Faculdade Presidente Antônio Carlos de Teófilo Otoni - Dezembro de 2018

TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA BRASILEIRA E SEU IMPACTO NOS GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE

Rodrigo Ferreira de Souza *, Rômulo Jesus Alves dos Santos Junior*, Sheila Souza Pinheiro**, Sandra Sofia de Figueiredo Coelho*** Lucas Tavares Nogueira***

Resumo

A transição demográfica é uma realidade no Brasil. Trata-se de uma mudança no perfil da população onde ocorre uma diminuição na fertilidade ao mesmo tempo em que se diminui a mortalidade, proporcionando um aumento significativo da população acima de 60 anos, que dos anos 2000 até 2060 projeta-se um aumento de 416,66%. Entende-se que o avanço da idade traz consigo a vulnerabilidade e maior probabilidade de desenvolver doenças, com destaque para as doenças crônicas não transmissíveis, impactando diretamente nos gastos públicos em saúde, através de um aumento na demanda por serviços, e consequentemente, maior dispêndio com a saúde, que encontra-se diante de complicações financeiras. Diante do exposto, o presente artigo utilizou como método a realização de uma revisão de literatura através da base de dados Scielo e Google Acadêmico, biblioteca virtual do IBGE e sites de instituições governamentais que abordam a transição demográfica, gastos em saúde, políticas nacionais de saúde e qualidade de vida, com o objetivo de mostrar os efeitos causados pela transição demográfica no setor público de saúde, e como isto interfere na qualidade da assistência prestada por estes serviços. Conclui-se que com o envelhecimento da população há necessidade de maiores investimentos e também aumento nos recursos destinados à saúde, bem como a criação de incentivos para os programas de promoção em saúde, como estratégia para promover uma melhor qualidade de vida à população. Neste contexto o enfermeiro desempenha um papel de grande relevância, pois atua tanto na promoção quanto na assistência em saúde, sendo uma peça fundamental para reduzir os dispendiosos custos na saúde consequentes desta transição.

Palavras-chave: Transição Demográfica. Impacto nos Gastos Públicos. Saúde. Qualidade da assistência.

BRAZILIAN DEMOGRAPHIC TRANSITION AND ITS IMPACT ON PUBLIC HEALTH EXPENDITURE

Abstract

The demographic transition is not a reality in Brazil. It is a profileless change in the population where there is a decrease in fertility while decreasing mortality, providing a significant increase in the population over 60 years, which from the years 2000 to 2060 is projected an increase of 416 , 66%. Please see the advancement of the age brings with it the vulnerability and greater probability of development, especially chronic non-communicable diseases, directly impacting public spending, through an increase in demand for services, and consequently, , Which is facing financial complications. In view of the above, the present article used as a Method of accomplishment of a literature review through the Scielo and Google Academic database, virtual library of IBGE and sites of governmental institutions that address a

demographic transition, health spending, national health policies And quality of life, with the objective of showing the effects caused by demographic transition in the public health sector, and how it is to interfere in the quality of care provided by these services. It is concluded that with the aging of the population there is a need for greater investments and also increase our resources for health, as well as creating incentives for health promotion programs as a strategy to promote a better quality of life in population. In this context, the nurse plays a very important role, as it acts both in promotion and in health, being a key element in reducing the costly health costs of this transition.

Keywords: Demographic Transition. Impact on Public Expenditures. Health. Quality of care.

1 Introdução

O constante desenvolvimento socioeconômico, o surgimento de novas tecnologias em saúde que possibilitam uma maior eficácia nos diagnósticos e tratamentos de diversas patologias, bem como uma mudança no comportamento da população brasileira, são aspectos relevantes para a formatação de um novo parâmetro demográfico no Brasil, a transição demográfica. Essa mudança no perfil populacional traz consigo um grande impacto em diversos setores de nossa sociedade, com destaque para os gastos relacionados à saúde, tornando-a cada vez mais dispendiosa.

Transição demográfica diz respeito a uma mudança do estado de equilíbrio populacional evidenciado por uma alta taxa de fecundidade e de mortalidade em um momento para uma fase em que a população atinge baixos níveis de fecundidade e mortalidade, proporcionando uma diminuição da população e, de maneira mais evidente, um forte impacto em sua estrutura etária, já que o baixo índice de fecundidade implica em diminuição de crianças e jovens ao mesmo tempo em que o baixo índice de mortalidade aumenta a parcela de idosos.[1]

O número de pessoas idosas no Brasil triplicara ao longo de 40 anos, enquanto a quantidade de filhos por família vem diminuindo gradativamente, sendo necessário equipes qualificadas para atender essa crescente parcela da população.[2] Torna-se de extrema importância a implementação de programas que tenham como objetivo a minimização destes gastos e oferecer um serviço de qualidade para esta população que apresenta um rápido crescimento.

No ano de 2013 os gastos relacionados com saúde pública no Brasil atingiram 8% do produto interno bruto, o que representa R$ 424 bilhões,[3] com uma população de idosos representando 10,98% do contingente populacional em 2013.[4] É possível

perceber que o envelhecimento populacional está intimamente relacionado com o aumento dos gastos em saúde, pois observa-se despesas em saúde maiores no inicio da vida, posteriormente diminuindo no período compreendido entre a adolescência e adultos jovens, e aumentando a partir de então, possibilitando a comparação do padrão de gastos com o formato da letra "J".[5] Desta forma pode-se prever a necessidade de um grande aumento com as despesas em saúde em todo o país.

Estabelecido este cenário, é notória a pressão sobre o estado para manutenção de dois sistemas fundamentais para a população brasileira: sistema previdenciário e o sistema de saúde pública, tendo em vista que ambos os sistemas também são de responsabilidade do mesmo como consta na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 194, "A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social".[6]

O envelhecimento da população brasileira abala a estrutura previdenciária que em sua grande parte estava preparada para responder uma realidade onde a principal característica é um aumento do emprego assalariado e um curto período de concessão de aposentadoria. A transição demográfica potencializa a desestruturação desse sistema já que contribui para uma diminuição cada vez mais acentuada dos contribuintes e o aumento progressivo dos aposentados.[7]

Com relação à saúde pública, entende-se que o avanço da idade traz consigo uma maior vulnerabilidade, e é lógico perceber que também haverá um aumento na demanda de serviços de saúde, pois é nesta faixa etária que ocorre uma maior incidência de doenças crônicas como hipertensão, diabetes, câncer e doenças cardíacas que demandam continuidade no tratamento. Portanto entende-se que o aumento da população idosa também implicará em aumento de recursos destinados a assistência em saúde.[8] Assim se torna necessário a implementação de ações que promovam uma mudança nos hábitos de vida desta população, visando uma melhoria da qualidade de vida. Neste sentido a questão que impulsiona este estudo é como ofertar um serviço de saúde com qualidade a esta crescente parcela da população brasileira sem que haja grandes despesas para o governo.

O presente artigo utilizou como método a revisão de literatura com o propósito de identificar o impacto causado pela transição demográfica nos gastos públicos em saúde e como isto vem afetando a qualidade do serviço ofertado à população. Para a produção deste estudo utilizou-se de artigos e periódicos científicos na área da

saúde retirados da base de dados Scielo e Google Acadêmico, biblioteca virtual do IBGE e sites de instituições governamentais que abordaram temas como a transição epidemiológica e demográfica no Brasil, gastos em saúde, envelhecimento populacional, viver com saúde e qualidade de vida. Após a leitura dos resumos dos artigos foram escolhidos os que se enquadravam no objetivo do estudo.

Esta pesquisa tem como objetivo evidenciar os efeitos causados pela transição demográfica no setor público de saúde, e como isto interfere na qualidade da assistência prestada aos usuários e apresentar a necessidade de se intensificar as ações de promoção em saúde, e o papel do enfermeiro como promotor da saúde e peça fundamental na estratégia para se constituir uma população idosa saudável.

2 Transição demográfica brasileira

Em pouco menos de quatro décadas o Brasil sofreu uma transformação em seu perfil populacional constituído de uma grande faixa etária de jovens, se transformando em um país com grande número de pessoas idosas, e na mesma proporção surgindo inúmeras doenças que se refletem em grandes gastos em saúde.[9] Isto configura como uma questão de grande importância para a administração do Sistema Único de Saúde (SUS), pois reflete diretamente sobre estes serviços, que em sua maioria não estão preparados para atender essa crescente demanda.

Nas primeiras quatro décadas do século XX iniciou-se uma pequena queda na taxa de fertilidade no Brasil, posteriormente estabilizou-se até os anos de 1960. Após este período as taxas de fecundidade começaram a decair de maneira acentuada,[10] sendo associada a fatores econômicos e socioculturais.[10,11]

É possível perceber que o período onde ocorre a maior elevação do contingente populacional brasileiro acontece nos anos de 1950, o número de brasileiros aumentava em media 3,0% ao ano. Observou-se que nesta época os índices de mortalidade começaram a diminuir lentamente, enquanto as taxas de fecundidade continuavam muito altas. Porém nas décadas que se sucederam houve uma queda inicialmente pequena nos índices de fecundidade, que posteriormente se intensificaram a partir dos anos de 1970.[12]

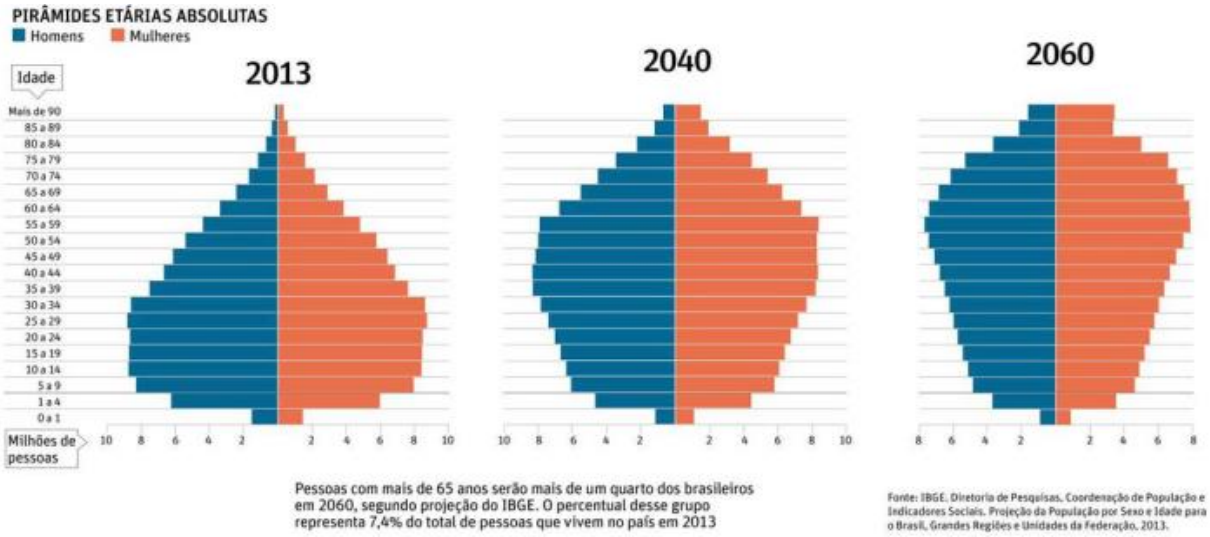
As taxas de crescimento populacional vêm sofrendo um forte declínio, chegando em 2016 com uma taxa média de crescimento de 0,80% ao ano,[4] e com uma taxa de fecundidade em 2010 de 1,9 filhos por mulher. Um cenário bem

diferente dos anos de 1940 onde as mulheres brasileiras tinham em média 6,16 filhos, atingindo o ápice de 6,28 filhos em 1960. Já em 2010 temos a região norte ocupando o 1° lugar com uma taxa de fecundidade de 2,47 filhos por mulher, em seguida a região nordeste com 2,06, a região centro-oeste com 1,92, a região sul com 1,78 e região sudeste com 1,70.[13]

Esse cenário demográfico brasileiro favorece o envelhecimento bem como a diminuição da população em um dado momento. Segundo projeções para os anos 2000 a 2060 realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), haverá um aumento significativo da população com 60 anos ou mais, de aproximadamente 14,3 milhões em 2000 para aproximadamente 73,6 milhões em 2060, um aumento da ordem de 416,66%, enquanto a população com menos de 20 anos diminuirá de aproximadamente 70,3 milhões para aproximadamente 39 milhões, diminuição na ordem de 44,565%. Destacando-se o triênio 2042, 2043 e 2044 onde ocorre o início do decréscimo populacional brasileiro com números de 228.350.924, 228.343.224 e 228.264.820 respectivamente.[14]

Com o aumento da expectativa de vida, que em 1940 era de 45,5 anos[15], chegando a 2015 com uma expectativa de 75 anos,[16,17] obtêm-se um aumento de 30 anos entre o período avaliado. Desta forma pode-se observar uma grande mudança na estrutura etária brasileira. As pirâmides de população com forma piramidal que indicavam uma população tipicamente jovem estão cedendo lugar a uma pirâmide de forma retangular, que posteriormente começa a se inverter, conforme mostrado na pirâmide etária de 2060. Pode-se observar um grande aumento do número de idosos devido a uma maior expectativa de vida, e uma redução na taxa de natalidade, que por sua vez dá uma nova formatação populacional ao Brasil, elevando gradativamente o percentual de idosos no contingente populacional do país, conforme observado no GRAF. 1.

Gráfico 1 – Projeção da população Brasileira 2013-2060



Fonte: IBGE, 2013.

Outro ponto importante que não pode ser desconsiderado é o fato que a transição demográfica nos países desenvolvidos demorou em média mais de um século para se concretizar.[5,18] Um bom exemplo é a França que levou 115 anos para que sua população idosa que era de 7% em 1865 atingisse 14% em 1980.[5] Porém os países em desenvolvimento como o Brasil o farão em menos de 30 anos,[18] possuindo assim pouco tempo para se fazer uma reestruturação dos sistemas de saúde e previdenciário que são fundamentais a esta crescente faixa etária.

3 Gastos públicos em saúde

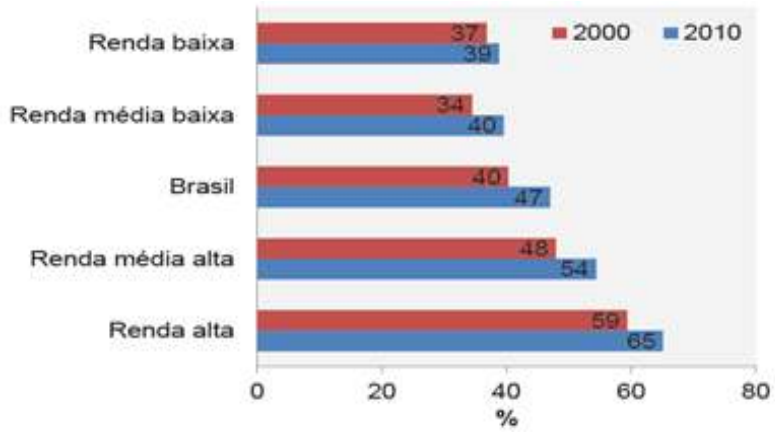
O termo Saúde pública refere-se ao “diagnóstico e tratamento de doenças, e a tentativa de assegurar que o indivíduo tenha, dentro da comunidade, um padrão de vida que lhe assegure a manutenção da saúde”.[19] Porém quando se fala em gastos públicos em saúde, refere-se aos gastos gerados aos cofres públicos pelo setor de saúde.

Os gastos em saúde no Brasil de forma per capita dobraram no período compreendido entre 2000 e 2010, alcançando US$1.028, ultrapassando a média mundial de US$ 1.024, porém menor quando comparado com a Argentina e outras economias com renda similar.[5] Mas, contudo quando se fala de distribuição per capita não devemos esquecer o contingente populacional brasileiro, que em 2016 ocupava o 5° lugar no ranking mundial.

Em países desenvolvidos como a Finlândia, o percentual gasto representou 8,9% do PIB, mas quando se compara o gasto per capita observa-se um gasto 3,2 vezes maior, atingindo U$$ 3.281.[5]

O setor de saúde requer uma grande quantidade de recursos financeiros para suprir a crescente demanda por estes serviços, no qual temos a participação do setor público e privado. Observa-se um crescimento de 7% nos gastos do governo entre os anos de 2000 a 2010, aumento superior as demais categorias avaliadas pela Organização Mundial da Saúde. Porém quando se compara a parcela de investimentos públicos no gasto total com saúde no Brasil, a participação é inferior aos de países com renda média alta e renda alta, onde esse gasto representou 54%, e 65% respectivamente. Desta forma se observa um gasto maior pelo setor privado,conforme mostrado abaixo no GRAF. 2.

Gráfico 2 - Contribuição do setor público para o gasto total com saúde. Brasil e países de renda baixa, média baixa, média alta e alta em 2000 e 2010.



Fonte: OMS, 2012

As despesas governamentais em saúde atingiram 2,8% do PIB, representando R$ 149,9 bilhões no ano de 2013. Mas não se pode esquecer dos gastos gerados pela rede privada que são custeados pelo governo, como as consultas e exames, que juntamente com as despesas em saúde pública representam 3,4% do PIB.[3]

3.1 Despesas com serviços de saúde

São considerados serviços de saúde as atividades realizadas para suprir qualquer necessidade relacionada à saúde que o indivíduo possa vir a ter,

protegendo-o contra enfermidades e agravos, tendo como objetivo alcançar o completo bem estar físico e psíquico.[20] Como consultas, exames, procedimentos cirúrgicos entre outros.

O envelhecimento torna os idosos mais propícios à utilização dos serviços de saúde, isto se deve ao processo de envelhecimento que contribui para uma perca progressiva das funções fisiológicas,[21] tornando-os mais suscetíveis a doenças e aos agravos desencadeados por elas, contribuindo para a oneração do serviço de saúde.

Segundo IBGE*, em 2009, as despesas em serviços relacionados à saúde em média, atingiram 5,5% do PIB e os gastos finais com medicamentos 1,9% do PIB. Desta forma as medicações representaram 22% dos gastos com saúde, e os serviços em saúde representaram 64,8% das despesas. Em 2030, as despesas do SUS em atendimentos ambulatoriais e hospitalizações alcançarão R$ 63,5 bilhões. Quando comparado com os R$ 25,5 bilhões gastos em 2010, identifica-se um aumento de 149%. Com as despesas em atendimentos ambulatoriais e hospitalares representando 14,8 e 10,7 bilhões, respectivamente.[22]

Observa-se uma grande disparidade entre uma consulta médica e uma internação hospitalar, pois em média é pago um valor em torno de R$ 10,00 por consulta.[23] Já em uma internação hospitalar esse valor pode variar entre R$ 193,45 a 1.639,47 para homens, e entre as mulheres o valor varia entre R$ 499,07 a 1.266,99. Conforme mostrado na TAB. 2 abaixo.

Tabela 2. Distribuição de habitantes, internações hospitalares, valor pago e razão custo/habitante no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasil. 2002-2011

Faixa etária (anos)	Habitantes		Internações		Valor pago (R$)		Razão custo/habitante (R$)
	N	%	N	%	N	%	
Homens							
20-59	52.325.466	85,11	19.718.102	63,33	10.122.183.665	47,08	193,45
Faixa etária (anos)	**Habitantes**		**Internações**		**Valor pago (R$)**		**Razão custo/habitante (R$)**
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
60-69	5.265.099	8,56	5.003.499	16.07	5.467.634.284	25,43	1.038,47
70-79	2.757.891	4,49	4.136.869	13,29	4.051.005.707	18,84	1.468,88

* IBGE. Conta-Satélite de Saúde do IBGE (2007-2009), ohttp://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2007_2009/economia_saude.pdf. *apud*(22)

80+	1.133.122	1,84	2.274.661	7,31	1.857.720.080	8,64	1.639,47
Subtotal	61.481.578	100,00	31.133.131	100,00	21.498.543.736	100,00	349,67
Mulheres							
20-59	54.916.569	82,77	39.630.866	77,52	27.407.265.524	72,94	499,07
60-69	6.084.830	9,17	4.577.541	8,96	4.210.829.863	11,21	692,02
70-79	3.547.194	5,36	4.117.805	8,05	3.674.380.784	9,78	1.035,86
80+	1.802.463	2,72	2.798.079	5,47	2.283.703.323	6,08	1.266,99
Subtotal	66.351.056	100,00	51.124.291	100,00	37.576.179.494	100,00	566,32
População geral							
20-59	107.242.036	83,89	59.348.968	72,15	37.529.449.189	63,53	349,96
60-69	11.349.929	8,88	9.581.040	11,65	9.678.464.147	16,38	852,73
70-79	6.305.095	4,93	8.254.674	10,04	7.725.366.491	13,08	1.225,26
80+	2.935.585	2,30	5.072.740	5,17	4.141.423.403	7,01	1.410,77
Total	**127.832.634**	**100,00**	**82.257.422**	**100,00**	**59.074.723.230**	**100,00**	**462,13**

Fonte: DATASUS, 2012.

Outro ponto importante diz respeito aos gastos em unidades de terapia intensiva, que no Brasil o valor médio de uma diária inicíasse em torno de R$ 1.000,00 podendo atingir até 25.000,00, tornando-se altamente dispendiosa para o governo, tornando fundamental o desenvolvimento de ações que minimizem as internações em UTI.[24]

Quando se avalia a hospitalização de pessoas acima de 60 anos de idade, observa-se que isto representa em média mais de um terço do total de internações, sendo que a maioria necessita de longos períodos para a recuperação do bem estar dos clientes, quando comparado com o restante da população.[25] Isto se deve devido a maior fragilidade do sistemas fisiológicos desta faixa etária que favorece a instalação de diversas doenças. Observa-se uma maior prevalência de hospitalizações em mulheres,[25,26] se justificando devido a formatação da população brasileira, onde se encontra maior quantidade de mulheres no grupo etário acima de 60 anos de idade. Outro aspecto importante é a maior procura por serviços de saúde por parte do sexo feminino, enquanto os homens possuem uma maior resistência quanto à procura por atendimento neste setor.

De acordo com Brasil*, 2009, a população com idade avançada necessita de uma maior demanda pelos serviços de saúde que pode ser observados através dos

* BRASIL. Presidência. Núcleo de Assuntos Estratégicos. A Transição Demográfica e as Políticas Públicas no Brasil: Crescimento Demográfico, Transição da Estrutura Etária e Migrações Internacionais. Belo Horizonte, 2007. Disponível em:

custos médios em saúde, pois a internação de um idoso é 53% maior quando comparada com a internação de crianças e adolescentes. Isto se deve a fatores diversos como a complexidade dos equipamentos e recursos necessários para o atendimento, maior tempo de internação, frequência nos atendimentos e utilização de medicamentos por longos períodos,[8] pois a idade mais avançada exige um período de tempo maior para reestabelecimento homeostático das funções fisiológicas.

3.2 Medicações

Com o envelhecimento populacional brasileiro, percebe-se um crescimento das doenças crônicas não transmissíveis. Desta forma causando um crescimento no consumo de fármacos que ajudem a manter ou minimizem os danos provocados por estas doenças.[27]

Devido às diversas patologias que acometem os idosos, eles se configuram como a faixa etária que mais utilizam medicamentos, torna-os vulneráveis à polimedicação[28] e mais propícios a danos causados devido à associação de muitos fármacos proporcionando a elevação dos gastos.

A aquisição de medicamentos pelo governo nos anos de 2002 a 2006 sofreram um aumento de 115%, ultrapassando o teto orçamentário destinado ao ministério da saúde que foi de 9,64%, tornando-se necessário uma avaliação deste item que a cada ano gera maior dispêndio,[29] portanto se faz necessário o incentivo a ações de promoção em saúde com inicio desde a infância e se intensificando ao longo da vida, pois uma população com hábitos de vida saudáveis dará origem a idosos senescentes, se tornando uma boa alternativa a médio e longo prazo, para o grande aumento de despesas que ocorre neste setor.

4 Atuação do enfermeiro frente às alterações ocasionadas pela transição demográfica

O enfermeiro possui um papel de destaque no processo de transição demográfica brasileiro, pois através de uma avaliação criteriosa ele consegue reduzir consideravelmente o número de complicações relacionadas a quedas, lesões

<http://portalexame.abril.com.br/static/aberto/complementos/896/SUMARIO _EXECUTIVO.doc>. *apud*(8).

por pressão, doenças crônicas, além de aumentar a qualidade de vida para esta população. Outro ponto importante a se discutir, é sobre a atuação tanto na promoção em saúde, quanto na assistência de patologias já estabelecidas.

Com um campo de atuação extremamente amplo o enfermeiro deve ser formador de opiniões, ator político e do cuidado, desenvolvendo atividades de planejamento, execução e avaliação das atividades desenvolvidas sob a sua supervisão. Com o objetivo de conquistar o respeito e admiração dos demais membros da equipe, pacientes e comunidade, o enfermeiro tem a responsabilidade de "contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe", além de "realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea" [30] consegue implantar ações que visam à promoção e uma assistência qualificada que impactam de maneira positiva a vida dos usuários, diminui complicações relacionadas com a saúde, e ajuda a reduzir gastos. Pois com uma atuação preventiva de qualidade pode-se diminuir consideravelmente os impactos causados por inúmeras doenças e consequentemente reduzir gastos públicos com saúde.

De acordo com a política nacional de atenção básica, são atribuições específicas do enfermeiro "realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade".[30] Desta forma a atuação do enfermeiro no processo de transição demográfica pode ser divida em três formas de atuação, ou seja, planejamento a curto, médio e longo prazo. São as ações em curto prazo, a assistência ofertada a pacientes que já estão na terceira idade com diversas patologias que necessitem de uma assistência imediata, como, em internações, pacientes utilizando medicações de uso contínuo, como, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, entre outros. As ações em médio prazo deveriam ser focadas em pessoas que já se aproximam da terceira idade, e em idosos que ainda possuem um estilo de vida saudável e não são dependentes dos inúmeros fármacos disponíveis para o controle do grande número de doenças crônicas. As ações de longo prazo começam a ser desenvolvidas desde a infância e adolescência, para que no futuro esses jovens venham a sofrer menos com doenças decorrentes de um estilo de vida pouco saudável.

Atuando sobre estes três aspectos é possível melhorar a qualidade da assistência ofertada e reduzir os gastos, pois irá prevenir futuras complicações

decorrentes da má qualidade do atendimento. Se torna necessário para as três formas de planejamento, ações que atuem de forma a estimular a prática de atividades físicas, que em conjunto com uma dieta saudável diminuiria as complicações decorrentes das inúmeras doenças crônicas. Desenvolver ações de promoção em saúde, como, higiene pessoal e do domicilio, para evitar o acometimento por doenças infecciosas e parasitarias; tempo adequado para dormir durante a noite, que é fundamental para reposição do vigor físico, que previne fadiga e exaustão ao longo do dia; atividades que estimulem a mente, pois são fundamentais para diminuir o risco de doenças crônico degenerativas, e proporcionam uma forma de lazer muito prazerosa; a utilização correta de medicamentos; orientações sobre a vida sexual, que a cada dia, torna-se necessária devido ao significativo aumento da atividade sexual pela população idosa, que os expõe a inúmeras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), e por fim orientações e atividades com o propósito de prevenir quedas, com o propósito de reduzir as internações para cirurgia ortopédica corretiva de fraturas bem como para assistência hospitalar por agravo decorrente de queda.

5 Panorama atual da saúde no Brasil

A constituição criada pela organização mundial da saúde define que a “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”.[31] Promover a saúde em todos estes aspectos se torna algo complexo, pois grande parte dos profissionais da saúde acredita que se não há uma doença estabelecida o indivíduo possui uma boa saúde, resume sua atuação apenas ao papel assistencial durante o processo de cura de uma patologia e deixa de lado a promoção em saúde.

A saúde no Brasil é um direito de todos e é dever do estado garanti-la conforme previsto na constituição de 1988 em seu art. 196.[6] Porém observa-se uma situação extremamente difícil neste setor, que enfrenta uma enorme crise, onde se observa uma estrutura física inadequada para atender a crescente demanda por serviços, a falta de materiais, insumos e funcionários para desenvolver serviço,[32] refletindo diretamente na qualidade da assistência ofertada aos usuários, tornando-a ineficaz em algumas situações.

A partir dos anos de 1940, a transição epidemiológica causou um declínio das doenças infecciosas e parasitárias no Brasil.[33] Mas por outro lado com os constantes

avanços socioeconômicos e as mudanças no estilo de vida houve um aumento das doenças crônicas não transmissíveis, que acometem grande parte da população idosa, destacando-se as doenças do sistema circulatório,[34,35] observa-se que em média 37% das mortes em idosos estão relacionados a este tipo de patologia.[34] Posteriormente temos os tumores, doenças do aparelho respiratório,[34,35] "as doenças degenerativas como o Alzheimer, osteoporose e osteoartrose, diabetes e infecções".[35] Em grande parte dos casos as doenças crônicas podem ser controladas ou minimizadas através da utilização de fármacos e um estilo de vida saudável, que por sua vez reduziria complicações que levariam o idoso a internações e subsequentemente a instalação de outras patologias, que implicariam em maior tempo de permanência durante as internações gerando mais gastos aos cofres públicos.

As doenças crônicas estão diretamente relacionadas com a idade, possui menor incidência nas faixas etárias mais jovens e aumenta progressivamente nas faixas etárias de idade mais avançada. Em 2008 dados obtidos na pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios por declaração de doenças crônicas segundo os grupos de idade e sexo, mostraram que à medida que a população envelhece as doenças crônicas se estabelecem. No grupo etário compreendido entre 0 a 4 anos 9,1 % possuem alguma doença crônica, no grupo etário de 20 a 39 anos temos 22,7%, no grupo compreendido entre 50 a 64 anos temos 65%, já em idosos acima de 65 anos esse valor salta para 79,1 % de pessoas portadoras de doenças crônicas.[36] Se faz necessária uma atuação eficaz nos programas oferecidos na atenção básica de saúde para reduzir de fato estes altos índices de doenças crônicas.

As doenças cardiovasculares possuem inúmeros fatores de risco, que vão desde condições genéticas a questões socioeconômicas, e é responsável por um alto índice de mortalidade e morbidade em todas as regiões do país. No quinquênio compreendido entre 2006 e 2010, observou-se que as doenças cardiovasculares que mais causam óbitos em brasileiros foram "infarto agudo do miocárdio (22,05%), acidente vascular encefálico hemorrágico ou isquêmico (15,86%), insuficiência cardíaca (9,64%) e hipertensão essencial (6,64%)".[37]

As neoplasias foram responsáveis 189.454 mortes em 2013. O mais incidente entre homens e mulheres é o Câncer de pele não melanoma com 29% dos casos, seguido por câncer de próstata com (61.200 novos casos); câncer de mama com

(57.960); cólon e reto com (34.280) e câncer de pulmão com (28.190), entre outros.[38]

As doenças crônicas degenerativas acometem milhares de pessoas em todo o país, e "estima-se que 60% dos problemas de saúde no mundo causados, geralmente, por má alimentação, sobrepeso, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo e, em alguns casos, predisposição genética, estejam relacionados a doenças crônico-degenerativas". Isto ocorre devido às alterações causadas no organismo, provocando modificações que acometem o organismo a nível celular, tecidos, órgãos até atingir todo um sistema. Destacando-se a osteoporose, mal de Alzheimer, reumatismo, artrite.[39]

Entre as principais doenças endócrinas brasileiras podemos destacar como a mais prevalente o Diabetes mellitus, que acomete nove milhões de pessoas no Brasil.[40] Em relação à prevalência do diabetes mellitus no país, percebe-se que a idade está intimamente relacionada à doença, pois observou-se um crescimento de diabéticos a medida que a idade aumenta, com 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos, se elevando para 17,4% na de 60 a 69 anos, que representa um aumento de 6,4 vezes em relação a faixa etária de 30 a 59 anos.[41]

Diante do exposto é possível perceber que mesmo a atenção básica, regulamentada pela portaria 2488 de 21 de outubro de 2011, possuir fundamentos e diretrizes que teoricamente seriam suficientes para a realização de um trabalho de promoção à saúde eficaz,[42] juntamente com a existência da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 que aprova a legislação do idoso, conhecida como estatuto do idoso, que garante seus direitos à saúde e uma política nacional de saúde da pessoa idosa através da portaria GM/MS Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, [42,43] apresentam falhas que interferem nos resultados esperados frente a esta mudança na demografia brasileira. Pois a quantidade de doenças possíveis de se evitar através de uma assistência baseada na promoção e prevenção, com foco no atendimento de forma universal centrado nas necessidades dos usuários e da comunidade é assustadoramente alta.

Em 2008, é criada a portaria GM Nº 154, que dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), como estratégia de ampliação da assistência e resolubilidade na atenção básica. O NASF atua em parceria com as Estratégias Saúde da Família (ESF), tenta atingir a integralidade do cuidado físico e mental dos usuários do SUS, reforça as atividades desenvolvidas pela ESF através da atuação de diversos profissionais em diferentes áreas da saúde,[44] e tem um

papel primordial na complementação da assistência na atenção básica, porém entre os diversos profissionais que o compõe, não há uma assistência de enfermagem, pois o enfermeiro não faz parte dos componentes deste programa.

A atuação do enfermeiro no NASF seria de grande relevância para a complementação da assistência ofertada na ESF, pois a atuação em conjunto aumenta a área de abrangência da assistência de enfermagem, a torna mais eficaz, e diminui a sobrecarga assistencial sobre o enfermeiro da ESF, daria suporte necessário para a implementação de ações tanto na assistência quanto na promoção em saúde e teria como resultado a melhora dos indicadores da assistência na atenção básica, e consequentemente redução das onerações decorrentes dos agravos evitáveis através de uma assistência ampla e com qualidade.

Observa-se uma grande deficiência nos atendimentos primários ofertados a toda a população, gerando reflexo imediato em hospitais cheios de pacientes, que em muitos casos aguarda atendimento em macas ao longo de corredores, devido à falta de local apropriado para realizar os atendimentos,[32] e posteriormente se reflete em uma população idosa com diversos agravos decorrentes de uma vida pouco saudável.

Percebe-se que o aumento de gastos públicos em saúde, principalmente com a saúde do idoso onde há um aumento significativo ano após ano, mesmo com a vigência de tais portarias e lei, se encontra em sérias dificuldades para atingir a meta ao qual foi proposto, indicando a necessidade da realização de uma revisão meticulosa, visando à qualidade do serviço prestado. Outro fator de extrema relevância é a constante desvalorização dos profissionais que estão envolvidos neste processo, principalmente o enfermeiro, que está na linha de frente, que é o responsável pela implantação, realização e avaliação de todas as atividades propostas para promoção, proteção e recuperação da saúde da comunidade e principalmente da pessoa idosa.

Pode-se observar uma grande sobrecarga administrativa e gerencial sobre o enfermeiro e demais membros da equipe, que deveriam atuar como promotores da saúde, porém o que se vê é uma redução no tempo disponível para se realizar um atendimento de qualidade e eficaz. Desta forma ao invés das unidades básicas de saúde trabalharem com uma demanda programada, passam a atender uma demanda espontânea onde os clientes buscam o atendimento depois que a patologia se encontra estabelecida, é possível confirmar isto através do grande

número de portadores de doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão, câncer, diabetes mellitus, entre diversas outras patologias, que poderiam em grande parte serem reduzidas através de ações preventivas.

6 Considerações finais

O Brasil passa por um processo de transição demográfica, processo esse que traz um índice baixo de natalidade e baixa taxa de mortalidade e consequente um envelhecimento da população.

Esse perfil de população traz consigo um problema socioeconômico impactante. Levando em consideração que uma pessoa idosa é mais frágil e suscetível à aquisição de doenças, e que essas doenças em grande parte são crônicas, que muitas vezes deixa sequelas, demandam um tratamento contínuo e constantes internações, o que eleva os gastos públicos em saúde. Isto demonstra que a atenção básica à saúde no Brasil, embora esteja evoluindo, ainda não atingiu em sua totalidade seu principal objetivo, de promover e proteger a saúde.

Observa-se que o enfermeiro possui um papel de grande importância neste processo, pois atua diretamente na promoção em saúde, com capacidade para melhorar a qualidade de vida da população. Porém a falta de condições para se desenvolver ações em saúde com qualidade, interferem na atuação destes profissionais. Diante disso observa-se que o programa de atenção básica em saúde que deveria atuar na promoção à saúde de toda a população de sua área de abrangência, encontra dificuldades para desenvolver sua função primária com êxito.

O Brasil possui políticas públicas teoricamente eficazes para garantia da saúde do idoso sem que as onerações dos cofres públicos sejam tão grandes. Porém o que é visto na prática é uma falha muito grande na implantação destas políticas, e que são necessárias ações para que estas sejam efetivas e promova um serviço de saúde adequado a esta grande parcela da população, e ao mesmo tempo diminua o impacto nos gastos em saúde.

Referências

1. Rigotti JIR. Transição Demográfica. Educ. Real [Internet]. 2012 [Acesso em 2017 fev 17];37(2): 467- 490. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/edreal/v37n2/08.pdf

2. Chaimowicz F, Barcelos EM, Madureira MDS, Ribeiro MTF. Saúde do Idoso. Nescon UFMG [Internet]. 2013 [Acesso em 2017 fev 16];1(2):167. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3836.pdf

3. Portal Brasil. Gastos com saúde alcançaram 8% do PIB em 2013 [Internet]. 2015 [Acesso em 2017 mar 15]. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/saude/2015/12/gastos-com-saude-alcancaram-8-do-pib-em-2013.

4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2017. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação [Internet]. 2017 [Acesso em 2017 fev 21]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/

5. Carneiro LAF, Campino ACC, Leite F, Rodrigues CG, Santos GMM, Silva ARA. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro. Inst. Est. Saúde. Suplementar [Internet].2013 [Acesso em 2017 fev 16]: 107. Disponível em: http://www.iess.org.br/html/1apresentao.pdf

6. Constituição Federal. Art.194 e Art. 196 [Internet]. 1988 [acesso em 2017 fev 27]; Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm

7. Batista AS, Jaccoud LB, Aquino L, El-Moor PD. Envelhecimento e Dependência: Desafios para a Organização da Proteção Social. Mins.Prev.Soc [Internet]. 2008 [acesso em 2017 mac 16]; 28(1). 160. Disponível em: file:///C:/Users/Secretaria/Downloads/PREVID%C3%8ANCIA%20SOCIAL%202008.pdf

8. Melo AF. A Saúde do idoso em 2030: Uma análise prospectiva do gasto público na saúde no Brasil. Fiocruz [Internet]. 2011 [acesso em 2017 mar 17]: 71. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13296/1/483.pdf

9. Duarte LR, Gianinni RJ, Ferreira LR, Mércia ASC, Galhardo SD. Hábitos de Consumo de Medicamentos entre Idosos Usuários do SUS e de Plano de Saúde. Cad. Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [acesso em 2017 fev 18];1(1): 64-71. Disponível em: http://iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_1/artigos/CSC_v20n1_64-71.pdf

10. Ervatti LR, Borges GM, Jardim AP. Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI: Subsídios para as Projeções da População. IBGE [Internet]. 2015 [acesso em 2017 fev 20]: 156. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf

11. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. Epid. Serv. Saúde [Internet] 2012 [acesso em 2017 fev 18];1(1): 539-548. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a03.pdf

12. Simões CCS, Oliveira LAP. O Processo Demográfico Brasileiro. In: IBGE. Atlas nacional do Brasil Milton Santos / IBGE, Diretoria de Geociências. [Internet].2010 [acesso em 2017 fev 26];2(1): 113-141. Disponível em: biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv47603_cap5_pt1.pdf

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Vamos conhecer o Brasil»nossopovo»nupcialidade e fecundidade [Internet]. 2010 [acesso em 2017 mar 19]. Disponível em: http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/nupcialidade-e-fecundidade.html
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060 [Internet]. 2013 [acesso em 2017 mar 22]. Disponível: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm

15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População do Brasil [Internet]. 2004 [acesso em 2017 abr 07]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/30082004projecaopopulacao.shtm

16. Organização das Nações Unidas. OMS: expectativa de vida sobe 5 anos de 2000 a 2015 no mundo, mas desigualdades persistem [Internet]. 2016 [acesso em 2017 abr 02]. Disponível em: https://nacoesunidas.org/oms-expectativa-de-vida-sobe-5-anos-de-2000-a-2015-no-mundo-mas-desigualdades-persistem/

17. Portal Brasil. Expectativa de vida no Brasil sobe para 75,5 anos em 2015 [Internet] 2016 [acesso em 2017 mar 12]. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/governo/2016/12/expectativa-de-vida-no-brasil-sobe-para-75-5-anos-em-2015

18. Morosine L. Informação protege envelhecimento. RADIS [Internet]. 2015 [acesso em 2017 abr 02]. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/149/reportagens/informacao-protege-envelhecimento

19. Lenharo MP. Saúde pública e saúde coletiva: diferenças e semelhanças. Esc. Enfer. USP [Internet]. 2005 [acesso em 2017 mar 15]; 38(17). Disponível em: http://200.144.182.150/aun/exibir?id=1356&ed=115&f=54

20. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Tecnologia da Organização dos Serviços de Saúde [Internet]. 2017 [acesso em 2017 mar 16]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/organiza/index.htm

21. Pedreira RBS, Lobo ML, Medeiros ACM, Sampaio PC, Reis MC, Pinto Junior EP. Hospitalizações por doenças do aparelho circulatório em idosos e estratégia saúde da família. Arq. Ciênc. Saúde[Internet]. 2015 [acesso em 2017 mar 02]; 22(3): 31-36. Disponível em: file:///C:/Users/Secretaria/Downloads/52-1462-1-PB.pdf

22. Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE). Saúde: um mercado voltado cada vez mais à terceira idade. Um análise da feira hospitalar 2014. SEBRAE [Internet]. 2015 [acesso em 2017 mar 22]: 01-44. Disponível em:http://www.bibliotecas.sebrae.com.br/chronus/ARQUIVOS_CHRONUS/bds/bds.nsf/b477103530d2af88e9f019ec007cdfcc/$File/5323.pdf

23. Conselho Federal de Medicina (CFM). Honorários na Tabela SUS: Valores pagos têm perdas de até 1.300% [Internet]. 2015 [acesso em 2017 abr 11].

Disponível: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25564:2015-06-08-19-08-29&catid=3

24. Silva MPP et al. Causas Evitáveis de Internamento em Unidades de Terapia Intensiva. CESUMAR [Internet]. 2013. [acesso em 2017 mar 26];15(2):1518-1243. Disponível em: http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/viewFile/3189/2287

25. Amaral ACS, Coeli CM, Costa MCE, Cardoso VS, Toledo ALA, Fernandes CR. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. Cad. Saúde Publ. [Internet]. 2004 [acesso em 2017 fev 27];20(6):1617-1626. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/20.pdf

26. Maués CR, Rodrigues SMC, Cardoso HC, Cardoso HM, Freire Jr JEB, Ribeiro VC. Epidemiologia de idosos internados na enfermaria de clínica médica de um hospital público. Rev. Para Méd [Internet]. 2007 [acesso em 2017 fev 27]; 21(3): 31-36. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpm/v21n3/v21n3a05.pdf

27. Carvalho et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. Rev. bras. Epidemiol [Internet]. 2012 [acesso em 2017 mar 04];15(4): 817-27. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n4/13.pdf

28. Andrade MA, Silva MVS, Freitas O. Assistência farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. Semina Ciênc. Biol. Saúde [Internet].2004 [acesso em 2017 mar 04];25(1): 55-63. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3626

29. Caliari T, Ruiz RM. Os Gastos Públicos com Medicamentos no Período de 2002 a 2006. RAS [Internet]. 2010 [acesso em 2017 mar 03];12(49): 167-176. Disponível em: file:///C:/Users/Secretaria/Downloads/Os%20gastos%20p%C3%BAblicos%20com%20medicamentos%20no%20periodo%20de%202002%20a%202006%20(1).pdf

30. Portaria 2488 de 21 outubro de 2011. Regulamenta a atenção básica [Internet]. 2011[acesso em 2017 abr 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

31. Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). ONU [Internet]. 1946 [acesso em 2017 mar 28]. Disponível: http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html.

32. Madeiro RCV. Artigo: Crise na Saúde Pública. Rev. Jurídica Consulex. [Internet]. 2013 [acesso em 2017 abr 05]. Disponível em: http://oabce.org.br/2013/08/artigo-crise-na-saude-publica/

33. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde. CONASS [Internet]. 2011 [acesso em 2017 mar 22]; 1(1): 320. Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_5.pdf

34. Portal Brasil. País investe em prevenção a doenças da terceira idade [Internet]. 2012 [acesso em 2017 mar 16]. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/pais-investe-em-prevencao-a-doencas-da-terceira-idade

35. Carlos FSA, Pereira FRA. Principais Doenças Crônicas Acometidas em Idosos. Anais CIEH [Internet]. 2015 [acesso em 2017 mar 17];2(1):05. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD4_SA2_ID2624_11092015161625.pdf

36. IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Distribuição da população residente, por declaração de doença crônica segundo os grupos de idade e sexo – Brasil [Internet]. 2008 [acesso em 2017 abr 02]. Disponível: http://www.ibge.gov.br/graficos_dinamicos/pnad_saude_2008/grafico.php

37. Piuvezam G, Medeiros WR, Costa AVC, Emerenciano FF, Santos RC, Seabra DS. Mortalidade em Idosos por Doenças Cardiovasculares: Análise Comparativa de dois Quinquênios. ArqBrasCardiol [Internet]. 2015 [acesso em 2017 mar 28]; 1 (1): 10. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/2015nahead/pt_0066-782X-abc-20150096.pdf

38. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Números de câncer do Brasil [Internet]. 2016 [acesso em 2017 abr 06]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/wcm/dmdc/2016/numeros-cancer-brasil.asp

39. Leal J. Investigação sobre doenças crônico-degenerativas busca aplicação prática na saúde.Saúde USP Online [Internet]. 2015 [acesso em 2017 abr 09]. Disponível em: http://www5.usp.br/92427/investigacao-sobre-doencas-cronico-degenerativas-busca-aplicacao-pratica-na-saude/

40. Portal Brasil. Diabetes atinge 9 milhões de brasileiros [Internet]. 2015 [acesso em 2017 mar 28]. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/saude/2015/07/diabetes-atinge-9-milhoes-de-brasileiros

41. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Epidemiologia e prevenção do diabetes mellitus [Internet]. 2014 [acesso em 2017 abr 03]. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-tipo-2/001-Diretrizes-SBD-Epidemiologia-pg1.pdf

42. Portaria 2528 de 19 de outubro de 2006. Portaria que institui a atenção À saúde do idoso [Internet]. 2006 [acesso em 2017 abr 14]. Disponível em: http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudedaPessoaIdosa.pdf

43. Lei 10741 de 01 de outubro de 2003. Estatuto do idoso [Internet]. 2003 [acesso em 2017 abr 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm

44. Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família [Internet]. 2008 [acesso em 2017 abr 29]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf