

Resumo: O presente artigo apresenta, na perspectiva do autor, os desafios atuais da saúde pública no Brasil, traçando um breve histórico da saúde como direito de cidadania, analisa a situação atual sob os aspectos epidemiológicos, sociais, econômicos e culturais, e propõe alternativas para melhor desempenho das atividades assistenciais desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS.

Abstract: This article presents, in the perspective of the author, the present challenges of public health in Brazil, tracing a short health history as a right of citizenship; it analyzes the present situation under epidemiological, social, economical and cultural aspects, and proposes alternatives for a better performance of assistance activities carried out within the ambit of the Unified Health System, "Sistema Único de Saúde" (SUS).

Brasil Século 21: os desafios da saúde

*Geniberto Paiva Campos**

* O autor é médico, membro da Comissão Brasileira de Justiça e Paz/CBJP da CNBB, integrante do Observatório da Saúde do DF.



I Introdução

Nas últimas décadas, ocorreram mudanças significativas na saúde dos brasileiros. Mudanças caracterizadas pela redução da mortalidade por doenças relacionadas à pobreza e aumento concomitante do grupo das doenças não-transmissíveis, perfil característico dos países ricos ou em desenvolvimento. Essa mudança de padrão muitas vezes não é levada na devida conta pelas autoridades sanitárias e por grande parte dos interessados na temática da Saúde Pública, no diagnóstico e no planejamento de suas ações. O que estaria, então, ocorrendo com a saúde dos brasileiros? Quais os fatores envolvidos nessa mudança do perfil epidemiológico? Quais os desafios envolvidos na elaboração de estratégias de enfrentamento desse (novo) grupo de doenças, tempos atrás chamadas de crônico-degenerativas?

É o que se pretende abordar neste artigo, através da análise das complexas relações entre Saúde e seus Determinantes Sócio-Econômicos e Ambientais e a resposta do setor Saúde do Brasil que, nas últimas duas décadas, organizou seus serviços assistenciais e de promoção da saúde e prevenção de doenças criando um sistema baseado nos princípios da Universalidade e Integralidade das ações, o Sistema único de Saúde/SUS, com garantia de acesso para todos os brasileiros.

II O conceito de saúde

O binômio Saúde x Doença acompanha o gênero humano desde seus primórdios. Com a evolução do conhecimento e a crescente inserção de novas tecnologias ao fazer do Homem, as formas de organização social foram sendo adaptadas ao sistema de produção, com impactos evidentes – diretos e indiretos – na saúde da comunidade.

No final do século 20, a Organização Mundial de Saúde/OMS definia Saúde como “um completo estado de bem-estar físico, psicológico, social dos homens (...)”. Percebe-se aí, claramente, o sentido individual, pessoal que esse conceito atribui à boa condição de saúde humana. O que é, realmente, um dos seus aspectos. O rápido e irreversível processo de urbanização, a introdução de novos hábitos de vida – alimentação inadequada, com excesso de sal e gordura, sedentarismo, uso abusivo de álcool, fumo e outras drogas – além das condições de moradia, trabalho, transporte, qualidade do ar e da água – principalmente nas metrópoles e grandes aglomerados urbanos, introduziu fatores que se somaram aos



riscos biológicos, pessoais, que ameaçam as condições de saúde do homem.

O conceito de saúde, portanto, se explicita em duas vertentes ou determinantes: a BIOLÓGICA e a SÓCIO-ECONÔMICA/AMBIENTAL (fg. 1). De tal modo que, nos dias de hoje, é lícito falar em condições predisponentes às “doenças do desenvolvimento” como, por exemplo, a obesidade e a síndrome metabólica, claramente relacionadas ao Diabetes Mellitus e originárias, por sua vez, do uso dos alimentos rápidos (fast food) industrializados, de fácil acesso a amplas camadas populacionais e relativamente de baixo custo, além do sedentarismo. Estariam, assim, postas as condições necessárias para as formas “modernas” de adoecer, características do processo de industrialização/urbanização.

1. Biológicos	2. Sociais
<ul style="list-style-type: none">• Herança genética• Idade• Gênero	<ul style="list-style-type: none">• Econômicos• Sócio-Culturais• Ambientais

Figura 1. Conceito de saúde – determinantes biológicos e sociais

Como consequência, amplia-se o leque de abordagem preventiva e terapêutica dos serviços de saúde modernos, os quais estão compelidos a lidar com esses desafios que são, gradativamente, incorporados ao chamado processo de desenvolvimento. Já não é suficiente, aos serviços sanitários organizados, prestar assistência médica a quem dela necessite. Tornou-se essencial o funcionamento de programas de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças, de acordo com os novos conceitos de saúde.

III A saúde dos brasileiros

No começo do século 20, as doenças de maior prevalência nas estatísticas de morbimortalidade brasileiras eram as do grupo infecciosas e parasitárias. São doenças relacionadas a condições de vida e higiene precárias, desnutrição, indisponibilidade de meios preventivos eficazes como vacinas, por exemplo, e condições insuficientes de assistência médica. Nessa época, a maior concentração populacional ocorria em zonas rurais e era lento o processo migratório para as cidades.

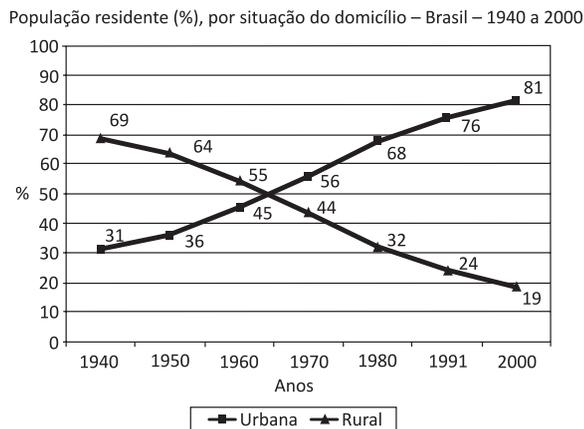


Com o advento da industrialização, o perfil de ocupação de mão de obra, a partir da década de 1960, foi mudando gradativamente, resultando em maior concentração nos setores secundário e terciário – indústria e serviços – com redução simétrica da ocupação no setor primário e relativa estabilidade do segmento secundário (fig. 2).



Figura 2

Praticamente de forma concomitante, mudanças significativas foram observadas na composição populacional do Brasil. O segmento urbano passou a ser predominante no perfil populacional brasileiro (fig. 3). No gráfico percebe-se, claramente, o cruzamento das curvas rural x urbano a partir da década de 1960.



Fonte: Censos demográficos (1940-2000). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Figura 3. População residente (%) por situação do domicílio



A Transição Demográfica

Define-se transição demográfica como a condição em que ocorre mudança na composição populacional, decorrente de reduções nas taxas de fecundidade e do aumento da expectativa de vida ao nascer, quebrando a configuração de “pirâmide populacional” clássica. Observa-se o incremento da participação dos idosos e a diminuição do componente populacional entre 0 e 15 anos, configurando-se a forma “trapezoide”, decorrente do estreitamento da base da pirâmide (fig. 4). A série histórica das taxas de fecundidade brasileiras, entre as décadas 1940 e 2010 são registradas na figura 5. Um comparativo da velocidade do declínio dessas taxas, entre o Brasil e países europeus desenvolvidos – a Itália e a França – é observado na figura 6. Na curva que representa o Brasil, percebe-se, pela sua inclinação, que a partir de década de 1960, houve significativa redução do número de filhos por família, chegando, nos dias atuais, a menos de dois, número insuficiente para repor o estoque populacional.

O declínio das taxas de mortalidade infantil, verificado em todas as macrorregiões do país, está representado na figura 7. Observa-se o decréscimo gradual e persistente dessas taxas ao longo das últimas décadas, o qual traduziria a melhoria das condições de higiene, vacinação, qualidade da água e dos alimentos, incremento do aleitamento materno, entre outras variáveis.

As projeções demonstram que até a década de 2050, aproximadamente, o segmento de maiores de 60 anos será equivalente ao de 0 a 15 anos na população brasileira (fig. 8).

A Transição Epidemiológica

As taxas de óbito, de acordo com as suas causas e do ponto de vista epidemiológico, são classificadas em três grupos:

GRUPO I: doenças transmissíveis / infecciosas e parasitárias, com maior prevalência nos países pobres ou em desenvolvimento;

GRUPO II: doenças crônicas não-transmissíveis, características dos países ricos, desenvolvidos;

GRUPO III: violência (homicídios/suicídios), acidentes (trânsito e ambiente doméstico) que ocorrem em países dos dois grupos anteriores.

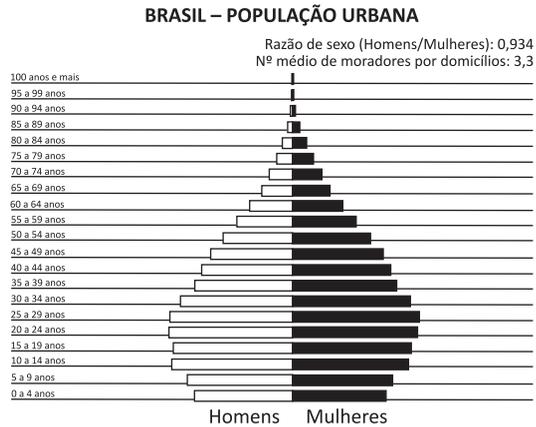
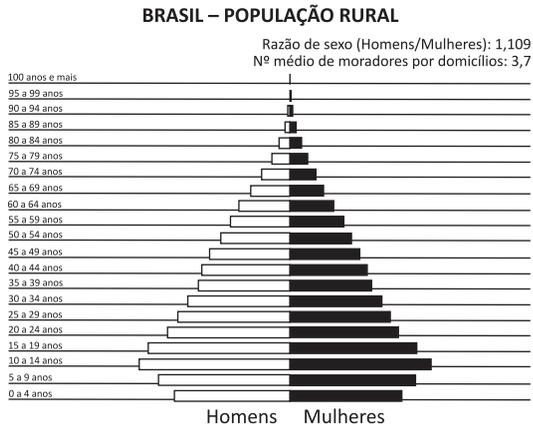
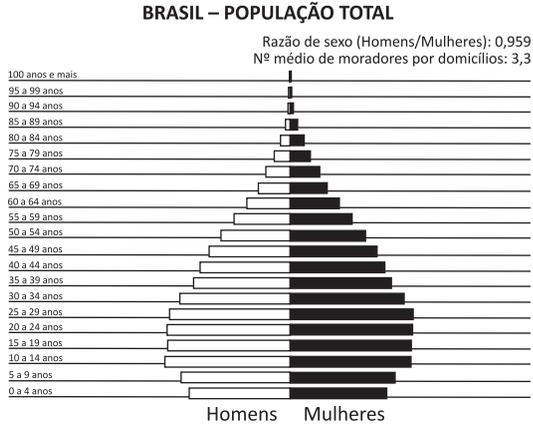
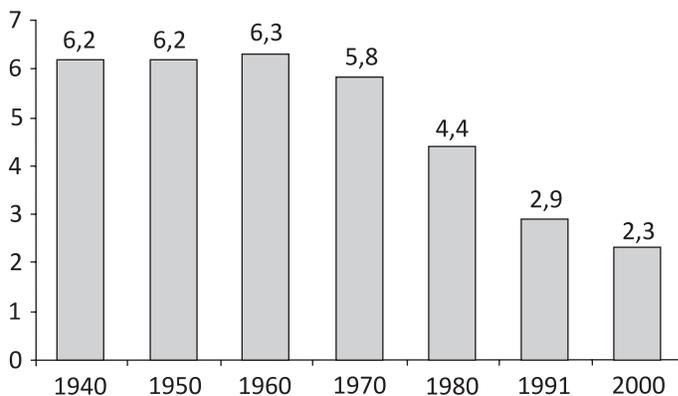
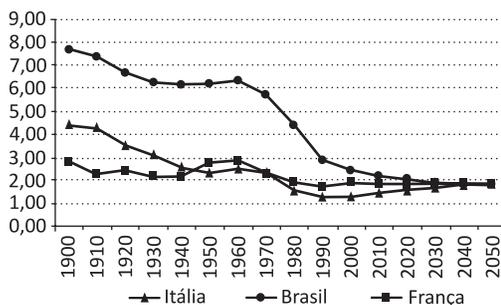


Figura 4. Taxas demográficas 2010 – “Pirâmide” populacional

Taxa de fecundidade – Brasil – 1940 a 2000

Fonte: Censo demográfico (1940-2000). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

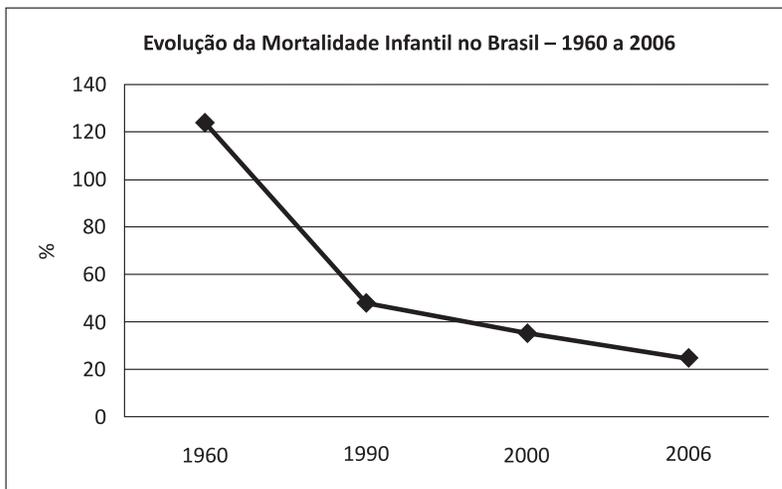
Figura 5. Taxa de fecundidade – Brasil – 1940 a 2000

Taxa de fecundidade total – Brasil, França e Itália – 1900 a 2050

Fonte: ONU. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, *World Population Prospects: The 2004 Revision*: BACCI, 1999, p. 137 e 167; FIBGE, 1990, p. 33; IBGE, 2006, p. 34-36; IBGE, Censo Demográfico de 1940, 1950, 1960 e 1970; IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica, 2004.

In: Brito, F. (2007). *A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade*. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, Texto para Discussão nº 318, p. 5.

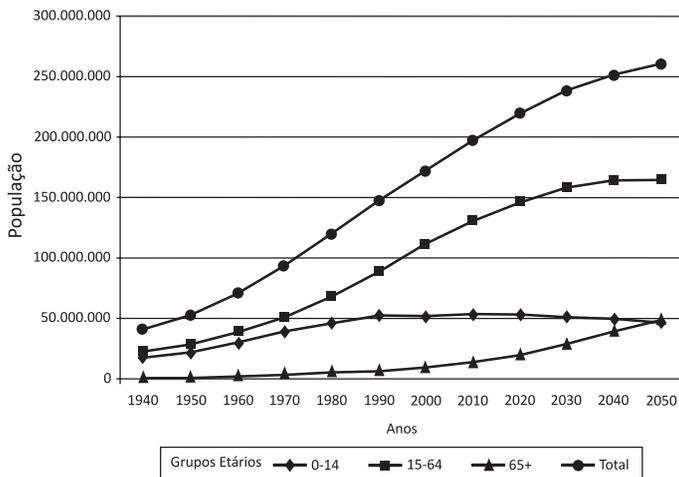
Figura 6. Taxa de fecundidade total – Brasil, França e Itália – 1900 a 2050



Fonte: IBGE (1999). *Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil*. Rio de Janeiro e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 – Revisão 2004.

Figura 7. *Evolução da Mortalidade Infantil no Brasil – 1960 a 2006*

População total, segundo grandes grupos etários – Brasil – 1940 a 2050



IBGE, Censo Demográfico de 1940, 1950, 1960 e 1970; IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica, 2004.

In: Brito, F. (2007). *A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade*. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, Texto para Discussão nº 318, p. 9.

Figura 8. *População total, segundo grandes grupos etários – Brasil – 1940 a 2050*



Aplicando-se o conceito de “Anos de vida saudáveis” – AVISA – perdidos por óbito precoce ou por incapacidade física, observa-se na figura 9, nos países ricos, desenvolvidos e em processo de desenvolvimento, que as doenças do grupo I não atingem 10% da AVISA. Em contrapartida, as doenças do grupo II – crônicas não-transmissíveis – ocupam percentuais elevados, maior que 60%, nestes países. O Brasil, no gráfico representado pela América Latina e Caribe, já ocupa o segmento dos países ricos, aplicando-se o critério AVISA, o que evidencia a sua transição epidemiológica completa. Na figura 10 observa-se o incremento das taxas de expectativa de vida ao nascer dos brasileiros, com aumento significativo, cerca de 20 anos, nas últimas cinco décadas.

Distribuição percentual dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVISA) por Região Mundial – 2008 (Fonte OMS)

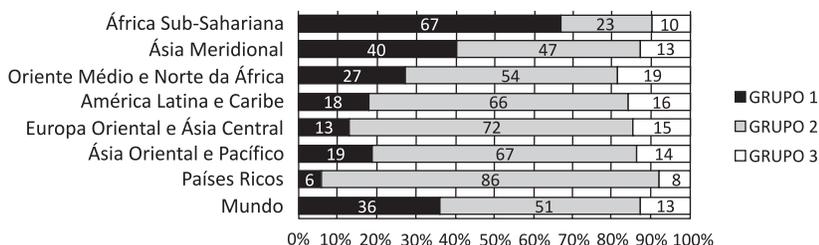
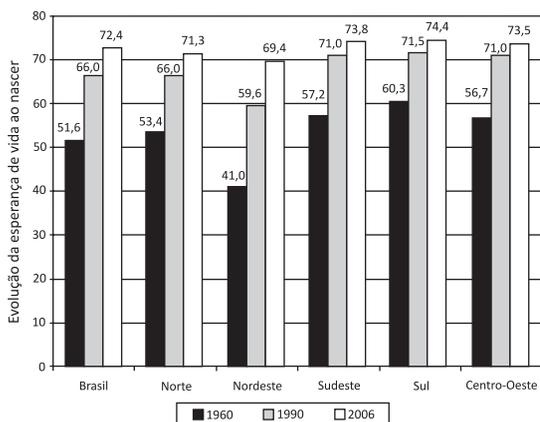


Figura 9

Evolução da esperança de vida ao nascer – Brasil e Regiões – 1960-2006



Fonte: 1940/80 – IBGE. DPE/DEPIS e Simões (1996); 1990 – IBGE Estimativas preliminares grandes regiões 1991/2030; 2006 – IBGE Projeção pop. Período 1980-2050-revisão 2004.

Figura 10



A análise desses dados coloca um imenso desafio aos serviços de saúde brasileiros, pois significa o enfrentamento simultâneo das “doenças do desenvolvimento”, as doenças do Grupo I ainda remanescentes em algumas macrorregiões, além da incorporação do contingente de idosos, importantes consumidores de assistência diagnóstica e terapêutica.

IV O Direito à saúde (Linha do tempo: um breve histórico da Saúde Pública no Brasil)

A Saúde como um direito é um conceito relativamente novo, que foi se agregando ao elenco dos direitos sociais no Brasil. Nos primórdios da colonização, pobres, doentes, analfabetos e os excluídos em geral eram problemas mais afetos à Igreja Católica em tempos missionários, do que uma preocupação do Estado.

A formação de uma consciência social solidária e o reconhecimento dos direitos sociais tem seu início formal na década de 1920, através do Decreto Lei 4.682 de 24 de janeiro de 1923, a chamada LEI ELÓI CHAVES, propiciando o surgimento das “Caixas de Aposentadorias e Pensões” (CAPs), iniciativa do Governo Federal, criando-se a primeira modalidade de Seguro, Pensões e Aposentadorias.

Em 1926, a Assistência Médica é incorporada como atribuição das CAPs, que passam a ser responsáveis pelo atendimento à saúde de determinadas categorias de trabalhadores, através da compra de serviços de estabelecimentos médico-hospitalares e depois, com a prestação de serviços diretos, em unidades próprias. Os IAPs (Institutos) foram instrumentos importantes de assistência à classe trabalhadora e algumas das suas unidades assistenciais transformaram-se em centros de excelência como, por exemplo, o Hospital dos Servidores do Estado/IPASE, no Rio de Janeiro.

Na década de 1970 os Institutos foram unificados, criando-se o INAMPS, responsável pelo desembolso para o atendimento médico, enquanto o Ministério da Saúde (MS) desenvolvia atividades preventivas, de educação em saúde e controle de endemias, desenvolvimento de “campanhas” (tuberculose, saúde mental, câncer), com unidades hospitalares próprias, um sistema assistencial integral, com cuidados preventivos e curativos, o Serviço Especial de Saúde Pública/SESP, além do Instituto Oswaldo Cruz/Manguinhos, responsável por estu-



dos e pesquisas médicas de ponta, estudo das condições sanitárias do país, e pela produção de fármacos considerados estratégicos para a saúde pública brasileira.

Manguinhos tornou-se um centro de referência no Brasil e os chamados “Cientistas de Manguinhos” iniciaram estudos para a Reforma Sanitária no país. Como marcos de referência desse movimento destacam-se a “Reforma Carlos Chagas”, em 1920, e a criação do Ministério da Educação e da Saúde em 1930.

Nas décadas seguintes, um movimento consistente pelo direito à Saúde colocou o tema na pauta das políticas públicas brasileiras. Novamente Manguinhos, agora FIOCRUZ, assumiu papel preponderante, juntamente com organizações que, por geração espontânea, tornaram-se vanguarda do Movimento Sanitarista – o Centro Brasileiro de estudos em Saúde/ CEBES e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em saúde Coletiva/ ABRASCO – culminando com a criação do Sistema Único de saúde/ SUS. Inserido na Constituição de 1988, colocou a “saúde como direito de cidadania e dever do Estado”.

V SUS: uma proposta para redução das desigualdades

Cumpridas mais de duas décadas desde a sua criação, o SUS apresenta um acervo de realizações na área da Saúde Pública brasileira, embora, surpreendentemente, tenha se constituído em tema polêmico para autoridades sanitárias, especialistas em políticas públicas de saúde e para o público em geral. A pergunta que se faz: – há razão para polêmicas? Como um sistema baseado em princípios tão sólidos, explicitamente assumidos como cláusulas pétreas na Constituição do país – universalidade, integralidade, equidade, descentralizado em suas ações, com garantia de acesso para todos os brasileiros – pode estar sendo questionado, às vezes de forma tão veemente? Qual o tempo político do qual o SUS necessitaria para evidenciar os seus acertos? O que estaria dando errado com o SUS?

Algumas questões poderiam ser colocadas, todas fugindo para longe do falso dilema FINANCIAMENTO X GESTÃO:

1. O financiamento do SUS é majoritariamente federal, atualmente em torno de 50% dos gastos, com Estados e municí-



pios contribuindo com o restante das despesas, meio a meio, aproximadamente;

2. Faltaria estruturação do Ministério da Saúde (MS) para os novos desafios impostos pelo sistema;
3. Municípios com pouca tradição/experiência com as questões da saúde;
4. As funções dos Estados deixaram de ser executivas e passaram a ser de coordenação;
5. Espaços administrativos ocupados, prioritariamente, por indicações político-partidárias;
6. Instabilidade político-institucional do MS;
7. Experiências prévias, de grande êxito assistencial e de impacto epidemiológico precocemente descartadas, por exemplo o Serviço Especial de Saúde Pública/SESP.

Nenhum desses itens do questionamento representariam, verdadeiramente, problemas insolúveis, impossíveis de serem equacionados. Onde estaria, então a raiz do problema? Qual a real dificuldade enfrentada pelo Sistema, agora em plena maioria?

Para responder a questão tão complexa é necessário retomar o conceito de saúde, explicitado no início do texto (determinantes biológicos/individuais e determinantes sociais/coletivos) para dizer, com segurança e separando coisas de natureza diferente: – O SUS TEM ÊXITOS INCONTESTÁVEIS EM SUA AÇÕES DE SAÚDE COLETIVA. O SUS precisa investir com mais rigor e eficiência na saúde individual ou na chamada assistência médica aos indivíduos. Cremos que é neste último item que reside o maior desafio institucional do nosso Sistema Único de Saúde.

O Brasil apresentou, nos últimos anos, avanços na Saúde Coletiva, área de exclusiva responsabilidade governamental, como a redução da mortalidade infantil; aumento da expectativa de vida; aumento da cobertura vacinal e de pré-natal; controle das doenças transmissíveis; diminuição da desnutrição infantil; redução das internações por complicações decorrentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares; redução significativa do número de fumantes; redução de óbitos por enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral.



Na assistência individual, entretanto, persiste uma situação de desigualdade entre os cidadãos brasileiros: aqueles com acesso a planos de saúde/convênios privados, com atendimento de suas demandas de saúde em clínicas e hospitais privados; e os que não têm planos de saúde e enfrentam dificuldades e demora para o atendimento na rede SUS, para procedimentos de baixa e/ou média complexidade. (Paradoxalmente, a rede SUS apresenta excelente resposta para os procedimentos de alta complexidade e alto custo: traumas, hemodiálise, transplantes, por exemplo. Áreas que o setor privado avalia como de baixo retorno de investimentos).

Em conclusão, os desafios do SUS, hoje, tendo garantido à sua rede de serviços o aporte de recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados, consistem em:

- organizar a demanda, através da formação dos Distritos Sanitários, responsabilidade das equipes da Saúde da Família, onde o Agente Comunitário de Saúde tem papel cada vez mais relevante ao facilitar o acesso dos usuários ao sistema;
- investir, de forma estratégica, nos níveis primários de atenção, setor que depende essencialmente da gestão de Recursos Humanos (RH) e onde a incorporação tecnológica é de baixo custo, buscando tornar esse nível de atenção altamente resolutivo, aliviando a demanda de setores de maior complexidade, como hospitais, por exemplo;
- incrementar a qualidade dos serviços hospitalares, os quais dependem de aporte adequado de tecnologia médica, gestão de RH e garantia de recursos financeiros adequados ao seu pleno funcionamento.

Fontes de Consulta

1. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – Relatório Final, abril de 2008. Disponível em: <www.saude.gov.br>.
2. Medici, AC, 2012. Disponível em: <www.monitordasaude.blogspot.com>.
3. Contribuição dos participantes do Observatório da Saúde do Distrito Federal, 2011/2012.



Agradecimentos

Aos integrantes do Observatório da Saúde do DF, pelas valiosas contribuições que foram agregadas ao presente texto.

Endereço do Autor:

SQS 316 – Bloco D – Apto. 402

CEP 70387-040 Brasília, DF