



Estado
de Todos
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

BOLETIM

EPIDEMIOLÓGICO

Nº 3

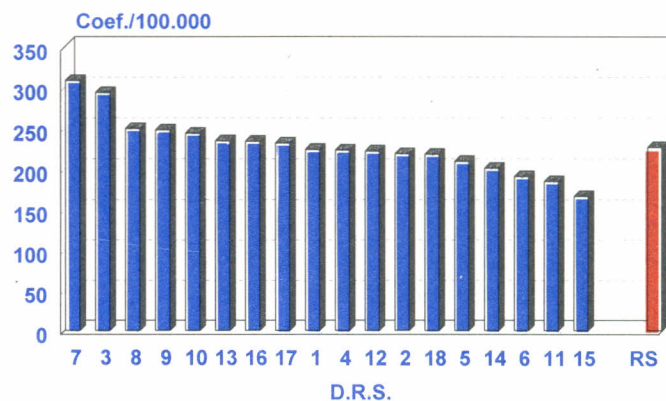
JANEIRO

1998

DOENÇAS DO APARELHO CARDIOVASCULAR NO RIO GRANDE DO SUL - 1993 a 1995 -

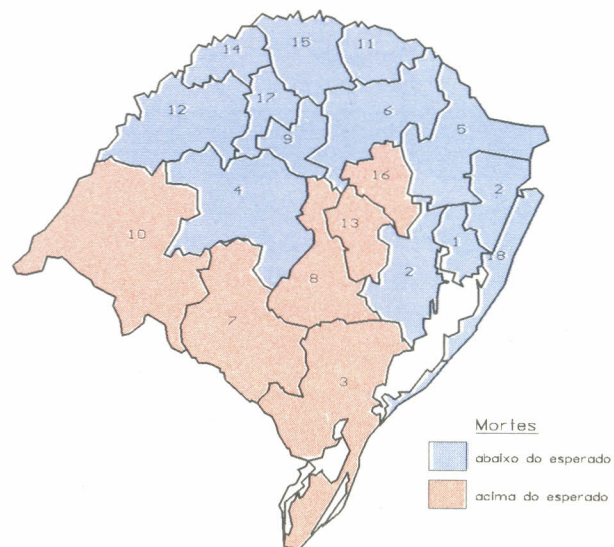
As doenças cardiovasculares ocupam o primeiro lugar como causa de mortalidade no Rio Grande do Sul. No entanto, ao distribuir-se o coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho cardiovascular, por Delegacias Regionais de Saúde, se observa que a distribuição não é homogênea. A 7ª, 3ª, 8ª, 10ª, 13ª, 16ª e 17ª DRS apresentam coeficientes acima do coeficiente médio para o Estado (223,6/100.000) no período de estudo (1993, 1994 e 1995). (Gráfico 1). Aplicou-se a metodologia de detecção de grupos de risco sugerida por Dever¹ em que se compara o número de mortes ocorridas com as esperadas, e se verifica se a diferença é significativa. Observou-se que nas Delegacias Regionais de Saúde que estão acima da média, o número de mortes ocorridas em relação ao esperado é significativo na 7ª, 3ª, 8ª, 10ª, 13ª e 16ª (Mapa). Assim, caberia uma investigação epidemiológica adicional nestas DRSs, comparada às demais no sentido de buscar explicações para essas diferenças, tais como, correção no diagnóstico, associação com hábitos alimentares, acesso aos serviços de saúde, etc. (Ver Declaração de Gramado)

Gráfico 1- COEFICIENTE DE MORTALIDADE MÉDIO POR DOENÇAS DO APARELHO CARDIO-VASCULAR POR D.R.S. RIO GRANDE DO SUL 1993, 1994 e 1995



Fonte: NIS/SSMA

Mapa- MORTES POR DOENÇAS CARDIO VASCULARES, POR DELEGACIA REGIONAL DE SAUDE RIO GRANDE DO SUL, 1993 A 1995



¹DEVER, ALAN, G.E-A *Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde*. PROHASA, S. Paulo, 1988.

Painel Custo da Assistência Médica

A Visão da Saúde Pública

Sob a promoção e coordenação da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, estiveram reunidos, dia 13/11/97, na sede da AABB em Porto Alegre, 50 profissionais da área da saúde para discutir o custo da assistência médica sob a ótica da saúde pública. Os painelistas foram: dr. Eduardo Guerrero (OPS-Brasília), dr. João Carlos Goldani (SSMA-RS), dr. Roberto Schlindwein (SSMA-RS), dr. Jorge Roberto Cantergi (Unimed-Porto Alegre), dr. Carlos Isaia (SSMA-RS) e dr. Aloysio Achutti (SSMA-RS).

Os participantes reuniram-se em grupos de trabalho e chegaram às seguintes conclusões e recomendações:

1. Em relação ao financiamento e aos gastos com assistência à saúde (esta expressão sendo preferível à menos abrangente assistência médica), concluiu-se que a anatomia da despesa pública e privada com a saúde precisa ser melhor estudada. Das informações disponíveis, depreende-se que, no Brasil, gasta-se com saúde pouco e mal.
2. Em relação às distorções nos gastos com assistência à saúde, algumas causas foram apontadas:
 - O médico funciona como o principal ordenador de despesas na área. Contudo,

não é adequadamente treinado para isto, e, de sua atuação, decorrem gastos exagerados – em exames complementares e procedimentos vários. No entanto, não compete somente aos profissionais a vigilância sobre custos. Isto é uma atribuição de toda a sociedade;

- A universidade não está cumprindo seu papel na formação de recursos humanos atentos à questão de custos;
 - Atualmente, o especialista funciona como porta de entrada para o sistema de saúde, o que também contribui para a elevação dos custos.
3. Como racionalizar os gastos em saúde?
 - O modelo de assistência à saúde deve ter base epidemiológica;
 - Com base nos dados epidemiológicos, as prioridades devem ser claramente definidas;
 - O sistema de atenção à saúde deve ser hierarquizado, estruturado em termos de complexidade crescente, com referência e contra-referência;
 - As ações de saúde devem ser desenvolvidas de forma programática, introduzin-

do normas técnicas (protocolos ou “guidelines”), inclusive e principalmente nos procedimentos de alta complexidade e, portanto, de maior custo;

- Ênfase deve ser conferida às ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, desenvolvidas preferencialmente no marco da família e da comunidade;
 - A tecnologia a ser utilizada deve ser simples, eficiente, barata;
 - Deve-se buscar a máxima extensão de cobertura e a participação da comunidade nos programas de saúde;
 - Estímulos devem ser conferidos às atividades prioritárias – por exemplo, um índice de valorização ambulatorial que remunere os profissionais levando em conta a resolutividade;
 - Tudo isto implica treinamento, reciclagem e supervisão dos recursos humanos. Programas como os desenvolvidos na Vila S. José do Murialdo (SSMA), no Grupo Hospitalar Conceição e pela Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social de Porto Alegre (SMSSS) e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS, desenvolvido pela SSMA em colaboração com os municípios) são exemplos neste sentido;
 - Também foram citados como exemplos de iniciativas capazes de conter custos os Pólos Regionais de Saúde, com hospitais regionais (aqueles com mais de 150 leitos deveriam ter UTI) e os consórcios de municípios.
4. É indispensável a parceria entre setor público e setor pri-

vado na saúde. Há no relacionamento dois setores. O setor tem escassa atuação na promoção da saúde e de doenças. De outro lado, o setor público está com as despesas com procedimentos de alto custo, diálise, tratamento, órteses e próteses, dispositivos cardiovasculares. O setor privado é coberto pelo setor público, ajustando-se aos programas deste último. O setor privado também elimina problemas de relacionamento dentro do próprio setor: demandas judiciais não levam em consideração as prioridades da saúde pública, gerando grandes custos.

5. A municipalização é um processo que mas é preciso corrigir as seguintes:

- Atribuições foram dadas aos municípios, não os recursos;
- Há um processo de transferência, pelo qual o município limita-se a seus municípios. As ações de saúde não estão sendo repensadas em nível estadual.

Foi mais uma vez dada a necessidade de controle e também de controle por parte dos conselhos municipais de saúde.

6. Numa avaliação próxima concluiu-se que os problemas detectados continuarão a existir com diminuição da produtividade. Mas o processo de mudança não está sendo realizado. Por isso é possível que pela municipalização, os municípios não consigam representar a maior na assistência

EXPEDIENTE

O Boletim Epidemiológico é um órgão de informação técnica em saúde, editado pela Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul.

Consultor Técnico: Dr. Airton Fischmann

Jornalista responsável: Luiz Gonzaga Gonçalves, reg. profissional 3794/RS

Tiragem: 5.000 exemplares

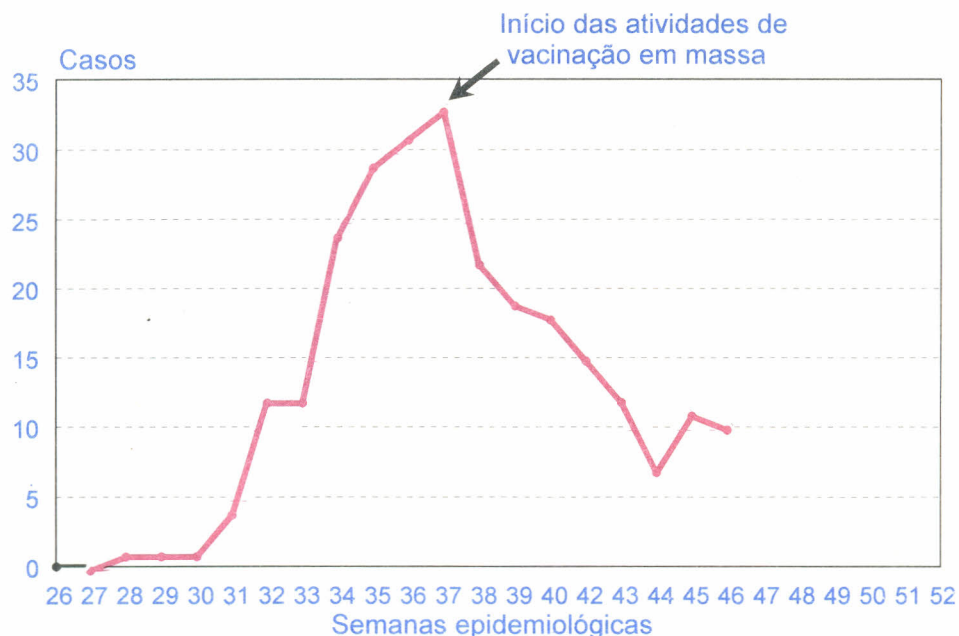
Endereço para correspondência: Avenida Borges de Medeiros, 1501, 6º andar – CEP 90119-900 – Porto Alegre, RS.

Fones (051) 225-0436 e 226-3100 – ramal 2048 –

Fax 227-5060

Distribuição gratuita

Gráfico 2- CASOS CONFIRMADOS DE SARAMPO POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. RIO GRANDE DO SUL, 1997



Fonte: DCDTA/DAS/SSMA

Departamento de Ações em Saúde - DAS

Doenças Notificadas no Estado do Rio Grande do Sul por Semana Epidemiológica - 1996/1997

Doença	Casos acumulados até Semana 41/96	Casos acumulados até Semana 41/97*
AIDS 3	555	1315
Caxumba	4836	5963
Coqueluche	112	90
Dengue	21	49(6)3
Difteria	20	23
Doença Meningocócica	229	212
Febre Amarela	0	0
Febre Tifóide	28	45
Hanseníase 3	123	134
Hepatites virais	2213	3022
Hidatidose	3	11
Leptospirose	184	255
Malária	61	33
PFA 1	12	22
Poliomielite	0	0
Raiva	0	0
Rubéola	3528	1892
Sarampo	224 (0) 2	1772 (274) 2
Sífilis		24/
Tétano Acidental	84	77
Tétano Neonatal	2	3
Tuberculose	2213	3411

Casos notificados e investigados de Paralisia Flácida Aguda (PFA)
 Confirmados por laboratório
 Dados referentes a casos novos registrados no 1º sem/96-97

ALERTA EPIDEMIOLÓGICO

O Rio Grande do Sul vem enfrentando uma epidemia de sarampo desde julho de 1997, tendo sido notificados em torno de 1700 casos suspeitos da doença, desde o início do ano. A maioria destes casos foi descartada como rubéola ou outro diagnóstico; o pico dos casos confirmados ocorreu nas semanas 36 e 37, notando-se após um decréscimo, (Gráfico 2) em consequência das medidas de controle desenvolvidas (intensificação da vacinação de rotina, bloqueios ampliados e Campanha com Vacina Tríplice Viral).

Quanto à distribuição por grupos etários, observa-se concentração de casos no grupo de adultos jovens, de 20 a 29 anos, com 60% dos registros. Já o risco de adoecer é maior no grupo dos menores de 1 ano, pois apresenta o coeficiente de incidência mais alto entre as diferentes faixas etárias (16,24 casos/100.000 habitantes).

DECLARAÇÃO DE GRAMADO

Sobre Saúde e Prevenção das Doenças Cardiovasculares. 1 a 10 de maio de 1997.

Sob os auspícios da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Internacional e Federação de Cardiologia, Ministério da Saúde do Brasil, da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul e com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), reuniram-se durante dez dias na cidade de Gramado 52 profissionais da saúde no Primeiro Seminário Brasileiro de Epidemiologia Cardiovascular.

Cenários para Promoção da Saúde

Os conteúdos estudados foram discutidos e editados em documento em quatro cenários populacionais (nacional, estadual, municipal e de pequena comunidade), cuja súmula e recomendações básicas constam da *Declaração de Gramado*, resumida e apresentada neste boletim. A revisão dos conhecimentos científicos atuais e das técnicas disponíveis para a prevenção das doenças cardiovasculares e sua assistência, demonstra o quanto ainda se pode fazer em nosso país: desde a melhoria das condições gerais de nutrição e cuidados durante a gestação e dos primeiros anos de vida (determinantes para o resto da vida), passando pela informação e educação das comunidades para que se habilitem a controlar os determinantes de saúde e doença, até o acesso à assistência básica e especializada.

A Importância das Doenças Cardiovasculares e de seus Fatores de Risco.

As Doenças Cardiovasculares são o principal grupo de causas de morte em todo o mundo e também no Brasil. Embora presente em proporção menor em países com características de desenvolvimento semelhantes às nossas, têm sua importância agravada pela precocidade com que se manifestam, particularmente nos grupos socialmente menos favorecidos, devido à pior qualidade de vida e menor acesso aos serviços de saúde. Indicadores sobre fatores de risco (sedentarismo, obesidade, tabagismo, hipertensão arterial, distúrbios metabólicos, uso inadequado de álcool, e presumivelmente também estresse), e nas chances de adoecer, de ter acesso aos serviços de saúde, de manter um tratamento continuado, reabilitar-se e morrer, situam-nos em posição bastante desfavorável comparativamente a outros países. Explicações para estes diferenciais entre países, ou internamente entre grupos distintos, são facilmente encontradas nas condições de po-

breza, ignorância, desemprego/sub-emprego e marginalização social de importantes contingentes de nossa população, bem como em características culturais, e em especial na adoção de novos hábitos e estilos de vida. Tudo isso agravado pela falta de atenção do setor de saúde pública, e da sociedade em geral, às estratégias para a prevenção destas doenças.

Abordagens de Prevenção

Para melhorar a saúde não é suficiente a qualificação dos especialistas para atender pessoas com a doença avançada. Ênfase deve ser dada em estratégias populacionais na eliminação e prevenção dos fatores de risco e do ponto de vista individual na prevenção primária de alto risco e especialmente na prevenção secundária. A promoção da atividade física sistemática e de uma alimentação natural (com menos gordura e maior proporção de frutas e verduras) são exemplos de alvos de intervenção a partir dos quais pode se alcançar progressivamente o controle de outros fatores de risco. A definição de prioridades deve ser feita com ampla participação e apoio governamental e também de outras organizações não governamentais e privadas e lideranças comunitárias. Têm papel muito importante na mobilização destes recursos as entidades científicas, dentre as quais se destacam a própria Sociedade Brasileira de Cardiologia (através de seu Comitê de Epidemiologia e Saúde Pública) e a Fundação Brasileira de Cardiologia (FUNCOR). Alguns conjuntos sociais necessitam de uma abordagem especial como as populações empobrecidas devido a seus indicadores desfavoráveis e suas peculiaridades sócio-culturais, e a população escolar pelas facilidades na aplicação de atividades de educação para a saúde e chance de sucesso nas intervenções.

Sistema de Saúde

Fica desde logo saliente a importância de um sistema de saúde de acesso universal e que também contemple a promoção da saúde, facilitando a veiculação de informações e habilitando a população a utilizá-las plenamente... As competências do setor público e do privado, as prioridades populacionais e para grupos de alto risco, precisam ser definidas em cada nível dentro de um marco profissional, de longo termo, de maneira a permitir a visualização de objetivos que transcendam interesses particulares imediatos e o ciclo de uma única gestão governamental...

... Foram saudados os programas dos Agentes Comunitários de Saúde, da Saú-

de da Família e de Saúde Escolar, como estratégias básicas para viabilizar a atenção primária à saúde e sua promoção. Também foi salientada a necessidade de enfatizar a descentralização das decisões sobre prioridades, com participação técnica e comunitária intersetorial, regionalizando as ações em todos os níveis, para facilitar a articulação das partes respeitando nossas importantes diferenças culturais.

Epidemiologia e Ações Baseadas em Evidências Científicas

As decisões políticas populacionais, bem como as decisões terapêuticas de nível individual, precisam estar embasadas em informações epidemiológicas e nas evidências científicas já existentes, bem como em estudos de custo-efetividade, evitando o desperdício, a desinformação, a iatrogenia, e o primado do lucro sobre o bem comum. Fontes fidedignas de informação precisam ser estudadas, seus resultados precisam ser divulgados em linguagem adequada, e algumas pesquisas precisam ser replicadas para testar a aplicabilidade local de conclusões mais gerais ou procedentes de populações distintas.

Necessidades de Informação, Atualização e Comunicação

Frente ao crescente número de novidades científicas, como o papel da inflamação na aterogênese, os questionamentos sobre manejo medicamentoso de fatores de risco em pacientes de baixo risco, e a abordagem dos problemas originados nas desigualdades sociais, torna-se cada vez mais importante a contínua atualização dos responsáveis por atividades preventivas. As facilidades dos meios de comunicação devem fomentar a articulação de lideranças, de grupos e entidades interessadas no bem comum...

Novo Paradigma

... Por fim, mesmo tendo em vista os enormes avanços científicos e tecnológicos já alcançados ou em perspectiva na cardiologia, é cada vez mais necessária a construção de um paradigma de saúde e doença que viabilize o benefício de tais conquistas a toda a população. Para tanto se fazem necessárias uma reforma na educação médica e na educação dos demais profissionais da saúde, paralelamente a uma ampla discussão na qual participe a cultura popular, contribuindo para a evolução do modelo assistencial, do tradicional biomédico, para o biopsicosocial, com ênfase na saúde e não somente na doença.