

OLHAR no FUTURO

OBSERVAÇÃO
 POLÍTIAS
 PÚBLICAS
 PESQUISADORES
 BIG DATA
 DETERMINANTES
 ENVELHECIMENTO
 POPULAÇÃO
 PREVALÊNCIA
 SITUACÃO
 DE RUA
 FENÔMENOS
 SOIDINI
 NEGLIGENCIADAS
 DESIGUALDADES
 SOCIAIS
 IDOSOS
 EPIDEMIOLOGIA

Elisa Batalha

Com uma referência ao passado e ao primeiro Congresso Brasileiro de Epidemiologia, há 24 anos, a nona edição do evento, realizada de 7 a 10 de setembro, em Vitória, e chamado de EpiVix, não perdeu de vista o futuro do campo científico e os grandes temas e tendências em Epidemiologia. Ao lado de homenagens aos sanitaristas Cecília Donnangelo, referência na construção do pensamento social em saúde (*Radis* 138) e Sergio Koifman, estudioso do câncer e da epidemiologia ambiental, que morreu este ano, o EpiVix abriu espaço para discutir o uso de grandes volumes de dados (*big data*), provenientes de bases eletrônicas, e sua aplicação no universo epidemiológico. Com os olhos no futuro, o evento discutiu também o envelhecimento da população e o impacto dos determinantes sociais sobre a saúde dos idosos, tema de conferência de Michael Marmot, professor de Epidemiologia e Saúde Pública da University College, em Londres, uma das presenças mais esperadas do congresso (ver matéria na pág. 24). Políticas de saúde e seus impactos e as populações negligenciadas também estiveram entre os temas em debate.

Na conferência *Usos de Big Data em Epidemiologia*, a pesquisadora brasileira radicada em Londres Laura Rodrigues, observou que 90% dos dados existentes hoje no mundo foram criados nos últimos dois anos. Esse volume de informação, captada de usuários da internet, proveniente de ferramentas de busca como o Google, de mídias sociais, de cartões de supermercado e telefones celulares já estão sendo usados em saúde pública, trazendo uma oportunidade sem precedentes para a produção de conhecimento em Epidemiologia, explicou Laura. São dados eletrônicos em escala de terabytes, bancos de dados grandes, individuais e estruturados, utilizados em sua totalidade, monitorados em tempo real, que trazem informação

sobre o cotidiano das pessoas e seus hábitos. “Isso pode ser feito e já começou. Já existem pesquisas desse tipo para responder perguntas de saúde pública”, informou ela, para quem a utilidade das informações “é indiscutível”.

Como exemplo, ela citou tuítes e buscas sobre dengue ou sintomas da gripe que coincidem ou antecedem os picos de casos registrados. “Palavras-chave de busca e tuítes podem ser usados como modelo de vigilância”, observou. Laura lembrou estudos emblemáticos a partir de *big data*, que desfizeram mitos, como o realizado na Dinamarca, sobre a associação do uso de telefone celular à incidência de câncer no cérebro. Toda a população do país pôde ser analisada, utilizando-se todos os cadastros de telefones móveis, fornecidos pelas duas operadoras de telefonia nacionais. Ao mesmo tempo, todos os 10,5 mil casos de tumores registrados foram analisados. No cruzamento dos dados, a incidência da doença entre usuários e não usuários de celulares não se mostrou significativamente diferente. Outro trabalho, nos Estados Unidos, envolveu a relação entre reposição hormonal e câncer de mama, e chegou à conclusão de que os fatores estavam, sim, relacionados, levando a uma prescrição com maior cautela do tratamento hormonal.

SAÚDE E SOCIEDADE

Laura mencionou ainda a recente crise de confiança surgida na Europa em relação à vacina tríplice viral (contra sarampo, rubéola e caxumba), que exigiu estudo em larga escala para reiterar a segurança e eficácia da vacinação. “Esses estudos dissolvem a fronteira entre saúde e sociedade”, considerou. Ela mencionou, ainda, os dados provenientes de registros sobre pacientes nos equipamentos eletrônicos de saúde, os testes de laboratórios, prescrições e diagnósticos, que já são adicionados a grandes bancos de dados, em tempo real em alguns países. “Essa tendência em Epidemiologia leva em consideração não apenas a escala, mas também a complexidade da sua interpretação”, ponderou ela, para quem os desafios envolvem tecnologia, métodos e capacitação, confidencialidade e consenso social.

No caso do Brasil, Laura apontou que o SUS – e, dentro dele, o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) – e diversas instituições, como o IBGE, produzem dados em larga escala, que podem ser aproveitados em pesquisas que exploram *big data*. Os usos possíveis listados pela epidemiologista incluem estudos de eventos adversos de medicamentos, avaliação de impacto de políticas e programas; estudos de doenças raras e exposições a substâncias e agentes, carga de doenças, planejamento de serviços e ensaios clínicos.

RICOS E POBRES

A crítica ao conceito de cobertura universal de saúde, proposto na Assembleia Geral das Nações Unidas em 2012 também mobilizou os participantes do evento (ver, ainda, matéria na pág. 32). Conforme explicou o conselheiro consultivo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), José Noronha, a

proposta promete dar acesso a serviços de saúde, mas separando ricos de pobres, de acordo com sua capacidade de pagamento: os que podem pagar teriam acesso a um número maior de serviços, enquanto a classe média e os mais pobres teriam acesso a uma cesta com serviços considerados básicos.

“Poderia ser apenas mais um documento declaratório, não fosse o interesse alargado do círculo do pensamento conservador”, reforçou Noronha, autor do artigo *Cobertura Universal de Saúde – como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios*, publicado no periódico *Cadernos de Saúde Pública*, em 2013. Para ele, trata-se de deturpação dos preceitos de direito dos cidadãos à saúde, idealizado desde a década de 1970 na Conferência de Alma Ata, que teriam por trás interesses liberais baseados na defesa dos lucros das empresas privadas e do mercado.

PALIATIVO

“A Organização Mundial da Saúde e a Organização Panamericana da Saúde querem alcançar bem menos do que o SUS já garante a todos os brasileiros”, concordou o professor Luiz Augusto Facchini, ex-presidente da Abrasco, que enxerga, no entanto, alguns méritos no debate. “Onde não há qualquer tipo de sistema de saúde, como em alguns países da África, garantir pelo menos alguns procedimentos, ou insumos de saúde pode ser um grande avanço. Mas isso não cria sistemas, nem redes de saúde, não apoia o desenvolvimento – é uma espécie de cuidado paliativo”, afirmou.

Ele vê contradições na proposta. “Há um razoável consenso entre os países da região das Américas sobre a necessidade de ampliar a cobertura de serviços de saúde, incluindo especialmente as populações mais pobres e vulneráveis. Apesar disso, há, no mínimo, uma grande dúvida sobre como garantir a cobertura da população e de suas necessidades de saúde: como universalizar sem fragmentar e segmentar?”. Para Facchini, o Brasil tem muito a contribuir no cenário internacional com a discussão. “A universalização da Estratégia Saúde da Família pode ser uma boa lição para o debate”.



FOTO: COMUNICAÇÃO/ABRASCO

SAIBA MAIS

Sobre o EpiVix

www.abrasco.org.br/site/congressos-eventos/congresso-brasileiro-de-epidemiologia

Laura: volume de dados captados da internet e outros meios digitais traz oportunidades sem precedentes produção de conhecimento em saúde



FOTO: AGÊNCIA BRASIL

Idosos: dados mostram que Idade não é igual a doença e que condições sócioeconômicas são fator de impacto sobre a qualidade de vida

Viver mais, com mais saúde

Garantir anos de vida saudável é um objetivo que não depende apenas do setor Saúde para ser alcançado, uma vez que está relacionado, em grande medida, com determinantes sociais. “Um idoso saudável é um recurso para a família, a comunidade e a economia”, aponta relatório de 1996 da Organização Mundial da Saúde, sobre envelhecimento, indicando a necessidade de se conhecer o que tem impacto sobre os idosos. A preocupação foi discutida em diferentes e concorridos momentos do Congresso de Epidemiologia.

“Os idosos, em sua maioria (dois terços), estão bem de saúde. Os dados não sustentam a ideia de que idade é igual a doença. As condições socioeconômicas são um determinante muito importante, e o fator renda mostrou-se associado a melhor estado de saúde”, analisou o pesquisador Michael Marmot, que proferiu a palestra *Determinantes Sociais de Saúde: avanços pós-Rio+20* e participou da mesa-redonda *Grandes estudos de coorte sobre envelhecimento*.

Marmot lidera o estudo britânico *English Longitudinal Study of Ageing* (Elsa), o maior do seu país sobre envelhecimento e que serve como referência para pesquisas semelhantes, inclusive no Brasil. “Os dados mostram uma diferença de 17 anos na expectativa de vida livre de incapacidades, entre os mais ricos e os mais pobres na Inglaterra. Assim, quanto melhor a renda, mais saudáveis estarão os idosos – *wealthier healthier*”, disse Marmot, fazendo um trocadilho em inglês, com os termos *mais rico* e *mais saudável*. “Quando falamos em saúde e envelhecimento queremos dizer permanecer vivos, evitar doenças, ter bem estar e saúde mental”.

EVITAR O ISOLAMENTO

Além da renda, observou Marmot, outros fatores têm influência direta na saúde dos mais velhos, como participação social e autonomia nas decisões. “As iniquidades não são inevitáveis, e não são apenas responsabilidade do setor de saúde. Transporte público eficiente, por exemplo, mostrou-se importante para evitar o isolamento social dos idosos, que por sua vez tem impacto sobre a mortalidade”, especificou Marmot, que é presidente da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, instituída pela Organização Mundial da Saúde. “Não há poção mágica: toda sociedade e todos os setores do governo estão implicados na questão do envelhecimento”.

Na mesa-redonda, foram expostos, além de resultados do Elsa, os de outros dois grandes estudos de dimensão nacional sobre a saúde dos idosos: o americano *Health and Retirement Study* (HRS) e o europeu *Study of Health, Ageing and Retirement* (Share), com um recorte referente a dados de Portugal, tornando possível a comparação entre as situações dos idosos nos três países. Uma preocupação dos três estudos foi buscar entender a relação entre aposentadoria e saúde. Aposentar-se mais cedo ou mais tarde traz que tipo de impacto? Seria benéfico ou prejudicial? As respostas que começam a aparecer, no entanto, são mais complexas.

“Há um risco de ficar socialmente isolado quando a renda cai muito ao se aposentar”, avaliou Marmot, reiterando que o isolamento social é fator de adoecimento para os idosos – “mais do que o tabagismo”. Ele discutiu, ainda, o que leva as pessoas a desejarem sair da ativa. “A qualidade do trabalho

impacta na idade da aposentadoria pretendida. Se o trabalho tem alto esforço e baixa recompensa, isso leva as pessoas a se aposentar mais cedo” explicou.

PARA TRÁS

O pesquisador David R. Weir, da Universidade do Michigan, Estados Unidos, apresentou dados do estudo americano, um inquérito sobre os idosos do país, iniciado em 1990. “A saúde nos Estados Unidos está ficando para trás”, apontou. Não há explicação simples, mas fatores como obesidade, história de tabagismo e o fato de não existir um sistema nacional de saúde contribuem para essa piora na saúde dos americanos, afirmou Weir.

O HRS funciona por meio de entrevistas realizadas a cada dois anos e que avaliam a saúde, dados antropométricos (como peso e altura), utilização dos serviços de saúde, histórico como força de trabalho, status econômico e estrutura familiar, além de outros aspectos, como pressão sanguínea, medições de desempenho físico e questionário psicossocial. Muitas informações são dadas por familiares, quando o idoso não está em condições de responder. Queremos observar as transições e escolhas enquanto as pessoas envelhecem e o mundo muda. Para isso, foi necessária contínua inovação e adaptação da própria pesquisa às novas tecnologias”, afirmou.

A pesquisa não tem apontado para um envelhecimento com qualidade. “A expectativa de vida dos norte-americanos está agora pior e não avança tão rapidamente quanto em outros países desenvolvidos. As doenças crônicas são cada vez mais comuns e aparecem em idades mais precoces”, ressaltou Weir, citando também o relatório *Shorter lives, poorer health – US health in international perspective*, publicado em 2013, pelo Conselho Nacional de Pesquisas e pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos.

Os dados da coorte portuguesa do estudo Share foram apresentados pela pesquisadora Alice Delerue Matos, da Universidade do Minho. Ela mostrou que a população portuguesa está envelhecendo mais rápido do que a de outros países europeus, e que a crise econômica recente agravou problemas decorrentes do envelhecimento da população. “Desde 2008, houve menos aposentadorias. A crise teve impactos negativos na saúde, especialmente em áreas com o desemprego em alta, e afetou particularmente as pessoas com menos escolaridade, menor renda, e saúde pior, além das mulheres solteiras”, enumerou.

Fatores culturais e de gênero refletem nos fatores de impacto sobre a qualidade de vida. A qualidade de vida dos homens recém-aposentados dependeu do número de atividades sociais, do contato diário com membros do seu entorno social, e do número de membros dessa rede de contatos. Para as mulheres recém-aposentadas, a qualidade de vida dependeu menos do contato diário e do número de pessoas com quem tem vínculos sociais, e mais do apoio emocional obtido por essa rede. As diferenças culturais também fizeram com que esse aspecto variasse muito em diferentes países europeus. “Em alguns países, a família conta mais como apoio emocional, e em outros, menos”, resumiu.

Os familiares cuidadores que moram com

FOTO: COMUNICAÇÃO ABRASCO



idosos tiveram maiores perdas de índices de qualidade de vida do que os não cuidadores ou os que não residem no mesmo ambiente. “Isso leva a maior risco de depressão, como a apontada entre os cuidadores portugueses”, ressaltou a pesquisadora. Grande parte dos cuidadores tem mais de 50 anos. É importante que a pesquisa diferencie a idade e o tipo de atenção oferecida pelo cuidador (por exemplo, se mora junto ou não) para ajudar a formular políticas que cubram necessidades específicas dos vários tipos de cuidadores não profissionais.

TRATAMENTO DA DEMÊNCIA

Os três estudos levaram em consideração a prevenção e tratamento da demência, fator importante para a qualidade de vida dos idosos. O assunto foi também tema de palestra da pesquisadora Cleusa Ferri, da Unifesp. Caracterizada pela perda cognitiva progressiva e sem cura, a demência não é exclusiva dos idosos, mas a partir dos 65 anos, a cada cinco anos a mais de idade, a incidência dobra. Acima dos 85 anos, mais de 40% das pessoas têm algum grau de demência. “O número total de pessoas afetadas vai passar de 15 milhões em 2050, se os índices se mantiverem. É a condição mais relacionada com a dependência de cuidados de outra pessoa. O custo estimado dos cuidados com atendimento das pessoas com demência equivale a 1% do PIB mundial”, observou Cleusa.

No Brasil, são cerca de 21 milhões de pessoas acima dos 60 anos. As cidades com maior percentual de população idosa são Rio de Janeiro, com 12%, e Porto Alegre, com 11%. “A notícia boa é que mesmo as mudanças de comportamento e de hábitos que ocorrem depois dos 60 anos trazem benefícios para evitar a perda de habilidades”, lembrou.

A desigualdade em habilidades cognitivas também está relacionada a desigualdades econômicas e de saúde. O HRS mostrou, por exemplo, que, nos Estados Unidos, trabalhar por mais tempo diminuiu o ritmo da perda cognitiva em idosos. A pesquisa apontou ainda que as famílias arcam com a maior parte dos custos com os cuidados relacionados à demência. Em segundo lugar, vem o mercado privado e, em último, o governo. O estudo incluiu no cálculo as horas de serviço não remunerados prestados pelos próprios familiares. David Weir fez algumas críticas à ausência de um serviço de saúde universal nos EUA. “O *Medicare* (sistema de saúde) americano, até 2006, não cobria medicação prescrita, e até hoje não dá cobertura a pessoas que se aposentam antes dos 65”, afirmou.

Marmot: iniquidades não estão apenas no setor Saúde, e problemas como transporte público ineficiente podem levar a isolamento social dos idosos



População de rua e falta de perspectivas: 33% estão há mais de cinco anos nessa situação e 11% não têm planos de sair

Atenção à população negligenciada

Moradores de rua, quilombolas, migrantes e indígenas. As questões específicas de saúde dessas populações ainda são pouco conhecidas. Estudos apresentados em mesa-redonda sobre o tema *Populações negligenciadas* procuraram jogar luz sobre o que afeta os menos visíveis. O pesquisador Manuel Carlos Ribeiro, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, apresentou o censo da população de rua da capital paulista. Chamou a atenção o crescimento dessa população, de 65%, em 10 anos. Realizado pela prefeitura em 2011, o trabalho contou 14.478 indivíduos. Desses, 47% dormiam em logradouros públicos (calçadas, praças, viadutos), a maior parte no centro da cidade, enquanto 53% pernoitavam em albergues municipais ou filantrópicos.

“Uma das dificuldades do estudo foi a de acessar essa população. No quesito gênero, 11% dos recenseados foram incluídos na categoria *sem informação*. “Viver em situação de rua é um problema que ultrapassa a falta de moradia. Ter uma casa significa ter raízes, identidade, segurança, sentimento de pertencimento e um lugar de bem estar emocional”, explicou o pesquisador.

Entre as alegações para viverem na rua ou em albergues estavam ficar perto do local onde faziam

tratamento de saúde (10%) ou do local de trabalho (3,2%). Segundo Manuel Carlos, a situação de rua leva muitas vezes a um processo de cronificação. Uma parcela dessa população não vê melhores perspectivas de vida: 33% estão há mais de cinco anos na rua e 11% não têm planos de sair.

Ele observou, ainda, que nem todos os moradores de rua estão desempregados. “Existem casos de pessoas que têm renda de 1 a 3 salários mínimos e, mesmo assim, se encontram em situação de rua”, disse, acrescentando que 63% afirmaram estar nessa situação por não ter condições financeiras, 32%, por não ter família para conviver, e 14,7% porque foram expulsos de casa.

O pesquisador lembrou o decreto 7.053/2009, que instituiu a política nacional para esse segmento. O desafio, concluiu, é desenvolver projetos norteados pela integralidade, articulando políticas de assistência social e saúde, e aprimorar o reconhecimento das necessidades específicas deste grupo.

IMIGRANTES BOLIVIANOS

Manuel Carlos abordou também os problemas enfrentados por imigrantes bolivianos, na cidade de São Paulo, alvo de doenças negligenciadas,



FOTO: TÂNIA REGO/ABR

panorama da saúde indígena apoiado em dados do Censo de 2012 e do Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição do Povos Indígenas, de 2010 (Radis 97).

Segundo ele, a demarcação de terras que vem sendo feita não é adequada. “São terras pequenas que não permitem viver de subsistência, e há também populações levadas para terra que não é a de origem, o que acarreta perda de contato com a ancestralidade, importante em muitas culturas”. Coimbra lembrou que o país tem cerca de 300 grupos étnicos, que falam mais de 200 línguas e com diferentes sistemas políticos e religiosidade.

O primeiro censo que incluiu a categoria indígena, apontou, foi o de 1990. “Antes disso, a política via o índio como alguém que precisava aprender a ser branco, e como força de trabalho de reserva”. O Censo de 2000 trouxe um avanço para os registros, a autodeclaração e o registro por etnia, que ajuda a reduzir a visão de *índio genérico*.

Segundo ele, no entanto, ainda é necessário melhorar a qualidade dos registros sobre a saúde dessa população. “O Brasil é o país da América Latina com o sistema mais sofisticado de informação em saúde, mas o índio entra com enormes problemas de interpretação dos dados. Há disparidades do próprio estado na obtenção de informações. Estamos muito distantes do subsistema de saúde indígena. Observamos separação entre paciente indígena e não indígena dentro de unidades de saúde”, observou.

As populações indígenas em geral apresentam, segundo ele, desafios especialmente para a área de saúde materno-infantil. “Essa área deveria ser dominante no cenário de saúde indígena. A taxa de fecundidade é maior do que a da população não indígena”, destacou. A mortalidade infantil é muito mais alta (mais de 40 casos para mil habitantes) do que na população urbana (14 para mil), o mesmo ocorrendo com dados de anemia, hospitalização por diarreia e problemas respiratórios. Em alguns casos, desnutrição crônica e mortalidade infantil atingem situações extremas (80 casos para cada mil), “comparáveis à de Angola e Moçambique durante a Guerra Civil, ou do Brasil no início do século XX”.

como Chagas, malária e tuberculose. Geralmente de origem rural, a maior parte vinda da região da cidade boliviana de Santa Cruz de La Sierra, apontou Manuel Carlos, os imigrantes começaram a chegar à capital paulista a partir da década de 1980. O censo registra 20 mil pessoas, mas a Pastoral do Migrante e a Polícia Federal estimam que os bolivianos somem de 80 mil a 200 mil. Trabalham principalmente na indústria de confecção.

A partir de informações colhidas com 183 bolivianos inscritos na Estratégia Saúde da Família – “a unidade de saúde é um espaço para pesquisa em populações negligenciadas, das quais se têm pouco registro ou se sabe pouco”, explicou o pesquisador – observou-se que 63% recebem de um a três salários mínimos e tem nível médio de escolaridade (67%); 97% têm trabalho remunerado, mas a maior parte trabalha de maneira informal.

Os entrevistados, em sua maioria (65%), disseram considerar sua situação de saúde regular, alegando problemas como violência, incluindo violência sexual, e discriminação. Ao lado das doenças negligenciadas, também aparecem nessa população dependência química, questões de saúde reprodutiva e problemas decorrentes do trabalho precário.

SAÚDE INDÍGENA

A negligência com as populações indígenas foi abordada pelo pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) Carlos Coimbra Jr. “A negligência começa com a usurpação de terras”, apontou, apresentando

ANEMIA E QUILOMBOLAS

O pesquisador Haroldo Ferreira, da Universidade Federal de Alagoas, falou sobre as comunidades remanescentes de quilombos, citando o estudo *Diagnóstico de nutrição e saúde da população remanescente de quilombos do estado de Alagoas*, de 2008, segundo o qual a anemia é grave problema de saúde pública nessa população. O estudo mostrou alta prevalência de risco de inadequação alimentar no que diz respeito a micronutrientes, como zinco, folato, ferro e vitaminas A e C. O pesquisador ressaltou a desigualdade de renda e de escolaridade entre a população remanescente de quilombos em relação à população geral: 60% têm renda que corresponde às mais baixas rendas da população e 75% dos chefes de família quilombolas têm até quatro anos de estudo. 