

Perfis de Saúde – Brasil, 2006 – Modificações e suas Causas

Health Profiles – Brazil 2006 – Changes and their Causes

Iseu Gus

Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul – Fundação Universitária de Cardiologia – Porto Alegre, RS

Durante séculos a medicina progrediu muito lentamente¹, e de 50 anos para cá seu desenvolvimento foi de uma “rapidez alucinante”, de difícil acompanhamento, tornando indispensável o auxílio dos meios de comunicação e, em especial, da computação. A cada passo dessa progressão o perfil de saúde enfrentado pela medicina foi se modificando, e, com isso, alterando o raciocínio médico.

Pode-se dizer que os perfis de saúde são modificações no foco principal do atendimento médico em consequência da evolução de nossa civilização e da própria medicina.

Evidências

Nesses anos todos de evolução da medicina, o perfil de saúde, como consequência, foi sendo modificado, e o médico teve de acompanhar, se adaptar e modificar suas atitudes e decisões.

A intenção deste artigo é tentar colocar, de maneira didática e compreensível, como se desenrolaram alguns fatos que modificaram os perfis de saúde e suas repercussões nas doenças crônico-degenerativas (DCD) e, em especial, nas doenças cardiovasculares (DCV).

Perfis de saúde: modificações e suas causas

Algumas das modificações que influenciaram o foco principal do atendimento médico foram:

– Mudanças epidemiológicas: Aconteceram quando as DCV, dentro das DCD, passaram a predominar como causa principal de óbito, a partir da segunda metade do século 20, com profundas mudanças de comportamento médico, tratamentos, saúde pública e seus programas de cunho populacional.

– Mudanças de estágio na transição demográfica: O Brasil passou a apresentar maior população de adultos e de idosos, em decorrência da queda dos índices de mortalidade e de natalidade. Isso acarretou mudanças de percentuais das faixas etárias, com significativo aumento de idosos.

– Grandes mudanças estruturais no mundo: Entre final do século 19 e início do século 20, foram registradas grandes

mudanças no mundo, que alteraram toda a estrutura tanto habitacional como populacional, com a industrialização e a conseqüente mudança da população rural para as cidades.

– Mudanças com a evolução temporal da medicina: Houve uma fase inicial, que durou vários séculos, chamada de era da Medicina Baseada na Observação e na Experiência. A fase atual, que teve início na metade do século 20, é conhecida como era da Medicina Baseada em Evidências. A medicina, que até então era curativa e tratava as complicações das DCV, passou a ser mais preventiva.

– Mudanças com a valorização dos fatores de risco nas DCV: Com a valorização dos fatores de risco (FR) nas DCV, surge a prevenção primária para as DCD, em especial das DCV, o que só se tornou possível graças aos princípios que surgiram com a Medicina Baseada em Evidências, a partir dos quais ficaram evidenciados os FR para as DCV. Surgiu uma gama de possibilidades de se fazer prevenção primária, o que até então não se imaginava.

Essas mudanças são abordadas com maiores detalhes a seguir.

Mudanças epidemiológicas

As doenças infecto-contagiosas predominavam até 1950, respondendo por 40% dos óbitos. Já em 1990 começaram a predominar as DCD, entre elas a DCV, com 34,5% dos óbitos, enquanto as infecto-contagiosas caíram para 12%²⁻⁴. As noções de higiene e os conhecimentos dos transmissores e dos agentes etiológicos das doenças infecto-contagiosas fizeram com que essas doenças decrescessem, diminuindo a mortalidade de pessoas mais jovens. Isso aconteceu mais cedo nos países hoje chamados desenvolvidos. Uma das conseqüências foi que as populações passaram a ser compostas de pessoas de mais idade, o que fez com que as DCD começassem a predominar, passando as DCV a ser o principal enfoque da medicina.

Mudança de estágio na transição demográfica

Na mudança de estágio na transição demográfica, quando o Brasil passou para o quarto estágio, com queda dos índices de fertilidade e de mortalidade, foram registradas alterações dos percentuais das diferentes faixas etárias e aumento do percentual de idosos⁵.

Segundo previsões da Organização Mundial da Saúde⁶, o Brasil terá 32 milhões de idosos entre 2020 e 2025, o sexto país do mundo em idosos. Os adultos, os adultos mais idosos e os idosos passaram a representar percentuais muito elevados, começando a ter o mesmo peso populacional, com suas conseqüências, algo que os países europeus já sentiam e se prepararam há mais tempo. Em 1950, o Brasil era considerado um país de jovens. Em 2000, no Estado do Rio Grande do

Palavras-chave

Perfil de saúde, doenças neurodegenerativas, doenças cardiovasculares.

Correspondência: Iseu Gus •

Avenida Princesa Isabel, 395 – 90620-001 – Porto Alegre, RS

E-mail: igus@cardiol.br

Artigo recebido em 07/06/06; revisado recebido em 21/09/06;

aceito em 05/10/06.

Ponto de Vista

Sul (RS), nossos idosos (≥ 60 anos) representavam 17% da população adulta⁷, com mais de 20 anos de idade. Para isso devemos nos preparar. Nossa população de idosos, que vinha crescendo à semelhança dos países desenvolvidos, dobrará em relação ao crescimento registrado nesses países.

Outro fator que vai colaborar para elevar a população de idosos no Brasil é o aumento da expectativa de vida. Segundo o Ministério da Saúde, em 1994, a expectativa de vida era de 67 anos; mas no RS, segundo a Coordenadoria de Informação da Secretaria Estadual de Saúde do RS, para os nascidos entre 1998 e 2000, está prevista média de idade de 71,79 anos. Esse aumento da expectativa de vida deve acontecer em todo o Brasil, acarretando importante modificação na composição e nos percentuais das diferentes faixas etárias.

Essa modificação populacional traz importantes conseqüências:

- aumento proporcional de uma faixa etária com mais co-morbidades;
- aumento proporcional de uma faixa etária com mais problemas de ordem emocional, de convivência e de qualidade;
- aumento proporcional de uma faixa etária com maiores problemas de ordem econômico-financeira e de maior valorização desses mesmos problemas;
- dificuldades na administração e efeitos colaterais dos medicamentos;
- faixa etária que só poderá ser tratada por grupos interdisciplinares.

Grandes mudanças estruturais no mundo

Essas mudanças se processaram com muita intensidade no fim do século 19 e início do século 20 (tab. 1).

Como pode ser observado na tabela 1, foram mudanças estruturais muito significativas e que influenciaram todas as atividades humanas. Surgiram as grandes medidas higiênicas, a qualidade de vida começou a melhorar, as cidades cresceram e

a população rural foi se transferindo para as cidades. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 81,4% da população brasileira em 2000 era urbana. Dentro dessas mudanças estruturais, deve-se considerar que esse êxodo da população rural no Brasil, como em todo o mundo, leva a grande aumento de população nas grandes cidades, com elevado percentual de marginalização.

Sem dúvida essas enormes mudanças influenciaram de maneira profunda as atitudes médicas e seus enfoques principais. O perfil de saúde começava a mudar radicalmente: medicina do trabalho, medicina das cidades, doenças profissionais, cooperativismo, socialização, novos equipamentos, valorização dos exames complementares, etc. Novamente essas mudanças chegaram mais cedo nos países hoje chamados desenvolvidos. Todas essas modificações e o conhecimento médico, como conseqüência das mudanças estruturais básicas, levaram mais tempo para serem colocados em prática no Brasil. Essa foi uma das causas do retardo do desenvolvimento da medicina em quase todos os países em desenvolvimento e, muito mais, nos subdesenvolvidos.

Mudanças com a evolução temporal da medicina

A primeira referência ao trabalho médico encontra-se na câmara mortuária de Was Ptah, da mitologia egípcia; Hipócrates (c. 460-c. 377 a.C.) introduziu a observação dos sintomas para fazer diagnóstico; Paracelso, Vesalius, Malpighi e Laenec são de 1493 a 1781; e as grandes descobertas médicas básicas, de instrumentos, de equipamentos e de pensamentos mais científicos datam dos séculos 19 e 20¹. Essas rápidas citações são para evidenciar a lentidão com que a medicina evoluiu. Foi um longo período, que pode ser chamado de Medicina Baseada na Observação e na Experiência.

Talvez o ano de 1950, com os estudos de Framingham e os trabalhos duplo-cegos randomizados, possa ser considerado o início da era moderna, que passou a ser chamada de Medicina Baseada em Evidências. É com esse marco que começam a aparecer os trabalhos científicos chamados de grandes ensaios, formando-se a base do que será chamado de Medicina Baseada em Evidências. O aumento do conhecimento nestes últimos 50 anos tem sido enorme e com modificações significativas nas bases da medicina, fazendo com que muitos dos conceitos considerados definitivos fossem revistos e atualizados com bases mais atuais, a partir das conclusões de alguns dos grandes ensaios.

Com o aumento da incidência das DCD, em especial das DCV, elas passaram a representar mortalidade de 17 milhões, anualmente, no mundo. Os maiores responsáveis por esse número são os países desenvolvidos, como os da América do Norte, da Europa e da Ásia. É esperada para os próximos anos uma epidemia de DCV se não se conseguir modificar a atual evolução dessa doença.

A Medicina Baseada em Evidências tem proporcionado dados capazes de modificar a evolução das DCV. Isso trouxe importante modificação no perfil de saúde e, conseqüentemente, nova visão terapêutica. É o surgimento da valorização dos FR e sua aplicação na prevenção primária, inicialmente nas DCV, mas que muito certamente estará sendo usada em todas as DCD.

Tabela 1 - Grandes mudanças estruturais no mundo (fins do século 20)

1. Estruturas sociais
2. Estruturas econômicas
3. Estruturas políticas
4. Estruturas educacionais
5. Estruturas familiares
6. Transição demográfica/população – rural e urbana
7. Estruturas industriais
8. Nível de renda
9. Padrões econômicos
10. Nível educacional
11. Hábitos alimentares
12. Atividade física

Mudanças com a valorização dos fatores de risco nas doenças cardiovasculares

Idade

A valorização dos FR, especialmente para as DCV, foi um ganho da mais alta importância. A prevenção primária, que até então era impensável, passou a ser posta em prática com resultados que foram se acumulando para o lado favorável.

Com o aumento significativo dos percentuais de idosos, na população em geral, talvez seja a idade um dos FR que mais têm pesado na incidência das DCV. É com a prevenção tanto primária como a secundária, associada ao combate a outros FR, que se deverá agir principalmente em idades mais avançadas. Em geral, os idosos apresentam três ou mais FR associados, além da alta incidência de co-morbidades.

Gênero

O gênero masculino foi definido como de maior risco para DCV. A mulher, como em muitos setores da atividade humana, também nas DCV passou a ser mais bem estudada há menos de 20 anos, quando começou a fazer parte de amostras dos grandes ensaios e dos trabalhos nacionais⁸⁻⁹ (fig. 1). Pode-se observar, na figura 1, que é a partir dos 55 anos que a mulher começa a apresentar, com mais prevalência que o homem, as complicações das DCV. Esse gráfico, baseado em dados da Secretaria Estadual de Saúde-RS, apresenta os óbitos por DCV no período de 1990 a 1995.

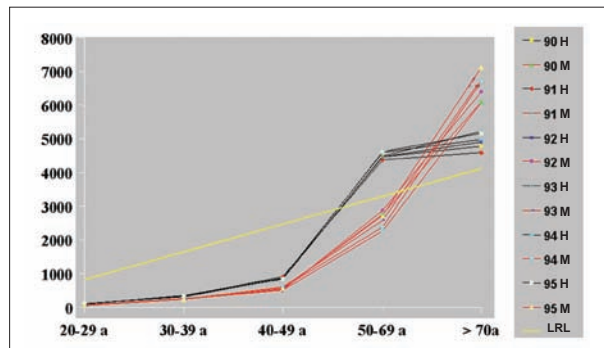


Fig. 1 - Óbitos por doenças do aparelho circulatório (Secretaria Estadual de Saúde-RS/grupo VII, CID0390 a 459 – 1990-1995).
H - homens; M - mulheres; LRL - linha de regressão linear.

Desigualdades sociais

As desigualdades sociais estão presentes em importante fatia da população, que é mais vulnerável às DCV a partir da maior prevalência de alguns FR¹⁰. Com exceção de diabetes melito e hipercolesterolemia, todos os demais FR avaliados são significativamente mais prevalentes nos indivíduos classificados como “vulneráveis”, os quais, em geral, têm mais de dois FR associados. Neste trabalho foi considerado integrante do grupo vulnerável o indivíduo com renda familiar inferior a três salários mínimos e com até oito anos de escolaridade.

A pobreza no mundo atinge 4,4 milhões de pessoas, das quais três quintos não têm acesso a instalações sanitárias adequadas, um terço não tem água potável, e um quinto

não tem acesso a cuidados médicos¹¹. Isso tem atrasado as medidas corretivas mais primárias da medicina, ou seja, o sanitarismo.

Esses são elementos que a medicina atual terá de considerar com muita atenção, pois envolvem outras questões não médicas propriamente ditas, como as questões sociais e as financeiras.

Diabete melito

A importância do diabete melito nas DCV é bem definida, sendo um dos FR que atualmente representam prognóstico estabelecido, em que as possibilidades de ocorrência de evento cardíaco são semelhantes às de pacientes cardiopatas e que já tiveram um evento cardíaco. Associa-se, em percentuais estatisticamente válidos, com a obesidade, o sedentarismo, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a dislipidemia¹²⁻¹⁴. A importância do diabete melito tomou tamanha proporção que o portador de diabetes melito passou a apresentar os mesmos riscos de evento cardíaco que o portador de cardiopatia isquêmica.

Hipertensão arterial sistêmica

A HAS tem valor indiscutível como FR nas DCV e talvez seja a afecção mais pesquisada nestes últimos anos. Associa-se com obesidade, idosos, baixa escolaridade, população de baixas condições socioeconômicas^{3,7,8,15-19} e com os novos parâmetros para as cifras tensionais conforme determinação do *Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (VII JOINT)²⁰. O enfoque da HAS é fundamental nos programas de saúde de cunho populacional.

Fumo e sedentarismo

Tanto o fumo como o sedentarismo são FR já bem definidos nas DCV e devem fazer parte de qualquer planejamento de prevenção primária e/ou secundária.

Conclusões

Numa tentativa de resumir o que foi dito e de procurar a tirar ensinamentos a partir disso, pode-se dizer que os perfis de saúde das DCV se alteraram a partir das seguintes mudanças:

- Mudanças epidemiológicas: predomínio das DCD, em especial a DCV.
- Mudanças de estágio na transição demográfica: aumento significativo de idosos.
- Grandes mudanças estruturais no mundo: industrialização, higiene básica, população urbana.
- Mudanças com a evolução temporal da medicina: Medicina Baseada em Evidências.
- Mudanças com a valorização dos FR nas DCV: prevenção nas DCV.

É importante que os médicos tenham essa visão para poder entender as dificuldades que hoje em dia eles enfrentam. As modificações foram significativas e em curto espaço de

tempo. Mudou o enfoque do tratamento, mudou o arsenal terapêutico, mudou o relacionamento médico-paciente. Os mais novos, que já encontraram essas transições, talvez não sintam o quanto o perfil de saúde se modificou; e os mais velhos, por outro lado, apesar de conhecerem a evolução, têm dificuldade de aceitar todas as modificações pela enorme

quantidade de informações, que quase diariamente vai oferecendo uma visão mais moderna da medicina.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

Referências

1. Gottschall CAM. Do mito ao pensamento científico. A busca da realidade, de Tales a Einstein. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.
2. Gus I, Zielinsky P. As cardiopatias no Brasil. In: Ferreira C; Póvoa R. Cardiologia para o clínico geral. Rio de Janeiro: Atheneu; 1999. p. 131-43.
3. 27th Bethesda Conference - Matching the intensity of risk factor management with the hazard for coronary disease events. *J Am Coll Cardiol.* 1996; 27 (5): 957-1047.
4. Cardiovascular and Cerebrovascular Disease in the Americas, 1996, and IHF publication Pan American Health Organization Data. FIAH Boletim, Dallas-USA, 1996:18.
5. Silvestre JA, Kalache A, Ramos LR, Veras RP. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. *Arq Geriatr Gerontol.* 1996; 1: 81-9.
6. World Health Organization Annuals 1979-1982. Geneva, 1987.
7. Gus I, Fischmann A, Medina C. Prevalência dos fatores de risco da doença arterial coronariana no estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol.* 2002;78(5):484-90.
8. The six report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med.* 1997; 157:2413
9. Haddad N, da Silva MB. Mortalidade por doenças cardiovasculares em mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos), no Estado de São Paulo, Brasil, 1991 a 1995. *Arq Bras Cardiol.* 2000;75 (5):3 75-9.
10. Harzheim E, Fischer JPM, Gus I. Desigualdades socio-econômicas na distribuição de fatores de risco da doença arterial coronariana no Rio Grande do Sul (RS). *Ciência & Saúde Coletiva.* 2003; 8 (Supl.1 e 2):1-8.
11. Smith R, Heath I, Haines A. Joining together to combat poverty. Everybody welcome and needed. [editorial]. *BMJ.* 2000;320:1-2.
12. Schaan BD, Harzheim E, Gus I. Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de Jejum alterada. *Rev Saúde Pública.*, 2004; 38 (4): 529-36.
13. DECODE Study Group. Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO and American Diabetes Association diagnostic criteria. *Lancet.* 1999;3534:617-21.
14. Stamler J, Vaccaro O, Neaton JD, Wentworth D. Diabetes, other risk factors, and 12-yr cardiovascular mortality for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Diabetes Care.* 1993; 16:2, 434-44.
15. Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Fischmann A, Medina C, Gus M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol.* 2004; 83 (5) :424-8.
16. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. [acessado em 2001 Setembro 8 Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>],
17. Van den Hoogen PCW, Feskens EJM, Nagelkerke NJD, Menotti A., Nissinen A, Kromhout D. The relation between blood pressure and mortality due to coronary heart disease among men in different parts of the world. *N Eng J Med.* 2000;342:1-8.
18. Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. *Rev Bras Hipertens.* 2001; 8: 383-92.
19. Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo SC. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre: estudo de base populacional. *Arq Bras Cardiol.* 1994; 63 (6): 473-9.
20. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Heart, Lung, and Blood Institute; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension.* 2003; 42 (6): 1206-52.