Public Disclosure Authorized

Março 2008 • Número 118

en breve

Uma série regular de notas ressaltando as lições recentes do programa operacional e analítico do Banco Mundial na Região da América Latina e do Caribe.

BANCO MUNDIAL

44688

Public Disclosure Authorized

BRASIL
Enfrentando o desafio das doenças não-transmissíveis

Isabella Danel, Christoph Kurowski e Helen Saxenian

As doenças não-transmissíveis (DNT) respondem por uma expressiva e crescente parcela da carga de doenças do Brasil. Atualmente, cerca de 66% da carga de doenças no Brasil são representados pelas DNT, em comparação com 24% das doenças transmissíveis e 10% de traumas. A tendência de elevação é conseqüência da urbanização, melhorias dos cuidados de saúde, mudança nos estilos de vida e da globalização e não do inevitável resultado de uma sociedade moderna, que está envelhecendo e de suas doenças que podem ser evitadas, geralmente a baixo custo. Um relatório recente[1] oferece uma visão geral sobre a mudança do ônus de DNT no Brasil e suas causas básicas, bem como os custos e a possível eficácia de intervenções de políticas alternativas. Uma resposta efetiva exigirá amplas intervenções na educação e na comunidade, bem como mudanças na política econômica, no suprimento de alimentos e na política de transportes e de urbanização.

Em relação à forma das políticas alternativas, o Brasil pode tomar por base vários programas reconhecidos internacionalmente que focalizam as doenças não-transmissíveis, tais como o controle do tabagismo e o Agita São Paulo. Pode também beneficiar-se da evidência de intervenções bem-sucedidas em outros países para sua própria estratégia, uma vez que existem inúmeros desses exemplos.

Mudanças na estrutura etária e o ônus de doenças no Brasil

O Brasil está passando por uma rápida transição demográfica devido à queda das taxas de fertilidade e de mortalidade. Isso é demonstrado pelas surpreendentes alterações que já ocorreram e deverão acontecer na estrutura etária da população. Em 2000 estimou-se que 15% da população (27 milhões de pessoas) tinham 50 anos ou mais. Essa proporção deverá aumentar para 29% até 2005 (63 milhões) e 42% até 2050 (96 milhões).

O envelhecimento da população possivelmente produzirá uma situação singular: Uma proporção demográfica ótima entre a população dependente – crianças e idosos – e a população em idade de trabalho. Essa situação, chamada "bônus demográfico", deve provocar o desenvolvimento regional, desde que as condições sociais e econômicas possam absorver o grande volume de mão-de-obra disponível. Contudo, as condições de saúde dessa população terão um impacto significativo sobre o desenvolvimento socioeconômico do Brasil.

Pelas tendências atuais, as doenças não-transmissíveis, que muitas vezes se tornam doenças crônicas, podem sobrecarregar o sistema de saúde e causar sofrimento desnecessário e perda de produtividade. O custo do tratamento das DNTs já responde por quase a metade do custo de todas as internações hospitalares. O ônus das doenças não-transmissíveis é grande, tanto para os anos de vida perdidos (AVP) e anos de vida perdidos por incapacidade (AVPI), bem como a medida combinada, anos de vida perdidos, ajustados por incapacidade (DALYs[2]) A doença cardiovascular é, de longe, a principal causa de anos de vida perdidos, sendo o câncer outra doença que contribui de forma significativa. Os distúrbios neurop-

siquiátricos são a causa predominante de anos perdidos por incapacidade, sendo as doenças respiratórias crônicas e o diabetes outros fatores importantes.

Grande parte do ônus das doenças não-transmissíveis pode ser evitada. A taxa de DALYs (ou AVAI) devidos às DNTs é, na realidade, mais elevada no Brasil do que nos países mais desenvolvidos das Américas, notadamente os Estados Unidos e o Canadá. Isso sugere que haja disponibilidade de intervenções eficazes que reduziram o ônus nesses países e que podem ser aplicadas no Brasil.

Na maioria das principais doenças não-transmissíveis, inclusive arteriosclerose coronariana, acidente vascular cerebral, diabetes e muitas formas de câncer, a principal causa não são os fatores genéticos subjacentes, mas os fatores de risco ambientais e comportamentais. A OMS apoiou um estudo de âmbito mundial que calculou a proporção de mortes e DALYs que poderiam ser atribuídas a diferentes fatores de risco por região. O estudo agrupou as Américas em três grupos de países com perfis de mortalidade semelhantes. No grupo que inclui o Brasil, sete fatores de risco modificáveis respondem por uma estimativa de 53% de todas as mortes e 30% de todos os DALYs. São eles: pressão arterial elevada, sobrepeso, consumo de álcool, consumo de tabaco, taxa de colesterol elevada, baixo índice de ingestão de legumes e sedentarismo. É interessante observar que o grupo de países da América com a menor taxa de mortalidade (formado pelo Canadá, Cuba e Estados Unidos) apresentou uma parcela ainda mais elevada de mortes e DALYs atribuídas a esses sete fatores de risco.

As pessoas de baixa renda no Brasil sofrem uma carga dupla. São mais atingidas pelas doenças transmissíveis, bem como pelas doenças não-transmissíveis. Essa carga dupla ajuda a disseminar o ciclo da pobreza. As doenças não-transmissíveis são algumas vezes erradamente denominadas "doenças de abundância", porque são associadas à urbanização e à modernização. Entretanto, o vínculo entre as DNTs e a pobreza é forte. Em alguns casos, isso ocorre porque as pessoas de baixa renda têm fatores de risco acentuadamente mais elevados, tais como índices elevados de tabagismo. Em outros casos, é possível que os fatores de risco não sejam mais elevados, mas a incapacidade e a mortalidade relacionadas com as doenças não-transmissíveis tenham menos probabilidade de serem detectadas e de serem administradas adequadamente. O avanço da doença pode ser muito mais rápido e o combate à doença pode empurrar a família para uma pobreza ainda maior. Os vínculos entre a pobreza e as DNT devem ser levados em conta na elaboração das políticas. Por exemplo, o aumento dos impostos sobre o tabaco é eficaz na redução do consumo de tabaco, mas os formuladores de políticas poderiam considerar a possibilidade de estender a disponibilidade dos programas de combate ao tabagismo aos bairros mais pobres, pois as pessoas de baixa renda apresentam taxas mais elevadas de tabagismo e renda menor para combater o aumento dessas taxas.

O que se pode aprender com a boa prática atual?

Os ensaios aleatórios de prevenção, os estudos epidemiológicos prospectivos e os estudos de curto prazo têm contribuído muito para a nossa compreensão dos determinantes dietéticos e de estilo de vida das principais DNTs. Esta pesquisa demonstra que a maior parte dos determinantes de DNTs pode ser modificada. Além disso, a redução das taxas em muitas DNTs – arteriosclerose coronariana, acidente vascular cerebral, diabetes e muitas formas de câncer – pode ser alcançada sem medicamentos e sem intervenções médicas dispendiosas. Os céticos podem questionar a capacidade de mudar os comportamentos individuais ou os hábitos alimentares da população, mas outros países já demonstraram que isso é possível. Tomemos, por exemplo, a sempre citada Finlândia. Em 1972, a Finlândia tinha uma das taxas mais elevadas de arteriosclerose coronariana do mundo. O governo lançou um amplo programa para educar a população sobre o tabagismo, hábitos alimentares e atividades físicas, primeiramente em Karelia do Norte e depois em todo o país. O programa enfatizava a legislação de combate ao tabagismo, aumentava a disponibilidade de laticínios com baixo teor de gordura e melhorava as refeições nas escolas. A mortalidade causada por arteriosclerose coronariana padronizada por idade caiu no período de 1969/71 até 1995 surpreendentes 73% em Karelia do Norte onde o programa foi lançado e 65% em todo o país.

Muitas das intervenções de controle e prevenção de doenças não-transmissíveis não exigem alterações do comportamento individual, pois adotam uma abordagem baseada na população. Um exemplo seria reduzir, mediante legislação ou iniciativa da indústria, a quantidade de sal dos alimentos manufaturados. Essa medida reduz os níveis de pressão arterial, o que é capaz de produzir

alterações significativas de longo prazo na incidência de doenças. Embora as abordagens baseadas na população possam ser altamente eficazes, algumas abordagens individuais também o são, especialmente se tiverem como alvo as pessoas com elevado risco absoluto de uma doença em vez daquelas com um único fator de risco (como hipertensão ou obesidade).

Existe pouca informação no Brasil sobre o impacto econômico e financeiro da sua crescente carga de doenças não-transmissíveis e o custo e a eficácia das abordagens de políticas alternativas. Para começar a preencher essa lacuna, o relatório examinou quatro exemplos de atividades primárias de prevenção: uma abrangente campanha junto à comunidade para promover atividades físicas (Agita São Paulo), o tratamento da hipertensão arterial com medicamentos de primeira linha, a elevação de impostos sobre o tabaco que acarretaria um aumento de 10% no preço do cigarro e a orientação médica para fumantes. Essas atividades têm como alvo três fatores de risco: o sedentarismo, a hipertensão arterial e o fumo, que são fundamentais para a incidência e a prevalência de cinco DNTs, inclusive a cardiopatia isquêmica, a doença cerebrovascular, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica e o câncer de traquéia, brônquios e pulmões.

A análise estimou os custos do aumento dessas intervenções preventivas, seu impacto sobre as doenças e a redução dos custos financeiros e econômicos relacionados com o cenário básico. A análise concluiu que o fornecimento de tratamento anti-hipertensivo para 25% das pessoas com hipertensão, a ampliação de campanhas abrangentes em prol da atividade física junto às comunidades, como o Agita São Paulo, e o aumento de impostos sobre o cigarro formariam um pacote que reduziria a carga de DNTs no Brasil em 845.000 DALYs, o equivalente a uma queda de 5% da carga de doenças de DALYs básicas. Geraria cerca de US$ 1 bilhão em economia com custos de tratamento, o equivalente a aproximadamente 3% dos custos do tratamento das DNTs e economizaria cerca de US$ 3,1 bilhões em tratamento e perda de produtividade.

A orientação médica anual para fumantes demonstrou ser uma intervenção menos interessante em termos de custo e impacto. Tanto nas campanhas abrangentes em prol da atividade física junto às comunidades como no aumento dos impostos sobre o cigarro, a economia no custo do tratamento superou em muito os custos de intervenção. O aumento do imposto sobre o tabaco foi extraordinariamente custo-efetivo, com um ganho de cerca de US$ 1 por DALY[3]. O Agita São Paulo foi também uma "aquisição" significativamente eficaz em termos de custo, a apenas US$ 246 por DALY evitado. O tratamento anti-hipertensivo foi menos custo-efetivo, a US$ 1.498 por DALY, mas ainda é muito vantajoso.

Recomendações sobre políticas

Desenvolver e implementar estratégias de saúde para evitar as DNTs por meio do enfoque nos fatores de risco. Isso inclui medidas para reforçar a capacidade de formulação, regulamentação, monitoramento, implementação e pesquisa das políticas para as DNTs. As medidas específicas de apoio, a serem consideradas o mais breve possível, incluem a preparação de um plano nacional de prevenção das DNTs e dos fatores de risco dessas doenças, sustentadas por um corpo de defesa multissetorial nacional e clareza dos pontos centrais no Ministério da Saúde. Serão necessárias ações normativas e legislativas relativas aos níveis de tributação do tabaco, conteúdo e rotulação dos alimentos e ambientes livres de tabaco. A comunicação efetiva de mensagens sobre saúde é importante para a prevenção dos fatores de risco das DNTs, mas requer o aumento da capacidade dessa comunicação sobre saúde e do marketing social. Conforme demonstrado pela análise econômica, as intervenções baseadas na população são econômicas no longo prazo, mas requerem investimento prévio. Essas intervenções podem, em parte, ser autofinanciadas se forem implementados e reservados para a saúde aumentos de impostos relativos ao controle dos fatores de risco, tais como para o tabaco e o álcool.

Aumentos dos impostos sobre o cigarro podem ser ainda mais úteis na redução da prevalência do tabagismo. Isso pode ser complementado por medidas para a redução do contrabando e da venda de cigarros a menores e pelo maior apoio aos programas para cessação do tabagismo, especialmente entre as pessoas de baixa renda e de menor escolaridade.

Ampliação de campanhas abrangentes em prol da atividade física junto às comunidades, semelhantes ao Agita São Paulo, em todo o Brasil, pode ter um grande impacto e ***o melhor planejamento urbanístico e projeto de infra-estrutura*** podem modificar profunda-

mente os padrões do dia a dia e os níveis de atividade física (melhoria do transporte público, zonas livres de automóveis nas cidades, ciclovias separadas e seguras, calçadas bem iluminadas e outras medidas).

Embora as intervenções baseadas na população tendam a ser mais custo-efetivas, ***os prestadores de cuidados básicos também podem proporcionar a prevenção das DNTs e dos fatores de risco/atividades de promoção da saúde aos indivíduos*** sob seus cuidados. A promoção da saúde é uma das oito prioridades do Programa de Saúde da Família (PSF), mas essa área não foi desenvolvida adequadamente. É necessária uma avaliação de quais intervenções devem ser financiadas pelo PSF. Essas intervenções devem então ser incluídas em uma estratégia de promoção do PSF e de atividades monitoradas pelo uso de indicadores de desempenho adequados.

Melhorar a vigilância e o monitoramento das estratégias de prevenção das DNTs e dos fatores de risco. A vigilância regular dos fatores de risco precisa ser apoiada para monitorar as tendências, contribuir para a elaboração de políticas e programas e monitorar o impacto. É preciso desenvolver indicadores apropriados de DNTs para a inclusão nos pactos bipartite e tripartite que monitoram o desempenho nas esferas estaduais e municipais.

Melhorar a prevenção secundária das DNTs mediante melhores cuidados de saúde e triagem. Entre as questões que devem ser abordadas estão a adesão de longo prazo ao tratamento, a continuidade do tratamento, os cuidados integrados e a capacidade dos pacientes para auto-administrar sua doença.

Fortalecer a pesquisa acerca da eficácia na prevenção das DNTs / fatores de risco no Brasil, particularmente entre as pessoas de baixa renda. Muitas das intervenções exigem mudanças de estilo de vida e de comportamentos ou são empregadas em cenários como escolas, comunidades e locais de trabalho, onde o contexto cultural é importante. Existem muito poucas informações específicas para o Brasil a respeito da eficácia das intervenções de prevenção e essas informações são necessárias para que se possam utilizar com eficiência os recursos escassos. É necessário que se realize com especial urgência uma pesquisa acerca da eficácia das intervenções de prevenção entre a população de baixa renda, que recebe uma carga mais elevada de DNTs, uma vez que muitas intervenções – tais como as que fazem uso dos meios de comunicação de massa, informações escritas, triagem e impostos – geralmente não alcançam a população de baixa renda ou têm impacto prejudicial sobre ela.

Pelas tendências atuais, a carga de DNTs no Brasil acarretará custos elevadíssimos em termos de incapacidade física e sofrimento, mortalidade prematura, perda de produtividade e gastos com cuidados de saúde. Felizmente, uma grande parcela de determinantes das DNTs é modificada por intermédio de programas, parcerias e políticas públicas apropriadas. O Brasil já obteve alguns sucessos notáveis, por exemplo, com a redução da prevalência do tabagismo e o aumento das atividades físicas em São Paulo. Porém, muito mais resta a ser feito. Quanto mais rapidamente o Brasil puder reformular e fortalecer seu sistema de saúde e desenvolver políticas multissetoriais para aumentar a eficácia da prevenção e controle das DNTs, mais rapidamente se reduzirá a trajetória da epidemia de DNTs no Brasil.

Notas

1. Extraído de (2005) Addressing the Challenge of Non-Communicable Diseases in Brazil (Enfrentando o desafio das doenças não-transmissíveis no Brasil), Washington DC: Relatório do Banco Mundial 32576-BR. Disponível em http://www.worldbank.org/hnppublications
2. Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY) é a medida do hiato de saúde que combina, em uma só medida, o tempo vivido com incapacidade e o tempo perdido devido à mortalidade prematura.
3. Custo-efetividade refere-se aos custos adicionais das intervenções por DALY evitado.

Sobre os autores

Christoph Kurowski, Isabella Danel e Helen Saxenian são filiados ao Núcleo de Saúde do Departamento de Desenvolvimento Humano da Região da América Latina e Caribe do Banco Mundial.

Operations Services
Capacity. Quality. Results.