

**RUY LAURENTI,  
MARIA HELENA  
PRADO DE MELLO  
JORGE e SABINA LÉA  
DAVIDSON GOTLIEB**  
são professores do  
Departamento de  
Epidemiologia da  
Faculdade de Saúde  
Pública da USP.

# As condições de saúde no Brasil

RUY LAURENTI  
MARIA HELENA PRADO DE MELLO JORGE  
SABINA LÉA DAVIDSON GOTLIEB

## INTRODUÇÃO

**N**a apresentação de seu livro *Salud y Enfermedad*, H. San Martín (1968), sob o título "Initium", de maneira abrangente, comenta: "A vida do homem é a história da concepção, gravidez, nascimento, crescimento e desenvolvimento, felicidade e desgraça, saúde e doença e, finalmente, a morte. Recebemos um legado de nossos progenitores e a ele acrescentamos os elementos e as experiências que nos entrega o ambiente em que vivemos. Sob esse pano de fundo, desenvolve-se o drama da saúde e da doença".

O que o autor refere para o indivíduo é perfeitamente aplicável para um conjunto deles, isto é, para a população. A saúde desta, alicerçada nos antecedentes próprios de sua biologia, sofre, de maneira acentuada, os efeitos do ambiente, considerado, aqui, no seu sentido mais amplo, incluindo o físico e o social.

A Carta das Nações Unidas e a Declaração de Princípios da Organização Mundial da Saúde expressam que “o desfrutar de saúde é um dos direitos fundamentais de cada ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político ou condição social e econômica”. Esse direito, nunca contestado, pelo contrário, sempre lembrado, permanece como um marco, porém nem sempre atingido. No caso de países como o Brasil, a realidade vem mostrando que existem iniquidades, sendo que alguns setores da população dispõem de boa saúde e parcela apreciável dela, pelas condições econômicas e sociais, apresenta graves problemas de saúde. Quando surgem estes agravos, a acessibilidade aos serviços de saúde, sob diferentes pontos de vista, é bastante difícil. Ligados a essas condições, há fatores que influem diretamente na saúde desse contingente populacional, particularmente, o saneamento, a má nutrição, a educação ou, mais diretamente, a escolaridade. São essas condições que representam o *ambiente em que vivemos* a que se refere San Martin.

Forattini (1992) faz interessante discussão a respeito de saúde individual e saúde populacional. No primeiro caso, a saúde é referida como o oposto à doença, isto é, a ausência desta; tem-se uma situação teórica em que dois extremos são focalizados, o que é uma falha, uma vez que não há dúvidas da existência de um *gradiente de sanidade*, como chama o autor, e que pode ser apresentado como uma escala que vai da saúde plena até a morte. Este aspecto individual pode ser “transplantado” para o nível populacional; então, ao conjunto saúde populacional ou coletiva e o estado de saúde nesse nível dá-se o nome de *saúde pública*.

A incidência de agravos à saúde da população e as medidas para a sua prevenção, bem como de seu controle, constituem os chamados *problemas de saúde pública*. É ainda Forattini (1992) quem comenta: “como não se dispõe de conceituação precisa, esta se baseia na multiplicidade de aspectos de que se pode revestir”. Com tal orientação, é permitido dizer que determinado agravo à

saúde torna-se passível de ser encarado como um *problema de saúde pública*, ao serem satisfeitas as seguintes situações:

1) representar causa freqüente de morbidade e mortalidade;

2) existirem métodos eficientes para sua prevenção e controle e que, portanto, devam ser aplicados;

3) existirem métodos para solucionar o problema, mas não estarem sendo adequadamente empregados, pela sociedade, e

4) ao ser objeto de ações destinadas à sua erradicação, ocorrer persistência, além do nível esperado.

A população brasileira apresenta vários e importantes *problemas de saúde* que se distribuem diferentemente pelas macrorregiões do país (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). Também no seu interior, existem diferenças ou iniquidades e, até mesmo, dentro de áreas urbanas, particularmente, nas grandes cidades e regiões metropolitanas, tal fato é verificado. Como exemplo, o município de São Paulo, que exibe diferenças no comportamento das doenças infecciosas e crônico-degenerativas, ao ser analisado de acordo com áreas relativamente homogêneas (Laurenti, 1990).

Antes de descrever a situação ou as condições de saúde da população brasileira, selecionando para isso alguns *problemas de saúde*, traduzidos por indicadores de saúde, julgou-se conveniente comentar, resumidamente, a chamada *transição epidemiológica* e a situação do país e suas conseqüências para a saúde populacional.

## TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

As expressões *transição demográfica* e *transição epidemiológica* são freqüentemente utilizadas, a primeira, principalmente, por demógrafos e a segunda, por profissionais de saúde. Em publicações sobre o assunto, Laurenti (1990) comenta que a *transição demográfica* é descrita como uma conseqüência do comportamento das va-

riáveis mortalidade e fecundidade, traduzindo-se por um envelhecimento da população, que passa a conter maior proporção de velhos e menor de jovens. Ao mesmo tempo em que ocorrem mudanças na estrutura da população, também se observam variações na incidência e prevalência de doenças, bem como nas principais causas de morte. Foram essas mudanças que deram origem ao conceito de transição epidemiológica, que pressupõe uma evolução gradual dos problemas de saúde caracterizados por altas prevalência e mortalidade por doenças infecciosas para um estado em que passam a predominar as não-infecciosas, também chamadas doenças crônico-degenerativas. Devido ao fato de esses agravos serem de longa duração, vai haver um acúmulo dos mesmos na população, ocorrendo, então, uma combinação paradoxal de declínio de mortalidade com aumento de morbidade.

O conceito de transição epidemiológica, descrito e desenvolvido por Omran (1971), refere-se à mudança do padrão epidemiológico citado: diminuição das doenças infecciosas, passando a um estado em que predominam as doenças não-infecciosas, destacando-se as cardiovasculares, neoplasias malignas, causas externas, transtornos mentais e diabetes, entre outras. Ruzicka (1990) foi quem cunhou a expressão “combinação paradoxal”, para sintetizar o que se observa na transição epidemiológica: além do declínio da mortalidade por doenças infecciosas, há a diminuição da mortalidade infantil, com a conseqüente queda da mortalidade geral, associada a um aumento da morbidade pelas doenças não-infecciosas. De fato, a redução às vezes drástica das doenças infecciosas, que são predominantemente agudas e de alta letalidade, leva à ocorrência de agravos de longa duração, ocasionando, assim, um acúmulo de doentes na população, principalmente nas idades mais velhas. Esse quadro, acompanhado do aumento da esperança de vida e do acúmulo de idosos, vem, com freqüência, sendo descrito e analisado, no que tange ao aparente paradoxo, chamado de “*the failure of success*” (Gruenberg, 1972).

A transição epidemiológica teve seu início nos países desenvolvidos e pode ser apresentada, de maneira simples e resumida, englobando três grandes períodos ou estágios sucessivos: o das pestilências e da fome, aquele do desaparecimento das pandemias e controle das doenças infecciosas, e o período das doenças degenerativas e daquelas provocadas pelo homem. Nos países europeus ocidentais, historicamente, é possível distinguir, com clareza, esses períodos; nos países em desenvolvimento ainda continua em curso a transição epidemiológica, sendo que alguns deles, praticamente, já a completaram. É de se notar, entretanto, que populações de várias áreas subdesenvolvidas, com diversidades regionais marcantes, como é o caso do Brasil, apresentam, ao mesmo tempo, diferentes fases da transição.

Baseando-se em uma classificação publicada no *World Bank Development Report*, de 1987, pode-se dizer que o Brasil situava-se no grupo B, isto é, relativo a países que já ultrapassaram ou estão suplantando o estágio intermediário da transição epidemiológica. Recentemente, Castillo-Salgado (2000), ao analisar a situação de saúde nas Américas para 1999-2000, procura caracterizar a transição demográfica nos países da região e os classifica em quatro grupos: 1) transição incipiente; 2) transição moderada; 3) transição completa e 4) transição avançada. No grupo 1, situam-se o Haiti e a Bolívia; no grupo 4, a Argentina, Bahamas, Barbados, Canadá, Chile, Cuba, Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Porto Rico e Uruguai. O Brasil está classificado no grupo 3, de transição completa, que se caracteriza por taxa de natalidade moderada, mortalidade moderada ou baixa e crescimento natural moderado (2% ao ano).

## URBANIZAÇÃO E SAÚDE

Pode-se dizer que, na história da humanidade, a urbanização é considerada um fenômeno relativamente recente, datando

de poucos séculos, e ainda crescente, nos países em desenvolvimento. Durante a Revolução Industrial na Europa e nos Estados Unidos e até os dias atuais nos países em desenvolvimento, a urbanização foi acompanhada de sujeira, pobreza e grande aumento da incidência e da mortalidade por doenças infecciosas, principalmente as de veiculação hídrica. Entre as demais doenças, destaca-se a tuberculose, preferencialmente entre jovens migrantes de áreas rurais.

Comentando questões de mudanças sociais e culturais e doenças ambientais, em relação à urbanização, Fenner (1980) afirma que, nos países desenvolvidos, a combinação de riquezas, melhoria das moradias, diminuição do confinamento e a oferta de água tratada e o adequado destino dos dejetos, reduziram acentuadamente a importância das doenças infecciosas como causa de morbidade e mortalidade nas grandes conurbações.

Mc Michel (2000), em trabalho que aborda questões sobre ambiente urbano e saúde em um mundo em crescente globalização, comenta que o *Homo sapiens* está sofrendo uma transformação radical em sua ecologia e que a proporção da população mundial vivendo em grandes cidades aumentou de 5% para 50% nos dois últimos séculos. Estima que, ao redor do ano 2030, aproximadamente, dois terços da população serão urbanos. Descreve, também, em uma perspectiva histórica, as áreas urbanas e a saúde pública, desde a Revolução Industrial, quando Chadwick preparou o relatório sobre as condições de trabalho e saúde dos operários ingleses em áreas urbanas, e cita:

*“[...] There is a contemporary relevance to this historical account: the failure of many large cities in low-income countries to implement similar changes has left them with problems of environmental blight, inadequate housing, poverty and disease. The process has been further slowed in many countries by the pressures, distortions and priorities of economic globalization”.*

As populações de áreas urbanas de países desenvolvidos, há muitas décadas, venceram os problemas ligados às doenças infecciosas, embora outros, que afetam a saúde, tenham passado a existir, como a poluição do ar, o *stress*, o consumo de drogas, a obesidade, a contaminação pelo HIV. No Brasil, e em áreas semelhantes, ocorrem, também, essas mesmas situações específicas de zonas urbanas de países desenvolvidos, acrescidas, entretanto, pelos *velhos problemas* que, para estes últimos, já foram ultrapassados.

Em 1940, a proporção da população urbana brasileira era igual a 31,2% e passou para 45,1% em 1960, 67,6% em 1980 e 81,2% em 2000. A soma dos habitantes das regiões metropolitanas representa mais de 30% do total dos habitantes do país, sendo que somente a região metropolitana de São Paulo compreende cerca de 10% desse total.

## A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Tendo-se em vista as condições de pobreza, moradia, falta de saneamento, baixa escolaridade e outros fatores negativos, em que sobrevivem as populações marginalizadas dos centros urbanos brasileiros, é fácil compreender por que o Brasil ainda não atingiu o mesmo nível de saúde dos países industrializados e mesmo de alguns em desenvolvimento, na América Latina (Argentina, Chile, Cuba, Uruguai, Porto Rico e Costa Rica). Fica clara, também, a coexistência de diferentes estágios quanto à transição epidemiológica. Dentre os vários indicadores capazes de retratar essa situação, alguns se destacam pela sua capacidade de melhor evidenciá-la.

As doenças infecciosas, como causa de morte, vêm, nas últimas décadas, apresentando um decréscimo contínuo e importante para o país como um todo. A grande contribuição dessas doenças na mortalidade era dada pelas doenças infecciosas in-

testinais, representadas pelas gastroenterocolites agudas, particularmente em menores de 1 ano e também nas crianças de 1 a 4 anos, embora com menor intensidade. Em 1979, 20% dos óbitos de menores de um ano e 12% daqueles de 1 a 4 anos eram decorrentes dessas causas (Mello Jorge e Gotlieb, 2000). Esses valores declinaram para 5,5% e 6%, respectivamente, em 1999, em função de alguns fatores. Em 1980, 55% dos domicílios do país estavam ligados à rede pública de abastecimento de água, em 1991, 88% dos domicílios da zona urbana dispunham de água tratada, valor que, em 1998, foi igual a 92%. Quanto ao sistema de esgotamento sanitário que, em 1991, apresentava uma cobertura de 44,6% dos domicílios urbanos, chegou a 74% em 1998 (IBGE, 1993; Ministério da Saúde, 2001).

A grande presença, na morbidade e mortalidade, das doenças infecciosas era um reflexo da sua importância entre os menores de 5 anos. Nesse sentido, o sucesso das campanhas e dos programas de vacinação fez desaparecer a poliomielite, considerada erradicada no país em 1994, diminuir sensivelmente a mortalidade por sarampo, por difteria, coqueluche e tétano. A continuidade que vem sendo dada pelo Ministério da Saúde à imunização dessas crianças é digna de ser mencionada. A título de exemplo, em menores de 1 ano a cobertura vacinal para a tríplice, BCG, contra o sarampo e poliomielite, vem alcançando valores próximos a 90% (Ministério da Saúde, 2001).

Por outro lado, verifica-se estar continuamente em ascensão o número de casos de hanseníase, sendo que, em 1998, foram notificados mais de 40.000. Estes, somados aos casos existentes, conferem ao Brasil a posição de um dos países de maior prevalência desta doença no mundo. Também a tuberculose, que vinha apresentando declínio, teve aumentado o número de casos, quer os notificados, quer aqueles correspondentes a óbitos. Essa situação, entretanto, é internacional, que se deve, em parte, à diminuição da resistência do organismo, em decorrência da Aids.

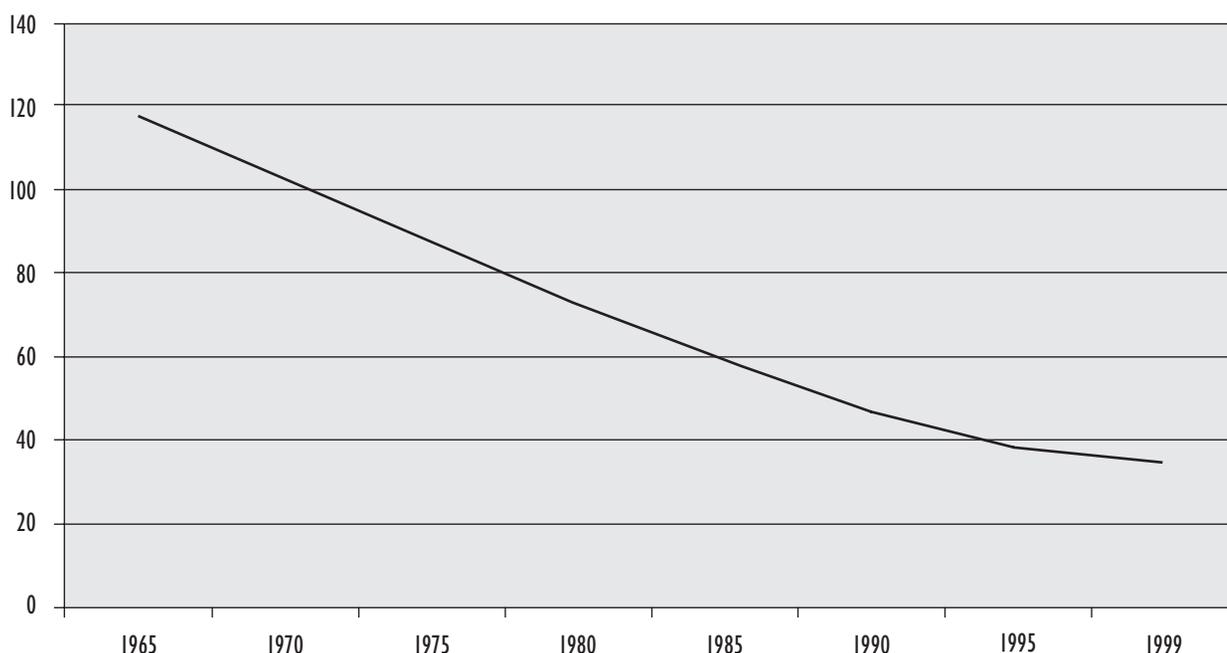
Relativamente a essa patologia, os pri-

# Desafios para avancar

meiros casos no país datam de 1982 e, até o final de 1999, alcançaram quase 200 mil notificações, sendo 75% no sexo masculino. Com relação às categorias de exposição, ocorreram transformações importantes no período: no início, a modalidade sexual era a preponderante (87% dos casos masculinos), valor que no fim da década de 90 declinou para 77%. Nas mulheres, o comportamento foi diferente, pois em 1990 a exposição sexual representava 44% e, em 1999, passou para 84% dos casos. Esse resultado pode ser melhor entendido ao serem também consideradas as subcategorias de exposição. De 1982 a 1999, a subcategoria homossexual apresentou importante declínio entre os casos de Aids em homens, pois de 55% sua participação tornou-se igual a 24%. Os usuários de drogas injetáveis não chegavam a 5%, no início da epidemia, e, em 1996, alcançaram 30%. A representação dos heterossexuais, em 1987, era de 5% e, em 1999, somavam 36%. Tal mudança, possivelmente, fez com que a epidemia se tornasse mais feminina. Para as mulheres, atualmente, a via sexual é tão importante que apenas 10% dos casos contaminaram-se por meio de drogas (no início da década de 90, os valores estavam em torno de 35%) (Ministério da Saúde, 2001).

Houve diminuição de 35% e 25%, respectivamente, nas taxas de mortalidade masculina e feminina. Acredita-se que, possivelmente, essa redução tenha ocorrido graças à ação do governo federal relativa à distribuição universal e gratuita da terapia anti-retroviral, descentralização de serviços, avanços em diagnósticos e em terapêuticas. Assim como no caso das campanhas e programas de vacinação em crianças, também merece elogios essa política adotada pelo Ministério da Saúde, que já teve reconhecimento internacional.

Outro ponto negativo é que o país passou novamente a conviver com a cólera, inexistente no Brasil desde as primeiras décadas do século XX, e com a dengue, com mais de 500 mil casos notificados em 1998. Com relação a este agravo, a grande responsável é a volta do vetor *Aedes aegypti*, que Oswaldo Cruz havia praticamente vencido no início

**FIGURA 1****Estimativas do coeficiente de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) – Brasil, 1965 a 1999**

Fontes: Simões, 1999; Ministério da Saúde, 2001

do século XX. Sabe-se que esse vetor é o mesmo para a febre amarela, e vários casos dessa doença já vêm sendo comunicados no país, fatos que representam um perigo real para a população brasileira.

Quanto à mortalidade infantil, um dos excelentes indicadores de nível de saúde é fato digno de menção que, nas últimas décadas, vem decrescendo continuamente, em todas as regiões do país, estando associado à melhoria das condições de saneamento, de atenção básica à saúde, incluindo vacinação, e elevação do nível de escolaridade das mulheres em idade reprodutiva. Esse fator permite às mães adotarem procedimentos preventivos de proteção à saúde de seus filhos, procurarem assistência médico-hospitalar, sempre que necessário, conforme salientam alguns autores (Tavares e Monteiro, 1994; Mello Jorge e Gotlieb, 2000). No final da década de 90, a taxa de mortalidade infantil no país situou-se em torno de 33 por 1.000 nascidos vivos, valor esse, aproximadamente, 55% inferior à taxa de 1980 (73 por 1.000 nascidos vivos). Entre

todas as regiões brasileiras, a Nordeste destaca-se pelo elevado valor de suas taxas ao longo de todo o período, situação oposta à da Região Sul. Em 1998, no Nordeste, o valor foi igual a 53 por 1.000 nascidos vivos e, no Sul, 18 por 1.000 nascidos vivos (Ministério da Saúde, 2000). Embora ainda distante das taxas observadas nos países chamados desenvolvidos, que raramente ultrapassam 10 por 1.000 nascidos vivos, é notável o ganho observado no Brasil, na última década (Figura 1).

A saúde da criança em idade escolar (5 a 9 anos) e do adolescente (10 a 19 anos) vem chamando a atenção pela grande participação das consequências dos acidentes e violências. De fato, em ambos os grupos etários, essas causas foram responsáveis por, aproximadamente, 46% das mortes em crianças de 5 a 9 anos e 47% e 68%, respectivamente, naqueles de 10 a 14 e 15 a 19 anos no final da década de 90. Esse é um problema extremamente grave e que é abordado em outro artigo deste dossiê. Ainda, com relação à adolescência, surge a polê-

mica questão da gravidez, geralmente indesejada, com conseqüências para a saúde da criança e da mãe, em face de a mesma não estar biológica, psicológica e socialmente apta para a maternidade. Os dados nacionais permitem constatar que, em cerca da quarta parte de nascidos vivos, no país, as mães têm menos de 20 anos. Essas crianças, em geral, apresentam maior proporção de baixo peso ao nascer, importante preditor da morbimortalidade infantil.

Se, por um lado, pode-se dizer que houve aspectos positivos em relação à situação de várias doenças infecciosas e, particularmente, à redução da mortalidade infantil, o mesmo não pode ser dito com referência à mortalidade materna. Esta, entendida como as mortes de mulheres por complicações da gravidez, do parto e do puerpério, apresenta-se em uma situação grave no país. Para melhor entender essa afirmação, há necessidade de serem citados os níveis observados nos países europeus ocidentais, Estados Unidos, Japão, Austrália, entre outros, que apresentam taxas, no máximo, ao redor de 10 a 12 mortes de mulheres para cada 100 mil nascidos vivos. No Brasil, estima-se que o valor da taxa esteja entre 120 e 150 por 100 mil, com grandes variações regionais.

Vários estudos, em diversas áreas do país, vêm mostrando um fato bastante desabonador: as mortes maternas, em sua grande maioria, são totalmente evitáveis, visto estarem intimamente associadas à qualidade e quantidade de serviços de saúde de postos à disposição das mulheres. Ainda que mais de 80% dos partos ocorram em hospitais, o acesso a estes é, por vezes, dificultado, dado que, frequentemente, a mulher, entre o início do trabalho de parto e o momento da internação, tem que recorrer a vários hospitais, em um verdadeiro “calvário”, como bem descreveu Tanaka (1995). Acresce também o fato de que a assistência pré-natal de boa qualidade é um dos principais fatores de proteção à gestante e, entre nós, isso nem sempre está disponível para a população mais necessitada.

A mortalidade materna, nos países como

o Brasil, vem sendo vista como questão prioritária e vários programas internacionais têm sido implementados pela Organização Mundial da Saúde e Unicef e, nas Américas, pela Organização Pan-Americana de Saúde. As autoridades de saúde, no Brasil, na década de 90, estimularam a criação de Comitês de Estudo e Prevenção de Mortes Maternas, em níveis estaduais e municipais, que vêm mostrando a real situação desse grave problema e apresentando possíveis soluções.

A saúde da população adulta (15 a 59 anos), principalmente do sexo masculino, está bastante afetada pela ocorrência de acidentes e violências, que hoje representam 32% do total de óbitos nesse grupo etário (Figuras 2 e 3). Chama a atenção a sobremortalidade masculina, visto que o risco de um homem adulto morrer por causa externa é sete vezes o risco da mulher (Mello Jorge, Gotlieb e Laurenti, 2001). As doenças do aparelho circulatório vêm a seguir, como causa de morte, correspondendo a, aproximadamente, 23% a 25% do total, também predominante no sexo masculino. Dentre elas, destacam-se as doenças isquêmicas do coração (complicações da aterosclerose coronária, como o infarto do miocárdio) e os acidentes vasculares cerebrais (os chamados *derrames cerebrais*). Dada a magnitude do problema, tarefa importante é representada pelas ações educativas junto a essa população, voltadas para o controle dos fatores de risco (fumo, obesidade, gorduras animais, controle da hipertensão arterial, sedentarismo, entre outros). Com essas atitudes, haveria redução da incidência de complicações cardiovasculares da aterosclerose ou, pelo menos, retardaria o seu início.

Interessante é a constatação de que, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país, entre os óbitos masculinos por doenças do aparelho circulatório, predominam os devidos a doenças cerebrovasculares, em relação às isquêmicas, ocorrendo o inverso nas regiões Sul e Sudeste. Nas mortes femininas, em todas as regiões brasileiras, a participação das doenças cerebrovasculares é bem superior. Seguem-se, em importân-

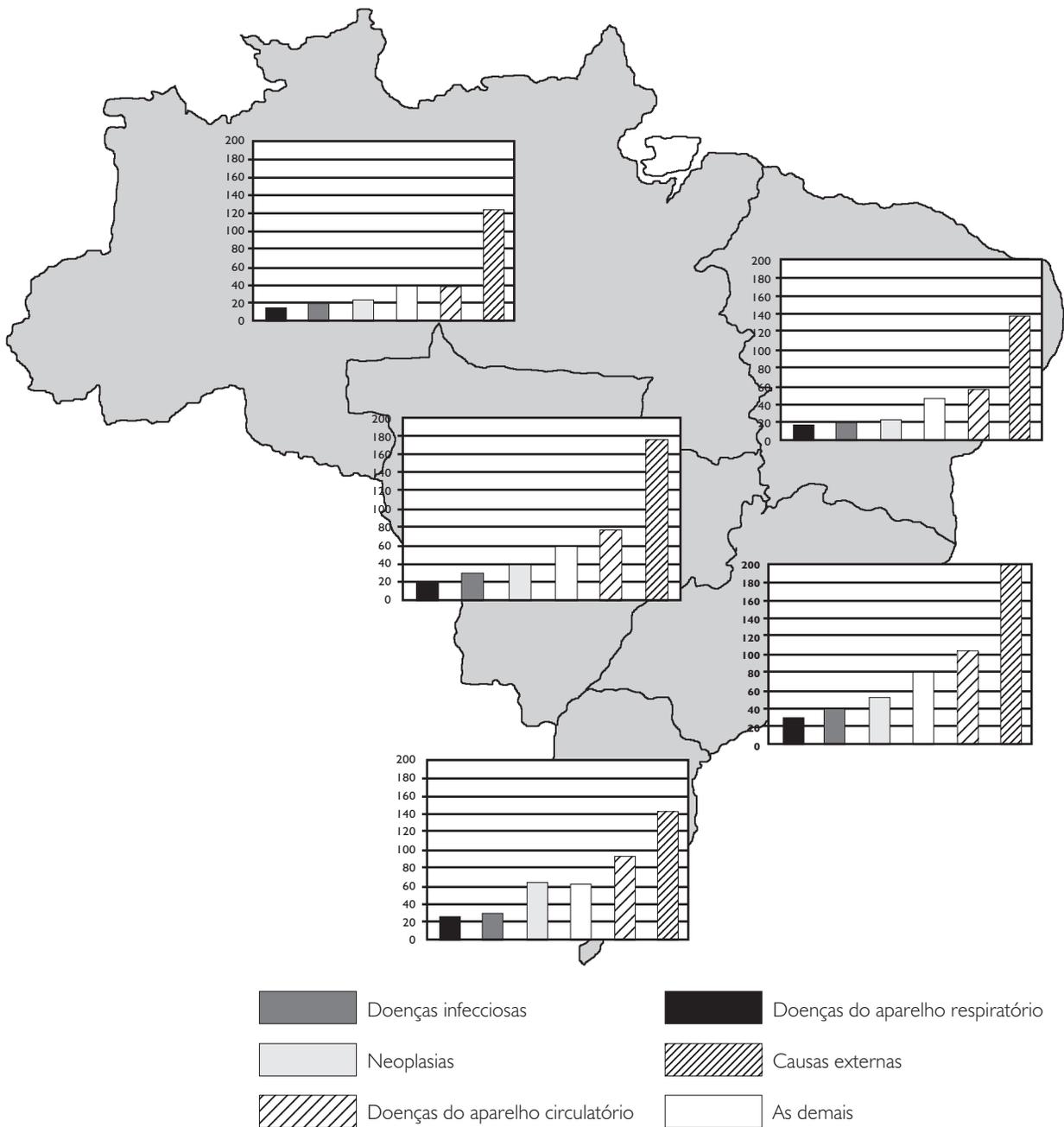
cia, as neoplasias malignas, entre as quais se destacam algumas localizações, no homem e na mulher.

Na mortalidade masculina por câncer, existe nítido predomínio da localização tra-

quéia, brônquios e pulmão, para cuja prevenção foi detectado o importante fator de risco representado pelo fumo. É preciso salientar, entretanto, que, nos últimos quinze anos, a mortalidade por câncer de pró-

**FIGURA 2**

**Taxa de mortalidade masculina (por 100 mil homens de 15 a 59 anos) segundo principais causas e regiões – Brasil, 1999**



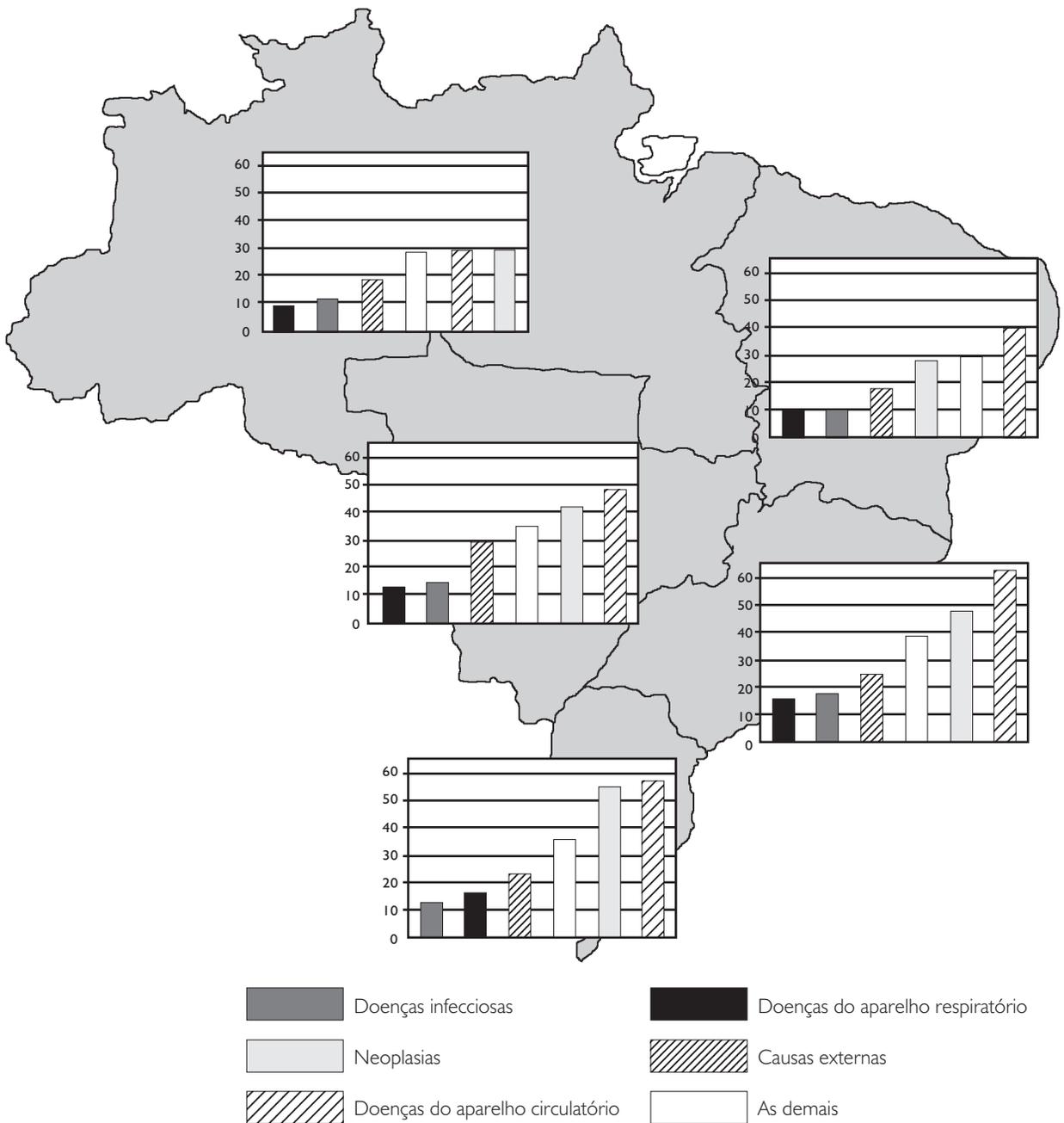
tata foi a que apresentou maior aumento. Complementarmente, os dados relativos à incidência colocam-no em segundo lugar, em importância, nesse sexo. Como medida a ser adotada, na área da saúde pública, é

necessário que sejam desenvolvidos programas educativos visando a reduzir, principalmente, a resistência masculina a exames diagnósticos.

Quanto à localização anatômica, na

**FIGURA 3**

**Taxa de mortalidade feminina (por 100 mil mulheres de 15 a 59 anos) segundo principais causas e regiões – Brasil, 1999**



mulher, sobressaem, em importância, os cânceres de colo de útero e de mama. O comportamento da mortalidade por tumores dessas localizações é bem característico em termos de desenvolvimento em saúde pública. Tem sido observado que, quanto menos desenvolvida é a área, há sobremortalidade por câncer de colo de útero e, contrariamente, quanto mais próspera é a região, prepondera o câncer de mama (Mello Jorge e Gotlieb, 2000). Salienta-se ainda, dada a sua magnitude, o crescimento da neoplasia maligna de pulmão no sexo feminino, como decorrência, provável, de as mulheres estarem, também, fumando mais.

Observando a população adulta, um aspecto a ser comentado é a chamada *saúde do trabalhador*, em que se incluem as doenças profissionais e os acidentes de trabalho. A informação disponível é um tanto limitada, pois refere-se apenas aos assegurados pelo sistema previdenciário estatal para a concessão de benefícios financeiros. Estes, em 1998, compreendiam 18,8 milhões de trabalhadores concentrados nas regiões Sudeste (58%) e Sul (19%) (Ministério da Saúde, 2001). Foram observadas taxas de 16 casos de doenças profissionais por 10 mil trabalhadores e 24 acidentes de trabalho por 10 mil segurados, correspondendo a pouco mais de 380 mil acidentes. Digno de menção é que cerca de 85% dos acidentes geraram incapacidades de natureza temporária (96%) ou permanente (4%), sendo possível imaginar o que representam esses valores em termos de custos diretos e indiretos (OPS, 2001).

Analisando a morbidade da população brasileira de adultos de 15 a 59 anos, por meio das Autorizações de Internação Hospitalar, relativas às internações em hospitais do Sistema Único de Saúde ou com ele conveniados, em 1999, houve mais de sete milhões de altas, das quais 72% relacionavam-se a mulheres. Tal proporção é função da elevada concentração de internações motivadas por parto e complicações da gravidez, parto e puerpério, nesta faixa etária. Para os homens, a principal causa de hospitalização foi representada pelas lesões e envenenamentos (15,9%), seguidas pelas

doenças do aparelho digestivo (14,9%), doenças do aparelho respiratório (13,1%) e transtornos mentais (12%) (Quadro 1).

Considerando os transtornos mentais, o alcoolismo foi responsável por mais de 80 mil hospitalizações, o que revela um aumento importante em relação às internações de anos anteriores. Essas ocorreram preponderantemente no sexo masculino e nas idades de 20 a 49 anos.

Para as mulheres, com variações entre as regiões, as internações por parto e suas complicações representaram entre 52% e 62% do total. O segundo principal motivo de hospitalização, em 1999, foi o representado pelas doenças do aparelho geniturinário, com proporções variando entre 7,5% e 10,6% (Quadro 1).

Cada vez mais, vem assumindo importância, para a saúde pública, a questão dos idosos, considerados aqui como aqueles de 60 anos e mais. Como conseqüência das transições demográfica e epidemiológica, o número de idosos, no Brasil, vem aumentando progressivamente em todas as regiões do país, principalmente os do sexo feminino. No final da década de 90, 9,7% das mulheres e 8% dos homens eram representados por idosos, enquanto, no início da década, eram respectivamente, 7,8% e 6,8% (IBGE, 1993; 2000).

É importante ressaltar que, mesmo considerando os idosos mais saudáveis, sem problemas mais sérios de saúde, trata-se de uma população com afecções crônicas, isto é, agravos que foram se acumulando no tempo: complicações da aterosclerose, hipertensão arterial, diabetes, transtornos da visão e outros; assim, são necessários controles periódicos, com sobrecarga evidente para os serviços de saúde. Outro aspecto a ser considerado é que a proporção daqueles de idades mais avançadas vem crescendo, particularmente aqueles da faixa acima de 74 anos. O envelhecimento da população pode também ser avaliado pelo aumento, cada vez maior, da proporção dos óbitos de 60 e mais anos (38% no final da década de 70 e início dos anos 80, e 54% no fim da década de 90, atingindo 60% na Região Sul e 42% na Região Norte do país).

## QUADRO I

### Proporção (%) de internações de adultos segundo principais motivos de hospitalização, sexo e regiões – Brasil, 1999

#### HOMENS

Região	1ª		2ª		3ª		4ª	
	causa	%	causa	%	causa	%	causa	%
Norte	Lesões e envenenamentos	21,4	Aparelho digestivo	16,9	Infecciosas	16,0	Aparelho respiratório	14,0
Nordeste	Aparelho respiratório	16,0	Lesões e envenenamentos	14,7	Infecciosas	11,6	Transtornos mentais	10,3
Sudeste	Lesões e envenenamentos	16,6	Transtornos mentais	14,8	Aparelho digestivo	13,9	Aparelho circulatório	12,3
Sul	Aparelho respiratório	16,1	Aparelho digestivo	15,2	Lesões e envenenamentos	13,8	Transtornos mentais	12,4
Centro-Oeste	Aparelho digestivo	16,4	Aparelho respiratório	15,8	Lesões e envenenamentos	15,5	Transtornos mentais	10,8
Brasil	Lesões e envenenamentos	15,9	Aparelho digestivo	14,9	Aparelho respiratório	13,1	Transtornos mentais	12,0

#### MULHERES

Região	1ª		2ª		3ª		4ª	
	causa	%	causa	%	causa	%	causa	%
Norte	Gravidez, parto e puerpério	62,7	Aparelho geniturinário	10,6	Aparelho digestivo	5,3	Aparelho respiratório	5,1
Nordeste	Gravidez, parto e puerpério	59,1	Aparelho geniturinário	10,1	Aparelho respiratório	6,3	Aparelho digestivo	5,4
Sudeste	Gravidez, parto e puerpério	58,5	Aparelho geniturinário	7,5	Aparelho circulatório	5,8	Aparelho digestivo	4,9
Sul	Gravidez, parto e puerpério	52,2	Aparelho respiratório	8,7	Aparelho geniturinário	8,1	Aparelho digestivo	6,7
Centro-Oeste	Gravidez, parto e puerpério	54,4	Aparelho geniturinário	9,0	Aparelho respiratório	7,9	Aparelho digestivo	6,5
Brasil	Gravidez, parto e puerpério	57,8	Aparelho geniturinário	8,8	Aparelho respiratório	5,9	Aparelho digestivo	5,5

A população de idosos foi responsável por 18% das hospitalizações no sistema público de saúde no ano 2000 e as principais causas de internação foram as doenças dos aparelhos circulatório (28%), respiratório (20%) e digestivo (10%).

O Brasil, no momento, está passando por uma situação um tanto paradoxal pois, se ainda tem problemas com algumas doenças infecciosas, com a mortalidade infantil que, embora declinante, continua alta, e com a mortalidade materna, agravos próprios de países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, coexistem, também, situações características dos países desenvolvidos, voltadas à saúde dos idosos. É de se imaginar as dificuldades quanto à priorização na utilização dos restritos recursos existentes, visto que o setor saúde quase nunca é bem aquinhado. No caso da saúde da criança, saúde da mulher e o combate às doenças infecciosas, há muito tempo existem políticas públicas voltadas a essas áreas e que, de um modo geral, vêm apresentando resultados positivos. Mais recentemente, em 1999, foi criada uma Política Nacional de Saúde do Idoso (Ministério da Saúde, 1999), que apresenta diretrizes, estratégias gerais e prioridades de ações, visando promover o envelhecimento saudável, manter e melhorar a capacidade funcional dos idosos e prevenir doenças específicas. Merece ser mencionado que, entre as medidas preventivas, está a vacinação contra a influenza ou gripe e a infecção pneumocócica, iniciada em 1999, e que, no ano 2001, atingiu pouco mais de 10 milhões de idosos. Tal ação já repercutiu nas internações hospitalares, visto que se observou redução de hospitalizações por doenças respiratórias (OPS, 2001).

À guisa de conclusão pode-se dizer que o país está passando por uma *transição* na sua saúde, espelho de sua transição epidemiológica e demográfica. Essa, entretanto, mostra diferenças gritantes entre suas regiões, com nítida desvantagem das regiões Norte e Nordeste, aspecto este que não é prerrogativa do setor saúde.



# da saúde dos idosos

## BIBLIOGRAFIA

- CASTILLO-SALGADO, C. "Análisis de la Situación de Salud en las Américas, 1999-2000", in *Boletín Epidemiológico/OPS*, vol. 21, nº 4, 2000, pp. 1-4.
- FENNER, F. "Socio Cultural Change and Environmental Diseases", in N. F. Stanley & R. A. Jorke (eds.), *Changing Disease Patterns and Human Behavior*. London, Academic Press, 1980.
- FORATTINI, O. P. *Ecologia, Epidemiologia e Sociedade*. São Paulo, Edusp/Artes Médicas, 1992.
- GRUENBERG, E. M. "The Failure of Success", in *Milbank Memorial Fund. Quarterly*, 55, 1972, pp. 3-24.
- IBGE. Censo Demográfico — 1991. Rio de Janeiro, IBGE, 1993.
- \_\_\_\_\_. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios, PNAD, 1999. Rio de Janeiro, 2000. Informação disponível em <http://www.ibge.gov.br>.
- LAURENTI, R. "Transição Demográfica e Transição Epidemiológica", in *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia — Epidemiologia e Desigualdade Social: Os Desafios do Final do Século*. Campinas, São Paulo, Abrasco, 2-6/setembro/1990, pp. 143-65.
- MC MICHEL, A. J. "The Urban Environment and Health in a World of Increasing Globalization: Issues for Developing Countries", in *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (9), 2000, pp. 1.117-26.
- MELLO JORGE, M. H. P. de; GOTLIEB, S. L. D. *As Condições de Saúde no Brasil: Retrospecto 1979 a 1995*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2000
- MELLO JORGE, M. H. P. de; GOTLIEB, S. L. D. e LAURENTI, R. *A Saúde no Brasil*. Brasília, OPS, 2001 (no prelo).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1395, 9 de dezembro de 1999.
- \_\_\_\_\_. Rede Interagencial de Informações para a Saúde — RIPSa. Indicadores e Dados Básicos — Brasil, 2000 (IDB-2000), 2001. Dados disponíveis em <http://www.datasus.gov.br>.
- OMRAN, A. R. "The Epidemiological Transition: a Theory of the Epidemiology of Population Change", in *Milbank Memorial Fund. Quarterly*, 49 (Part 1), 1971, pp. 509-38.
- OPS — Organização Pan-americana de Saúde. *A Saúde no Brasil*. Brasília, 2001 (documento preparado pela OPS — Representação Brasil, para compor a publicação *La Salud en las Américas*, 2002, verbete "Brasil").
- RUZICKA, L. T. "The Use of Mortality and Morbidity Statistics for National Health Promotion". World Health Organization DES/ICD/90.17, 1990 (Meeting of WHO Collaborating Centres, London, 1990).
- SAN MARTIN, H. *Salud y Enfermedad*. La Prensa Medica Mexicana, Copilco — Universidad de México, 1968.
- SIMÕES, C. C. *Brasil: Estimativas da Mortalidade Infantil por Microrregiões e Municípios*. Brasília, Ministério da Saúde, 1999.
- TANAKA, A. C. D'A. *Maternidade: o Dilema entre o Nascimento e a Morte*. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1995.
- TAVARES, R. e MONTEIRO, M. F. G. "População e Condições de Vida", in R. Guimarães e R. Tavares. *Saúde e Sociedade no Brasil, Anos 80*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994.
- 
-