

Mortalidade por Causas Evitáveis, Municípios de Lins e Penápolis, Estado de São Paulo,

1979-81 e 1990-92.

Valéria Vernachi Lima*

No Brasil, as políticas de saúde implementadas desde o início dos anos 70, refletiram uma crescente intervenção estatal, acentuando algumas tendências em direção à privatização de serviços de saúde e hipertrofia da máquina administrativa dos aparelhos institucionais, com grande concentração de recursos.

No final dos anos 70, este modelo mostrava enormes inadequações à realidade sanitária brasileira e não conseguia alterar o perfil de mortalidade, no qual persistiam doenças facilmente evitáveis com medidas de caráter preventivo.

Acrescentam-se a este panorama os crescentes custos da atenção médica, a incorporação descontrolada de tecnologia e a ausência de critérios para a compra de serviços privados, levando à inviabilização da expansão de cobertura e uma crise no setor.

As Ações Integradas de Saúde (1985) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde foram tentativas do Estado para reorganizar os serviços, ampliar cobertura e (1987) descentralizar a gestão dos mesmos.

Atualmente o Sistema Único de Saúde, garantido pela constituição de 1988, encontra enormes dificuldades para viabilizar-se, tendo na crise financeira do Estado Brasileiro o principal obstáculo para a manutenção do direito universal à saúde, equidade de acesso e gratuidade dos serviços.

* Mestre em Saúde Pública, consultora da Faculdade de Medicina de Marília e da Fundação SEADE.

No Estado de São Paulo, as experiências de descentralização político-administrativa do Sistema de Saúde constituíram-se, com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, em 1987, numa diretriz governamental para o setor.

A municipalização dos serviços de saúde passou a ser a estratégia de efetivação desta descentralização pretendida. Através de convênios, os municípios passaram a gerenciar os serviços públicos de saúde e a operacionalizar políticas locais de saúde.

De fato, a municipalização da saúde encontrou grandes diversidades na capacidade administrativa gerencial dos municípios e na atuação das estruturas regionalizadas da Secretaria Estadual de Saúde. Embora a municipalização da saúde não seja em si mesma a solução para o paradigma do modelo assistencial ou tampouco do processo de descentralização, apresentou-se como uma oportunidade ímpar para a experimentação de propostas transformadoras em direção às necessidades de saúde da população e à viabilização do Sistema Único de Saúde.

Este trabalho pretendeu avaliar a experiência de dois municípios no interior do Estado de São Paulo, Lins e Penápolis, tomando-se dois períodos, 1979-81 e 1990-92. O município de Penápolis teve seus serviços de saúde municipalizados em 1987 e Lins apenas em final de 1992. O indicador utilizado para comparar resultados das experiências destes dois municípios foi a mortalidade evitável.

Mortalidade Evitável

A mortalidade evitável é considerada um evento sentinela para os Sistemas de Saúde.

RUTSTEIN⁽¹⁾ classificou as mortes evitáveis segundo a quantidade de casos esperados para determinados grupos de doença. No grupo A estão aquelas causas para as quais um só caso indica a presença de evento sentinela. O grupo B é aquele para o qual uma determinada taxa das causas de óbito indica a presença do evento. TAUCHER⁽²⁾ classificou as causas de morte evitáveis segundo o tipo de intervenção que os serviços de saúde são capazes de produzir para evitar as mortes.

Este trabalho utilizou o conceito de evento sentinela e a classificação de E. Taucher, ampliando-a e adaptando-a à realidade epidemiológica brasileira.

Foram utilizados 4 grupos de causas evitáveis sendo:

- Evitáveis I - por vacinação e tratamento preventivo;
- Evitáveis II - por diagnóstico precoce e tratamento oportuno;
- Evitáveis III - por medidas de saneamento, higiene e educação sanitária;
- Evitáveis IV - por medidas mistas;

- Difícilmente evitáveis;
- Sinais e sintomas mal definidos e
- Outros.

Para análise estatística utilizou-se apenas as causas evitáveis e dificilmente evitáveis e aplicou-se a teste χ^2 de associação. Os óbitos foram estatificados segundo grupos de idade (0 a 4,5 a 14, 15 a 49, 50 a 69 e maiores de 69 anos), para os municípios e períodos.

Resultados

Os dois municípios têm populações e base sócio econômica semelhantes. Distam entre si apenas 50 Km e têm sua base econômica vinculada a monocultura de cana de açúcar, pecuário e atividades secundárias relacionadas ao processamento dos produtos agropecuários (agroindústria). A **tabela 1** mostra algumas destas características.

Tabela 1 - Características dos municípios de Lins e Penápolis, 1980 e 1991.

	Lins		Penápolis	
	1980	1991	1980	1991
População	50902	59098	40207	47972
Receita Munic.	US 1675	US 2657	US 1422	US 3276
Cob. água	-	98%	69,7%	99,5%
Cob. Esgoto	-	90%	54,6%	97,7%
População com renda até 2 SM	66%	-	70%	-

Fonte: Fundação SEADE.

Observou-se em relação aos serviços de saúde em Penápolis uma importante presença pública e grande incremento de cobertura no período estudado. O município de Lins por ser sede de uma região de governo já apresentava em 1980 um maior oferta de serviços em relação à Penápolis. A presença da iniciativa privada em Lins é notadamente mais expressiva.

A tabela 2 apresenta algumas características dos serviços de saúde nos dois municípios estudados.

Tabela 2 - Características dos serviços de saúde, municípios de Lins e Penápolis, 1980 e 1991.

	Lins		Penápolis	
	1980	1991	1980	1991
no médicos/mil habitantes	1,04	1,31	1,04	1,06
prof. de saúde/mil habitantes	0,77	2,07	0,68	4,25
percentual do orçamento para saúde	2,6%	2,8%	1,2%	20,7%
produção de cons. médica	-	179.104	6234	134.073
leitos/mil habitantes	7,03	6,51	3,48	4,10

Fontes: Prefeituras Municipais de Lins e Penápolis

A mortalidade evitável em Lins e Penápolis, segundo grupo de evitabilidade, pode ser observada, para os dois períodos, na tabela 3.

Tabela 3 - Números de óbitos e porcentagem dos totais, segundo grupos de evitabilidade, Lins e Penápolis, 1979-81 e 1990-92.

	Lins		Penápolis	
	1979-81	1990-92	1979-81	1990-92
Evitáveis I	6	4	5	2
Evitáveis II	106	118	92	88
Evitáveis III	46	9	26	6
Evitáveis IV	280	345	228	236
Subtotal	438(42,7%)	476(41,6%)	351(46,3%)	332(40,4%)
Dif. Evitáveis	588(57,3%)	669(58,4%)	406(53,7%)	490(56,6%)
Total	1026(100,0%)	1145(100,0%)	757(100,0%)	822(100,0%)

Os óbitos foram distribuídos pelos grupos de idade já definidos e aplicou-se o teste a associação de Mantel-Haenszel. Fixado o período, para óbitos evitáveis e dificilmente evitáveis, entre Lins e Penápolis, houve associação positiva e estatisticamente significativa, em 1979-81, para Penápolis e óbitos evitáveis.

Em 1990-92, o teste não foi estatisticamente significativo.

Fixando-se os municípios, para Lins, entre os períodos estudados, encontrou-se associação positiva, e estatisticamente significativa entre óbitos evitáveis e 1990-92.

Para Penápolis não houve diferença estatisticamente significativa entre os períodos. Entretanto, para os dois municípios, a análise estatística da distribuição dos óbitos evitáveis, segundo grupos de intervenção, entre 1979-81 e 1990-92, mostrou diferenças estatisticamente significantes.

A análise temporal dos coeficientes padronizados de mortalidade, para os grupos de causas evitáveis, mostra queda em todos os grupos, para Lins e Penápolis. Porém o teste de associação de Mantel-Haenszel, estratificado segundo faixa etária, somente apresentou significância estatística para o grupo III (evitáveis por saneamento básico, higiene e educação) tanto para Lins como em Penápolis. Para os grupos II (evitáveis por diagnóstico e tratamento preventivo) e IV (evitáveis por medidas mistas) o teste foi significativo apenas para Penápolis. A análise estatística das diferenças da mortalidade, entre os municípios, não foi significativa para nenhum grupo de causas evitáveis.

Comentários

A maior cobertura, acessibilidade e resolubilidade dos serviços de Penápolis em 1990-92, foram os aspectos ligados a serviços de saúde que potencialmente contribuíram para as quedas da mortalidade dos grupos II, III e IV.

Referências Bibliográficas

1. RUTSTEIN, D. D. et al. Measuring the quality of medical care. *N. Engl. J. Med.*, 294:582 - 8, 1976.
2. TAUCHER, E. Chile: Mortalidade desde 1955 a 1975, tendencias y causas Santiago, Celade, 1978. (CELADE, Série A, 162)