a obesidade e o sedentarismo, infecções sexualmente transmissíveis, riscos ambientais (poluição do ar, exposição profissional a agentes cancerígenos, radiação solar) e contaminação venosa pelo vírus de hepatite B e C (Radis, 2006).

Entre os homens, observa-se um crescimento das taxas ajustadas de câncer de pulmão, de próstata e de estômago e uma diminuição para o câncer de estômago – há 25 anos, a principal causa de morte por câncer masculino. Já entre as mulheres, constata-se o crescimento das taxas ajustadas para câncer de mama, pulmão e intestino, e uma diminuição para o câncer de estômago, assim como entre os homens. Do total de 472.050 casos novos estimados para 2006, o câncer de pele não-melanoma (116 mil casos novos) é o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de mama feminina (49 mil), próstata (47 mil), pulmão (27 mil), cólon e reto (25 mil), estômago (23 mil) e colo do útero (19 mil).

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

Ainda que se tenha obtido grandes êxitos na prevenção (combate ao tabagismo, programas de saúde da mulher) e na assistência (diagnóstico precoce, avanços terapêuticos), o grande desafio para o SUS, diante de um cenário de crescimento dos casos, consiste na constituição de uma rede capaz de prover o acesso universal ao cuidado em todos os níveis, bem como de serviços adequados para o tratamento dos pacientes com câncer em todas as regiões, ou seja, a efetiva implantação da Política Nacional de Atenção Oncológica, criada pela Portaria 2.349, de dezembro de 2005.

Causas Externas: violência e acidentes de trânsito

Os acidentes e violências vêm ganhando cada vez mais importância no perfil epidemiológico do nosso país. Em 1930, as causas externas ocupavam a sexta posição da classificação de mortes por causas definidas da população brasileira, representando 2,6% dos óbitos, passando a ocupar o terceiro lugar entre todos os óbitos com causas conhecidas em 2002 (14,9% dos óbitos totais).

Na faixa de idade de maiores de 1 a 44 anos de idade, esses eventos representam a primeira causa de morte e nas internações hospitalares, na faixa etária de 10 a 29 anos, as causas externas representam a segunda maior causa de morbidade hospitalar. São principalmente os homicídios e os acidentes de transportes terrestres os grandes responsáveis por essas altas taxas de morbimortalidade.

Existe um grande diferencial deste problema de saúde pública, segundo sexo. De um total de 126.550 óbitos por acidentes e violências notificados ao SIM do Brasil em 2002, 106.714 (84,4%) ocorreram entre homens e 19.718 (15,6%) entre mulheres. Entre todos as causas de óbitos ocorridos em 2002, os acidentes e violências estão entre as que mais apresentam diferenças entre homens e mulheres, na razão de 5,4 óbitos masculinos para cada óbito feminino.

Os diferenciais segundo idade também são extremamente relevantes. Jovens na faixa etária de 15 a 29 anos são os mais vitimados. Entre as vítimas na faixa etária de 5 a 14 anos têm destaque as mortes ocorridas por acidentes de transporte terrestre (ATT), já para a faixa etária de 15 a 39 anos têm maior importância às agressões (homicídios).

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Quanto às causas, observa-se que entre os óbitos por acidentes e violências no ano de 2002, 49.695 (39,3%) pessoas morreram devido aos homicídios, 32.753 (25,9%) provocados por ATT e 7.726 (6,1%) por suicídios. Os homicídios apresentam-se em grande concentração na população do sexo masculino, tendo sido responsáveis por 45.775 mortes entre homens, representando 8% de todos os óbitos neste grupo. O suicídio tem importância entre as mulheres na adolescência, em especial na faixa etária de 15 a 19 anos. Entre os homens, essa causa de morte mostra-se relevante na faixa de 20 a 29 anos. Os homicídios e os ATT, em ambos os sexos, são as principais causas de mortes violentas nas faixas etárias de 10 a 24 anos.

A análise de série histórica da mortalidade por homicídios identifica tendência crescente a essa causa de morte em todas as regiões do Brasil.

Em 2004, 127.470 (12,5%) dos óbitos no Brasil foram classificados como causas externas. Desses óbitos, 39,1% (49.852) tiveram como causa a agressão, estabelecendo uma taxa bruta de 27,5 homicídios por 100 mil habitantes. A taxa padronizada⁸ aumentou de 14,1 óbitos por agressão para cada 100 mil habitantes, no ano de 1980, para 27,2/100 mil, em 2004. O risco de morte por homicídio quase dobrou no país, aumentando 92,3%.

O risco de morte por causas externas difere segundo o sexo, sendo o segundo grupo de causas de morte para os homens nas regiões Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste. Na região Sul, o segundo grupo de causas de morte para os homens foram as neoplasias. Além disso, o risco de morte por causas externas também difere segundo a raça/cor, sendo maior para os homens pretos e pardos do que para os brancos (Brasil, 2006c, 2006d).

As taxas de homicídios são maiores entre negros do que entre os brancos, especialmente nos municípios de grande porte. Segundo os dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2006c, 2006d), nas cidades acima de 500 mil habitantes, os negros possuem um risco duas vezes maior que os brancos, sendo que no Nordeste este risco é sete vezes maior.

No que se refere aos ATT, a partir do ano de 1998, observa-se importante redução no risco de morte por essa causa. Esse declínio é marcadamente identificado entre homens na faixa etária de 30 a 39 anos, das regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, enquanto nas regiões Norte e Nordeste essa mesma

⁸ Em bioestatística e epidemiologia, a padronização é um procedimento básico de compatibilização de diferentes populações para efeito de comparação de indicadores.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

tendência não pôde ser identificada. O ano de 1998 coincide com a implantação do novo *Código de Trânsito Brasileiro* (CTB), que implementou, entre outras medidas preventivas para acidentes, a municipalização do trânsito e penalidades mais rigorosas para as infrações, inclusive com a suspensão do direito de dirigir transportes automotores.

A redução da mortalidade por ATT no ano de 1998 sugere fortemente um impacto positivo dessas medidas induzidas pelo novo CTB no Brasil, com redução do número absoluto de óbitos em comparação ao ano anterior – cerca de 5 mil óbitos.

Entende-se que os acidentes e violências são um dos problemas de saúde pública mais relevantes na atualidade, não apenas por sua magnitude, abrangência e tendências de incremento, mas também por sua vulnerabilidade a medidas de intervenção e por suas repercussões em diversas áreas da sociedade.

Doenças Infecciosas

Na década de 1930, as doenças transmissíveis eram a principal causa de morte no país, respondendo a mais de um terço dos óbitos registrados. Esse quadro se alterou significativamente mediante as melhorias sanitárias, o desenvolvimento de novas tecnologias – vacinas, antibióticos, recursos diagnósticos –, a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a adoção de medidas de controle específicas (Brasil, 2004a). que se observe uma expressiva redução na mortalidade (46% no período de 1980-2001), as doenças infecciosas e parasitárias continuam a produzir um impacto importante no quadro de adoecimento no país, constituindo-se na terceira maior causa de morte em crianças com menos de 1 ano e de 1 a 4 anos de idade.

Apesar dos avanços do SUS, o enfrentamento destas doenças não tem encontrado êxito somente com o uso isolado das tecnologias médicas. Uma análise mais ampla permite situar nas iniquidades sociais grande parte de suas raízes. Quando analisada a associação entre mortalidade por doenças infecciosas e raça, é possível perceber graves diferenças. Segundo o Ministério da Saúde, “o risco de uma criança preta ou parda morrer antes dos cinco anos de idade por causas infecciosas e parasitárias é 60% maior que o de uma criança branca” (Brasil, 2006c). Evidentemente, o risco aqui atribuído não se refere ao atributo biológico especifi-

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

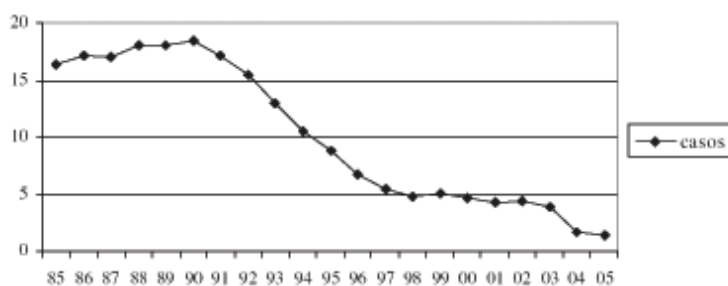
co, mas antes à condição de classe na qual a maioria da população de afro-descendentes brasileira se encontra.

De acordo com os dados fornecidos pela SVS, a situação das doenças transmissíveis no Brasil apresenta um quadro complexo, que pode ser resumido em três grandes tendências: doenças transmissíveis com tendência descendente, doenças transmissíveis com quadro de persistência e doenças transmissíveis emergentes e reemergentes (Brasil, 2004a).

A disposição de instrumentos eficazes de prevenção e controle tem sido fundamental nos êxitos obtidos pelo sistema de saúde na erradicação e controle de determinadas doenças. A varíola está erradicada desde 1978, e a poliomielite está com interrupção da transmissão autóctone⁹ desde 1994. O sarampo, a raiva transmitida por animais domésticos, a rubéola congênita e o tétano neonatal estão em vias de erradicação. Entre as doenças infecciosas que apresentam um quadro de franca redução na incidência, estão a difteria, a coqueluche, a rubéola, o tétano acidental (todas imunopreveníveis), a doença de Chagas, a hanseníase (endêmicas) e a febre tifóide. Oncocercose, filariose e peste também se encontram em áreas de ocorrência restrita.

A hanseníase, considerada uma das doenças mais antigas da humanidade e que carregou por muito tempo o estigma da exclusão de seus portadores do meio social, ainda se apresenta como um problema de saúde relevante no Brasil. A diminuição significativa de sua prevalência nos últimos anos aproxima o país da meta de eliminação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) – redução para menos de um caso por 10 mil habitantes até 2010 (Gráfico 16).

Gráfico 16: Situação da prevalência da hanseníase no Brasil, 1985-2005



Fonte: Brasil, 2007b.

⁹ Caso de doença que teve origem dentro dos limites do lugar em referência ou investigação. Em sentido contrário, o caso alóctone refere-se àquele que adquiriu a doença em outra região de onde emigra ou esteve ocasionalmente – caso importado (Rouquayrol & Almeida Filho, 1999).

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

A manutenção da incidência em torno de 40.000 casos novos/ano, ainda que cause preocupação, também indica a melhoria na detecção de casos novos, fator importante para reduzir a possibilidade de que casos não diagnosticados e tratados continuem alimentando a cadeia de transmissão da doença.

As principais estratégias definidas pelo Ministério da Saúde, no âmbito do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase, referem-se à sua integração com a atenção básica, tornando mais acessível o diagnóstico e o tratamento (Brasil, 2004a, 2007):

- Atualização dos dados, considerada essencial para a interpretação válida e confiável da magnitude e dos níveis endêmicos da hanseníase nas diferentes regiões do Brasil e da distribuição racional de medicamentos;
- Diagnóstico dos casos na fase inicial da doença e tratamento com poliquimioterapia padrão OMS (PQT/OMS), a fim de garantir a redução da taxa de prevalência até a eliminação, através da cura dos pacientes e da interrupção da cadeia de transmissão pessoa a pessoa;
- Redução da carga social da doença, através da detecção precoce para diminuição de casos detectados com incapacidades físicas, além do tratamento adequado de incapacidades já instaladas.

O trabalho dos ACS é extremamente relevante neste contexto. A identificação precoce dos casos, o acesso imediato ao tratamento e o acompanhamento dos contatos, entre outras ações, poderá garantir a eliminação futura da doença no Brasil.

Outras doenças transmissíveis têm apresentado um quadro de persistência, o que torna necessário o fortalecimento de novas estratégias, com maior integração entre as áreas de prevenção e controle e a rede assistencial, já que o principal foco da ação nesse conjunto de doenças está voltado para o diagnóstico e o tratamento das pessoas doentes, visando à interrupção da cadeia de transmissão.

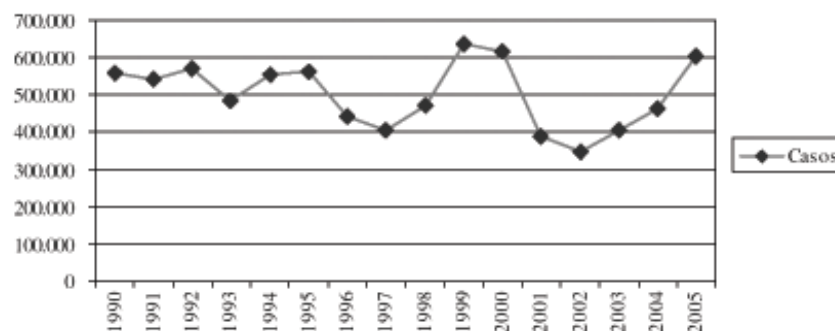
É importante também enfatizar a necessidade de ações multissetoriais para a prevenção e o controle desse grupo de doenças, já que grande parte das razões para a endemicidade reside em processos externos ao setor saúde – urbanização acelerada sem adequada infra-estrutura urbana, alte-

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

rações do meio ambiente, desmatamento, ampliação de fronteiras agrícolas, processos migratórios, grandes obras (rodovias e hidroelétricas) (Brasil, 2004a). Nesse grupo encontram-se a malária, a tuberculose, as meningites, a leishmaniose visceral e a leishmaniose tegumentar americana, a febre amarela silvestre, as hepatites virais, a esquistossomose, a leptospirose e os acidentes com animais peçonhentos.

A malária, endêmica em toda a região da Amazônia brasileira, desde a década de 1980 vem registrando uma média de 500.000 casos anuais (gráficos 17 e 18). O aumento recente dos casos tem sido atribuído em grande parte à intensa e desordenada ocupação das periferias de cidades como Manaus, Porto Velho e Cruzeiro do Sul, municípios que concentram 26% de todos os casos da Amazônia Legal. Aspectos socioeconômicos, como o desmatamento para extração de madeira e expansão da fronteira agrícola; o deslocamento de grupos populacionais para o interior das florestas decorrente da valorização de produtos das atividades extrativistas; o intenso processo de assentamento rural; e fatores ambientais, como a variação de índices pluviométricos, também têm sido relacionados ao incremento da doença.

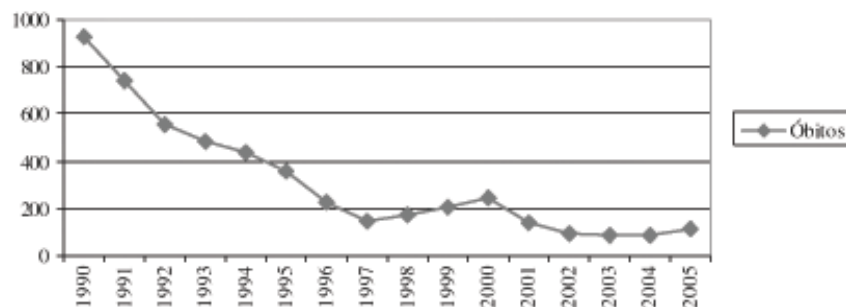
Gráfico 17: Brasil, casos de malária, 1990-2005



Fonte: Brasil, 2007b.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

Gráfico 18: Brasil, óbitos de malária 1990-2005



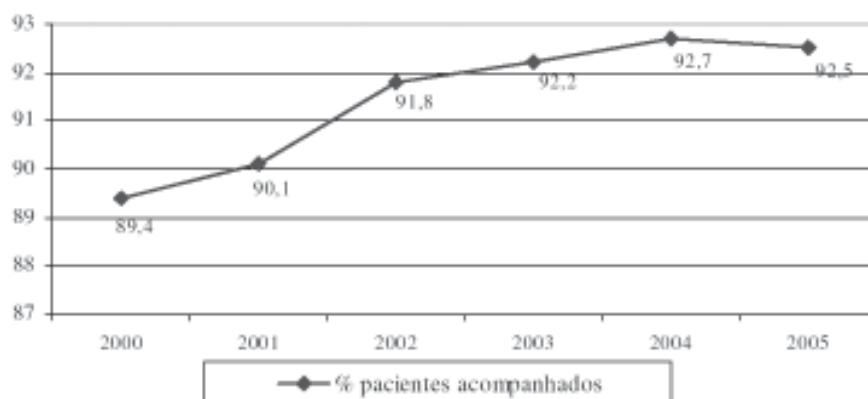
Fonte: Brasil, 2007b.

A tuberculose, por sua vez, registra uma média de 85.000 casos novos a cada ano no país. Entre os principais motivos para a persistência da doença no Brasil são apontados o adensamento populacional nas periferias das grandes cidades, geralmente destituídas de condições sanitárias adequadas, o longo tempo necessário para o tratamento e a sua associação com a Aids.

No Brasil, cerca de 25% dos casos de Aids apresentam a tuberculose como doença oportunista (Brasil, 2004a). De acordo com o Ministério da Saúde, o risco de se ter a doença é 1,8 vezes maior entre os homens e aumenta conforme a idade (73% das mortes por tuberculose em 2003 foram do sexo masculino). Entre os desafios postos ao SUS para diminuição de sua incidência estão a ampliação da detecção de casos, a elevação da taxa de cura e, principalmente, a redução da taxa de abandono. O PSF, pela capacidade ampliada de construção de vínculos com a população e de monitoramento efetivo dos pacientes, é um vetor estratégico na garantia da continuidade do tratamento.

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Gráfico 19: Proporção de portadores de tuberculose acompanhados nas áreas de cobertura do PSF. Brasil, 2000-2005



Fonte: Brasil, 2003b, 2003c, 2003d, 2004b, 2005b, 2005c.

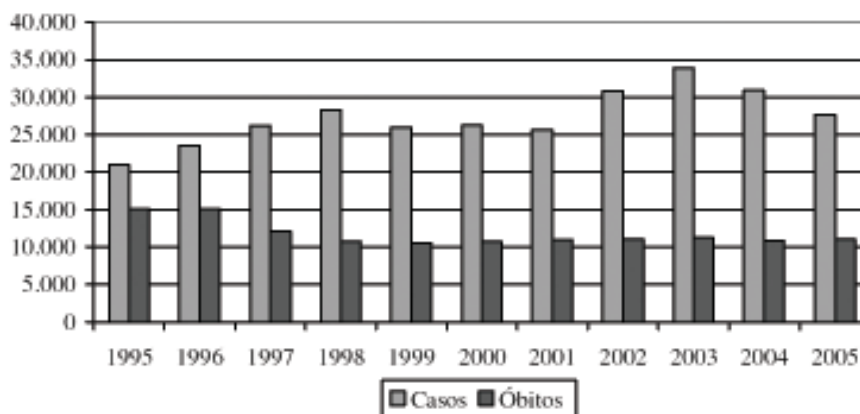
No último grupo, as doenças emergentes e reemergentes desafiam o país a produzir conhecimento, tecnologias e estratégias para seu controle. Foram introduzidas ou ressurgiram no país nas últimas duas décadas. Destacam-se o surgimento da Aids no início da década de 1980; a reintrodução da cólera, a partir do Peru, em 1991; e a epidemia de dengue, que passou a constituir-se no final da década de 1990 em uma das maiores prioridades de saúde pública no continente e no país.

Em linhas gerais, doenças emergentes são doenças novas, desconhecidas da população. São causadas por vírus ou bactérias nunca antes descritos ou por mutação de um vírus já existente. Também é possível que sejam causadas por um agente que só atingia animais e que agora afeta também seres humanos.

Dentro desse conceito, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) aparece como a mais importante doença emergente. Até o início da década de 1980, era completamente desconhecida no mundo. Hoje é tida como a mais nova pandemia da era atual. O crescimento na sua incidência foi observado até 1998, quando foram registrados 25.732 casos novos, com um coeficiente de incidência de 15,9 casos/100.000 habitantes. A partir de então verificou-se uma desaceleração nas taxas de incidência de Aids no país (Gráfico 20).

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

Gráfico 20: Casos novos e óbitos de Aids. Brasil, 1995-2005



Fonte: Brasil, 2007b.

Desde a década de 1990, verifica-se uma tendência de heterossexualização, feminização, envelhecimento e pauperização da epidemia, aproximando-a cada vez mais do perfil socioeconômico do brasileiro médio (Brasil, 2004a) bem como de crescimento de casos novos nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e de diminuição em todos os estados da região Sul, que apresentava as taxas de incidência mais elevadas.

Preocupante é a crescente incidência da Aids na faixa etária de 13 a 19 anos, em adolescentes do sexo feminino. Tal fato é explicado pelo início precoce da atividade sexual em relação aos adolescentes do sexo masculino, normalmente entre homens com maior experiência sexual e mais expostos aos riscos de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, incluindo nesta categoria a Aids.

Quanto às principais categorias de transmissão entre os homens, as relações sexuais respondem por 58% dos casos de Aids, com maior prevalência nas relações heterossexuais, que é de 24%. Além disso, preocupação crescente se dá em torno da transmissão por meio do uso de drogas injetáveis – responsável por elevados índices de infecção pelo HIV em alguns municípios do país.

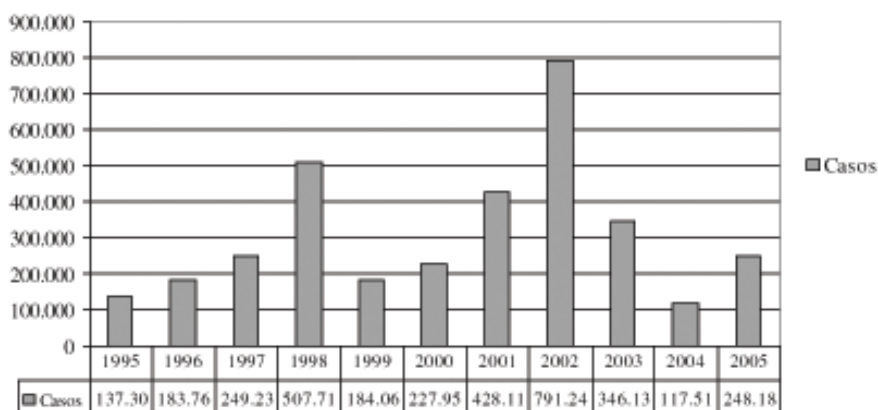
Entre as mulheres, a transmissão do HIV também se dá predominantemente pela via sexual (86,7%). As demais formas de transmissão, em ambos os sexos, de menor peso na epidemia, são: transfusão, transmissão materno-infantil ou ignoradas pelos pacientes.

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O termo emergente também pode ser utilizado para descrever quando uma doença atinge uma região antes indene, ou seja, onde até então nunca havia sido detectado caso da moléstia. Um exemplo claro é o da hantavirose.¹⁰ Em 2004 foram notificados trinta casos da doença no Distrito Federal. A hantavirose já tinha sido detectada em outros estados do país, como em São Paulo e Paraná, mas nunca no Distrito Federal.

Já as doenças reemergentes são aquelas já conhecidas e que foram controladas, mas voltaram a apresentar ameaça para a saúde humana. A dengue ilustra bem esse conceito. Até a reintrodução do *Aedes aegypti* no país, em 1967, a doença chegou a ser considerada erradicada. Porém, a partir da década de 1980 foi registrada uma série de surtos, o maior deles em 2002, quando foram notificados quase 800 mil casos da doença (Gráfico 21 – Brasil, 2007b).

Gráfico 21: Casos notificados de dengue. Brasil, 1995-2005



Fonte: Brasil, 2007b.

Dentre os principais fatores que têm contribuído para a disseminação da dengue no país estão a dificuldade em erradicar um mosquito domiciliado, a extensão geográfica dos vetores, a urbanização não-planejada, o aquecimento global, as variações virais (Torres, 2005), bem como a descontinuidade das ações

¹⁰ As hantaviruses são infecções causadas por vírus cujo principal reservatório são os roedores silvestres. De alta letalidade (44,5%), a doença apresenta duas formas clínicas principais, a renal e a cardiopulmonar. Faz-se presente em quase todos os países da América do Norte e do Sul. Os primeiros casos no Brasil foram detectados em 1993, em São Paulo (Brasil, 2004a).

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

de controle implementadas, provocada pela substituição maciça de agentes nas transições dos governos municipais (Brasil, 2006c).

A recente introdução no país de um novo sorotipo – o DEN 3 –, para o qual uma grande parcela da população ainda permanece suscetível, tem pressionado a incidência e induzido o incremento das formas hemorrágicas da doença.

Continua sendo um desafio mobilizar a participação comunitária para a diminuição da disposição de recipientes que possam armazenar água, particularmente aqueles encontrados nos lixos das cidades, ferros-velhos e borracharias, como garrafas, latas e pneus, ou no interior das casas, onde o hábito de manter vasos de plantas, bastante difundido na cultura brasileira, funciona como uma espécie de retomada do vínculo perdido com a natureza. Caixas d'água e cisternas descobertas também têm-se tornado focos de criadouros do *Aedes aegypti*. O trabalho dos agentes de vigilância em saúde (controle de endemias) pode ser potencializado pela interação com os ACS. O desenho de estratégias conjuntas inclui a identificação e eliminação de criadouros, o combate ao vetor, as ações educativas, a notificação dos casos suspeitos e o acompanhamento da evolução dos doentes.

O grande fluxo de pessoas e mercadorias no mundo globalizado aponta a possibilidade cada vez maior de disseminação de doenças outrora restritas aos seus locais e contextos de surgimento. Os freqüentes alertas de risco de pandemia provocados pela disseminação da gripe aviária (Sars), de hantaviruses e de *influenza* têm preocupado as autoridades sanitárias de todo o mundo e tomado as manchetes de jornais nesta virada de século.

Caberá aos trabalhadores do SUS compreender a dinâmica complexa que caracteriza cada território, reconhecendo os objetos (fixos) e as ações (fluxos) do espaço, bem como as especificidades e vulnerabilidades de cada contexto (Monken & Barcellos, 2005). Por fim, caberá à sociedade como um todo a busca de respostas sociais adequadas aos problemas identificados.

Referências

BARRETO, M. & CARMO, E. H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, C. A. (Org.) *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec, Nupens, USP, 2000.

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

- BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Anais)
- BRASIL. Constituição Federal da República. Brasília: Governo Federal, 1988.
- BRASIL. Lei Federal n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União, DF, n.248. p.27.833-841
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: acesso e utilização de Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro: IBGE, 2003a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) indicadores 2000. 3.ed. atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) indicadores 2001. 4.ed. atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) indicadores 2002. 5.ed. atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2003d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2004 – uma análise da situação de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Tendências Demográficas: uma análise dos resultados da amostra do Censo Demográfico 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004b. (Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica, n.13)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) indicadores 2003. 6.ed. atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) indicadores 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de informação da atenção básica (Siab) indicadores 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de Indicadores Sociais 2006*. Rio

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

de Janeiro: IBGE, 2006a. (Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer (Coordenação de Prevenção e Vigilância). *Situação do Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Inca, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Painel de Indicadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Gerência Técnica das Doenças Emergentes e Reemergentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <www.saude.gov.br/svs>. Acesso em: mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Série Histórica de Óbitos e Casos de Notificação Compulsória no Brasil de 1980 a 2005*. Disponível em: <www.saude.gov.br/svs>. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Acesso em: mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Evolução da Implantação das Equipes de Saúde da Família e Repasses de Recursos Financeiros (1998-2006)*. Disponível em: <www.saude.gov.br/sas>. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Eliminação da Hanseníase*. Disponível em: <www.saude.gov.br/svs>. Brasília: Ministério da Saúde, 2007d. Acesso em: mar. 2007.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CARVALHO, J. A. M. de. & GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3): 725-733, maio-jun., 2003.

COUTINHO, C. N. A democracia na batalha das idéias e nas lutas políticas do Brasil de hoje. In: FÁVERO, O. & SEMERARO, G. (Orgs.) *Democracia e Construção do Público no Pensamento Educacional Brasileiro*. Petrópolis: Vozes, 2002.

KERR-PONTES, L. R. S. & ROUQUAYROL, M. Z. Medidas da saúde coletiva. In: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde*. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

MONKEN, M. & BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: perspectivas teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3): 898-906, maio-jun, 2005.

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

- MONTEIRO, C. A. (Org.) *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec, Nupens, USP, 2000.
- PATARRA, N. de L. Mudanças na dinâmica demográfica. In: MONTEIRO, C. A. (Org.) *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec, Nupens, USP, 2000.
- RADIS. *Reunião, Análise e Difusão de Informações sobre Saúde*. Situação do câncer no Brasil. *Radis*, 52. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. de (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde*. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- SILVA JUNIOR, J. B. da. et al. In: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde*. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- SIMÕES, C. C. da S. & MONTEIRO, C. A. Tendência secular e diferenciais regionais da mortalidade infantil no Brasil. In: MONTEIRO, C. A. (Org.) *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec, Nupens, USP, 2000.
- TORRES, E. M. *Dengue*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.