

Sobre Determinantes da Saúde¹

Os factores que influenciam, isto é, que afectam ou determinam a saúde dos cidadãos e dos povos têm sido ultimamente analisados por diferentes Escolas e instituições, nomeadamente pela Comissão Europeia. São, em regra, designados, simplesmente, por determinantes da saúde.

Estima-se que 70% dos determinantes estejam fora do sector da saúde, o que implica que sejam tidos em consideração nos planos e programas que visam a obtenção de mais ganhos em saúde.

Para facilitar a compreensão dos determinantes da saúde tem sido frequente agrupá-los nas seguintes categorias: fixos ou biológicos (idade, sexo, factores genéticos); sociais e económicos (pobreza, emprego, posição socioeconómica, exclusão social); ambientais (*habitat*, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social); estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual); acesso aos serviços (educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer).

Todos os determinantes mencionados influenciam, num ou noutro sentido, o estado de saúde individual, familiar ou comunitário. Se é certo que o sentido dessa influência é compreensível, já tem sido difícil ponderar o peso específico de cada um deles.

Ao contrário do que muitos acreditavam, há, hoje, a tendência para valorizar o próprio sistema de saúde naquele conjunto.

De entre os determinantes da saúde, os estilos de vida saudáveis ocupam um lugar de relevo pela aparente facilidade que apresentam na obtenção de mais ganhos em saúde.

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde, no seguimento de iniciativas anteriores, propôs uma estratégia global para a alimentação, o exercício físico e a saúde, reconhecendo que as doenças crónicas não transmissíveis representavam 60% de todas as causas de morte e que eram geradoras de 47% dos encargos gerais com a saúde. Situação que, no entanto, exhibe uma preocupante tendência para se acentuar, na medida em que no ano 2020 estima-se que aquelas percentagens subam, respectivamente, para 73% e 60%.

Ainda no contexto do sistema das Nações Unidas (OMS e ONU, em particular), mais recentemente, foi dado um novo impulso aos programas que têm por objectivo controlar a curva epidémica traduzida pelos aumentos constantes de incidência e prevalência de doenças crónicas não transmissíveis (*NCDs*, na sigla inglesa) como a diabetes, as doenças cerebrocardiovasculares, o cancro e as doenças respiratórias crónicas, entre outras.

¹ Texto adaptado e resumido baseado num capítulo da publicação intitulada “Histórias de Saúde Pública” escrito pelo Autor e editado pelos Livros Horizonte (2004).

Em Portugal, em 2010, os subscritores da *Declaração para uma Vida Melhor* enumeram seis prioridades inadiáveis na perspectiva da prevenção e controlo das doenças crónicas: o acesso aos serviços, a literacia, a alimentação, o exercício físico, bem como a redução do tabagismo e a diminuição do consumo de álcool.

A má alimentação e a inactividade física explicam, em grande parte, aquela tendência crescente, uma vez que estão, comprovadamente, relacionadas com o aumento dessas doenças e que estão, igualmente, na origem de incapacidades e de mortes prematuras evitáveis.

No plano epidemiológico podem distinguir-se duas dimensões (fases), se bem que intimamente inter-relacionadas. A primeira refere-se aos factores de risco citados e a segunda às doenças crónicas determinadas por aqueles factores: doenças cardiovasculares, diabetes, cancro, doenças respiratórias, obesidade e doenças osteoarticulares. São doenças com expressão epidémica que exibem curvas não só crescentes como descontroladas. Muitas têm como denominador comum o facto de estarem associadas a comportamentos.

Constituem graves problemas de saúde pública. São as principais causas de morte prematura – morte “antes do tempo”, isto é, antes dos 70 anos de idade.

Uma vez que há, agora, evidência sobre as relações causa-efeito daqueles factores de risco e das doenças crónicas assinaladas, é preciso, rapidamente, desenvolver a área da prevenção na perspectiva de impedir cenários futuros ainda mais graves.

Insiste-se na necessidade em mudar a alimentação no sentido da promoção da saúde e da prevenção das doenças. Essas mudanças implicam, essencialmente, assegurar o balanço energético e peso do corpo equilibrados, limitar o consumo de gorduras, dando preferência às insaturadas, aumentar o consumo de fibras (vegetais e frutas), reduzir os açúcares e o sal.

Sobre a adopção de comportamentos saudáveis, em especial no que respeita à alimentação equilibrada, o investimento terá que privilegiar a Escola, visto que, em adultos, é mais improvável conseguir “mudanças” imediatas dos comportamentos, colectivamente aceites. A dificuldade é duplamente agravada, por um lado porque há riscos invisíveis e silenciosos (dislipidémias e hipertensão arterial) e por outro por exigirem aquelas alterações do comportamento (em especial no que se refere à alimentação).

A promoção de estilos de vida saudáveis tinha, já em 2004, sido considerada uma das prioridades cimeiras. Para o efeito foi publicado o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida que tem como objectivo geral:

“reduzir a prevalência de factores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar a prevalência de factores de protecção,

relacionados com os estilos de vida, através de uma abordagem integrada e intersectorial”.

O Programa apresentava como objectivos específicos:

“reduzir a proporção de fumadores; aumentar o número de espaços públicos livres de fumo de tabaco; aumentar a proporção de população fisicamente activa (pelo menos trinta minutos diários de actividade física moderada); reduzir o consumo de sal (menos de 5 g/dia); reduzir a prevalência de excesso de peso e obesidade (IMC>25); aumentar o consumo adequado de frutos, legumes e vegetais (pelo menos 400 g/dia); reduzir o consumo total de gorduras para valores entre 15% a 30% da ingestão calórica diária; reduzir o consumo excessivo de gorduras saturadas (< 10% da ingestão calórica diária); reduzir o consumo excessivo de gorduras trans (< 1% da ingestão calórica diária) e reduzir a prevalência de consumidores excessivos de álcool (< 16 g de etanol/dia nas mulheres e 24 g/dia nos homens)”.

Há, compreende-se, em termos de prevenção secundária, que alargar o acesso ao diagnóstico precoce das dislipidémias (eminentemente laboratorial) e da hipertensão arterial (clínico).

No que respeita aos riscos que as dislipidémias representam, nos últimos anos, tem havido maior exigência nos limites considerados aceitáveis para os teores das gorduras analisadas no sangue: triglicéridos (até ao máximo de 140 mg/dl), colesterol total (inferior a 190 mg/dl), colesterol HDL (acima de 45 mg/dl) e colesterol LDL (até 115 mg/dl).

A prevenção e o controlo das dislipidémias impõem, sobretudo, a promoção de exercício físico e correcção dos hábitos alimentares, em regra centrada nas restrições do consumo de gorduras de origem animal e do consumo abusivo de álcool. Por outro lado, novos medicamentos quimio-preventivos têm demonstrado eficácia protectora em relação aos riscos de acidentes cardio ou cerebrovasculares (como as estatinas e a aspirina prescrita em doses baixas).

A Direcção-Geral da Saúde emitiu normas sobre o diagnóstico, tratamento e controlo da hipertensão arterial, por um lado e, por outro, sobre o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares.

No que respeita ao exercício físico considera-se essencial que cada indivíduo faça, pelo menos, trinta minutos de marcha regular diariamente.

Francisco George

Lisboa, Setembro de 2011

[Publicado a 11 de março de 2014, em www.dgs.pt]