

Desenvolvimento e mudanças das condições de saúde na Região Nordeste

Roberto Passos Nogueira¹

Introdução

As mudanças das condições de saúde que decorrem do processo de desenvolvimento têm sido estudadas mediante as características de três transições: a demográfica, a epidemiológica e a nutricional. A transição demográfica caracteriza-se pela diminuição drástica da fecundidade e da mortalidade, com o conseqüente aumento da proporção de idosos no conjunto da população (RIPSA, 2009). Por sua vez, a transição epidemiológica, intimamente associada à transição demográfica, caracteriza-se pelo fato de que as doenças transmissíveis diminuem cada vez mais sua participação na mortalidade da população, cedendo seu lugar às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a exemplo do câncer, da doença coronariana e do diabete. Finalmente, a transição nutricional está marcada pela minimização dos problemas de desnutrição e pelo aumento simultâneo dos problemas relacionados com o sobrepeso e a obesidade, considerados fatores de risco para as DCNT.

Este artigo está dedicado primariamente a uma breve análise do impacto da transição demográfica e epidemiológica sobre as condições de vida da população nordestina nas últimas duas décadas. A transição nutricional será mencionada de modo complementar, visto que, os dados disponíveis são coletados por inquéritos diversos e não compõem uma série histórica completa.

As mudanças demográficas e epidemiológicas

A tabela I apresenta alguns dos principais indicadores de transição demográfica e epidemiológica do Nordeste em comparação com a média nacional, entre 1991 e 2010. Destaca-se a fortíssima redução da fecundidade, que, junto com a redução da mortalidade, constituem as duas razões básicas do envelhecimento da população. Em 2010, a taxa de fecundidade já se colocava abaixo do nível de reposição da população, ou seja, 2,1. O envelhecimento da população no período pode ser avaliado pelo crescimento da proporção dos maiores de 60 anos de idade e a diminuição dos menores de cinco anos. Nesse aspecto demográfico, o Nordeste coincide sempre com a média nacional.

Na dimensão epidemiológica, chama atenção a redução considerável da mortalidade proporcional por doenças infecciosas e parasitárias, bem como o crescimento da mortalidade específica por algumas DCNT. Em 2010, a taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas do Nordeste ainda era bastante

¹ Médico, doutor em saúde coletiva e pesquisador do IPEA.

menor que a média nacional, mas a taxa de mortalidade por diabetes melito superava essa média e se apresentava como a mais elevada entre as cinco regiões.

Tabela I - Indicadores de transição demográfica e epidemiológica, região nordeste e Brasil, 1991 e 2010

Indicador	Nordeste		Brasil	
	1991	2010	1991	2010
Taxa de fecundidade total (nº médio de filhos por mulher)	3,4	1,9	2,7	1,8
Proporção de idosos (60 anos e mais)	7,3	10,3	7,3	10,8
Proporção de menores de 5 anos de idade	12,8	8,0	11,3	7,2
Mortalidade proporcional por doenças infecciosas e parasitárias	9,8	4,6	5,8	4,6
Mortalidade específica por neoplasias malignas (p/ 100 mil hab.)	25,7	69,0	56,9	92,4
Taxa de mortalidade específica por diabetes (p/ 100 mil hab.)	8,7	33,0	12,9	28,8

Fonte: IBGE e DATASUS

A diminuição expressiva dos óbitos por doenças transmissíveis nesse período esteve muito influenciada pela menor letalidade de doenças como a diarreia infantil e a infecção respiratória aguda (IRA). Para esse resultado, concorreu a melhoria do acesso a serviços de saúde, proporcionando a reidratação das crianças com diarreia e a terapia antibiótica no caso de infecções respiratórias agudas.

Tabela II - Mortalidade proporcional (% do total de óbitos) por doença diarreica e infecção respiratória aguda, Nordeste e Brasil, 1990 e 2010

Causa de mortalidade proporcional	Nordeste		Brasil	
	1990	2010	1990	2010
Doença diarreica aguda em menores de cinco anos de idade	12,6	2,9	10,8	2,1
Infecção respiratória aguda (IRA)	7,0	4,4	10,3	4,8

Fonte: DATASUS

Os fatores de desenvolvimento e de políticas públicas que levaram à transição epidemiológica no Nordeste podem ser assim descritos e explicados de modo sucinto:

- 1) A queda acentuada da taxa de fecundidade, o que diminui o número médio de crianças que precisam de cuidados de saúde;
- 2) O aumento da escolaridade das mães, favorecendo a melhoria da qualidade do cuidado dedicado à saúde das crianças;
- 3) O acesso a melhores fontes de abastecimento de água, importante fator para a redução da incidência de diarreias agudas e de doenças parasitárias em geral;
- 4) A diminuição drástica da subnutrição e da desnutrição infantil que usualmente potencializam a letalidade por doenças transmissíveis;
- 5) As campanhas nacionais de vacinação contra diversos agentes de doenças transmissíveis, organizadas de modo a alcançar grande

cobertura do território nacional e que, entre outros resultados, levaram à erradicação do sarampo, causa importante das infecções respiratórias agudas;

- 6) O acesso aos serviços básicos de saúde e aos esquemas rotineiros de vacinação;
- 7) O acesso das crianças à alimentação escolar;
- 8) O aumento da renda familiar, incluindo, na década de 2000, a contribuição da transferência de renda por meio do programa Bolsa Família, cujos efeitos favoráveis sobre a mortalidade em menores de cinco anos de idade foram evidenciados em estudo específico recente (Rasella, D. et al., 2013).

A dimensão real da redução da mortalidade infantil no Nordeste, nesse período, foi objeto de polêmica, visto que as autoridades sanitárias da região afirmavam que os indicadores divulgados pelo Ministério da Saúde, calculados com base em métodos demográficos indiretos, estavam sobrestimados. Os dados de 2000, por exemplo, mostravam uma taxa de 41,6 por mil nascidos vivos para essa região e de 27,4 para o país, com um diferencial de 14,2. Recentemente, o Ministério da Saúde (2011), com a colaboração de um conjunto de pesquisadores de instituições públicas, comprovou a veracidade dessa alegação graças a um inquérito de campo realizado por meio de busca ativa de óbitos na região Nordeste e Norte. Pelo novo método, a mortalidade infantil do Nordeste para 2010 foi estabelecida em 19,1 por mil nascidos vivos e a média nacional em 16,0, o que faz que o diferencial seja de apenas 3,1. Para efeito de comparação, convém mencionar a taxa de mortalidade infantil de alguns países em 2010: Colômbia (17), China (16), México (14), Argentina (12).

A tendência declinante da incidência e da mortalidade por doenças transmissíveis no Nordeste tem exceção em dois casos, a saber, AIDS e dengue, em que a mudança na última década se deu para uma situação pior. Mas há uma diferença importante entre esses dois casos, já que a dengue aumentou sua incidência de forma extraordinária e generalizada em todo o país, enquanto o número anual de casos de AIDS se estabilizou ou declinou em outras regiões, mas continuou a aumentar nas regiões Nordeste (e Norte, igualmente).

Tabela III – Taxa de incidência por 100 mil habitantes de AIDS e dengue, Nordeste e Brasil, 2000 e 2010

Taxa de incidência	Nordeste		Brasil	
	2000	2010	2000	2010
AIDS	7,1	12,6	17,9	17,9
Dengue	128	314	64	514

Fonte: DATASUS

De qualquer modo, os dados aqui mostrados evidenciam que houve uma diminuição patente da mortalidade por doenças transmissíveis e da própria mortalidade infantil, constituindo comprovantes de que o país conseguiu, por meio de políticas públicas, alcançar resultados sanitários importantes, entre os quais constam os referentes aos Objetivos do Milênio (ODM).

Nessa linha de prioridades de políticas públicas, merece ser sublinhada a diminuição significativa da incidência de duas doenças que podem ser consideradas como peculiares à extrema miséria - o tétano neonatal e a hanseníase, ambas associadas às precárias condições de higiene. O tétano neonatal está atualmente praticamente erradicado do país, enquanto a prevalência de hanseníase (casos registrados e em tratamento) vem sendo reduzida drasticamente.

Tabela IV – Incidência de tétano neonatal e prevalência da hanseníase, Nordeste e Brasil, 1990 e 2010

Casos	Nordeste		Brasil	
	1990	2010	1990	2010
Tétano neonatal (total de casos novos)	152	3	291	7
Hanseníase (casos em registro ativo p/ 10.000 hab.)	12,8	2,5	19,5	1,6

Fonte: DATASUS

As mudanças nutricionais

A transição nutricional está caracterizada pela diminuição da variedade de alimentos necessários a uma dieta equilibrada e a concentração em alimentos hipercalóricos, incluindo consumo excessivo de carbo-hidratos, gorduras animais, ácidos graxos saturados e gorduras *trans*. Essa terceira forma de transição tem sido descrita em conjunção com os chamados “comportamentos de risco”: sedentarismo, tabagismo, excesso de bebidas alcoólicas e outros componentes de um estilo de vida não saudável (Batista Filho, M., 2008). Por outro lado, sabe-se que os hábitos alimentares não saudáveis têm sido induzidos em massa pelo consumo de alimentos e bebidas industriais extremamente processados (Moodie, R. et al., 2013), como também pelas refeições feitas em restaurantes de autosserviço e cadeias de *fast-food*. Tais fatores contribuem para uma maior carga de mortalidade e morbidade por DCNT.

A combinação de obesidade e hipertensão, a que se agrega muitas vezes o tabagismo, tem sido fartamente identificada na literatura biomédica como predispondo a variados problemas cardíacos e pulmonares. Outra associação importante da obesidade dá-se, especificamente, com o diabetes melito.

Duas fontes de dados importantes para acompanhar as tendências da transição nutricional são Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) e a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), embora essas pesquisas não permitam

construir séries históricas regulares como as que provêm dos registros de mortalidade e morbidade. Recentemente, o Ministério da Saúde passou a monitorar esses fatores de risco mediante inquéritos telefônicos realizados junto aos habitantes das capitais dos estados. Os resultados mostram que 14% da população brasileira residente nas capitais são obesos, em comparação com 12,4% na região Nordeste. Em todas as regiões, a obesidade tem maior prevalência no sexo feminino. Contudo, constata-se uma variação muito reduzida entre as regiões. Supondo que não haja falha no método de inquérito telefônico, pode-se deduzir que os fatores que levam à obesidade estão presentes de modo mais ou menos universal nas capitais dos estados das cinco regiões, na medida em que há um estilo de vida comum aos seus habitantes.

Tabela V - Prevalência (%) de obesidade em adultos de 20 a 59 anos de idade, nas capitais das regiões, segundo sexo. Brasil, 2008-2009

Sexo	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C-Oeste	Brasil
Masc.	10,8	9,9	12,9	16	13,4	12,4
Fem.	15,1	14,8	16,8	18,6	16,1	16,4
Total	13	12,4	14,9	17,3	14,8	14

Fonte: DATASUS

Considerações finais

Houve uma época (digamos, na década de 1950) em que o conceito de desenvolvimento esteve associado com a expectativa de melhores condições de saúde para toda a população. Isto aconteceu na medida em que se tinha em vista a possibilidade de erradicar as doenças transmissíveis e nutricionais associadas com a pobreza. Os organismos internacionais afirmavam que a pobreza gerava a doença, e a doença gerava mais pobreza, em círculo vicioso. A partir da década de 1970, essa expectativa foi frustrada em virtude da difusão cada vez maior das DCNT nos países em desenvolvimento, os quais adotaram estilos de vida inspirados pelo paradigma americano, afetando a saúde de todos, sem distinção de classe social.

Como se sabe, a esperança de vida ao nascer é um dos indicadores de saúde mais difundidos. Esse indicador alcançou, para ambos os sexos, 73,4 anos no conjunto do país e 70,8 no Nordeste, em 2010. Contudo, a transição epidemiológica vem relativizando a importância desse indicador em seu papel de expressão das condições gerais de saúde. É que a incidência crescente das DCNT faz com que a sobrevivência da população ocorra em variáveis condições de incapacidade física e mental. A medida de esperança de vida ao nascer não incorpora esse aspecto decisivo da saúde, relacionado com as privações prolongadas das habilidades humanas. Como alternativa, a

Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe o indicador de “carga da doença”, que leva em conta não somente o número de anos perdidos por morte prematura como também o número de anos vividos suportando os efeitos incapacitantes peculiares às DCNT (Schramm, J. et al., 2004).

Referências

BATISTA FILHO, M. **Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira**, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 2:S247-S257, 2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2010. Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde (Parte I)**. Brasília, 2011

MOODIE, R. et al. **Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries**. www.thelancet.com, Published online February 12, 2013
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62089-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62089-3)

RASELLI, D. et al. **Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities**. www.thelancet.com, Published online May 15, 2013
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60715-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60715-1)

RIPSA (Rede Interagencial de Informações para Saúde). **Informe de Situação e Tendências: Demografia e Saúde**. Organização Pan-americana da Saúde, Brasília, 2009

SCHRAMM, J. **Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 9(4):897-908, 2004