

Revista de Saúde Pública

Journal of Public Health

Evolução da mortalidade por causas evitáveis
e expansão dos recursos municipais de saúde em
Maringá, Paraná*
Evolution of mortality from avoidable causes and
expansion of municipal health resources
in a Southern Brazilian city

Maria José Scochi

*Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá,
Maringá, PR - Brasil*

SCOCHI Maria José *Evolução da mortalidade por causas evitáveis e expansão dos recursos municipais de saúde em Maringá, Paraná** Rev. Saúde Pública, 33 (2): 129-36, 1999 www.fsp.usp.br/~rsp

Evolução da mortalidade por causas evitáveis e expansão dos recursos municipais de saúde em Maringá, Paraná*

Evolution of mortality from avoidable causes and expansion of municipal health resources in a Southern Brazilian city

Maria José Scochi

Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR - Brasil

Descritores

Avaliação de processos e resultados [Cuidados de saúde].
Mortlidade.
Assistência ambulatorial.

Resumo

Objetivo

Avaliar a evolução do perfil da mortalidade por doenças evitáveis, em Maringá, PR, relacionando-o à qualidade de assistência á saúde.

Métodos

A partir da proposição de estudos de resultado da assistência foram selecionadas 11 causas de mortes. À evolução dos óbitos foi associada a evolução dos recursos disponíveis, bem como ao grau de escolarização e saneamento básico, no período de 1983-1993.

Resultados e Conclusões

Os dados revelaram que as taxas de mortalidade da maioria das causas evitáveis tenderam ao declínio, com uma redução de 39%, em contraposição a 16% das demais. Observou-se uma melhora das condições de escolarização e de saneamento. A evolução positiva das condições gerais da população dificulta atribuir imediatamente aos serviços a responsabilidade sobre o declínio das mortes evitáveis, mas a diferença entre estas mortes e as demais permite inferir que, se diante de condições satisfatórias de vida ocorresse um recrudescimento desses indicadores, poder-se-ia constatar uma falta de efetividade dos serviços. A constatação do arrefecimento dos indicadores pode fazer supor que a expansão dos serviços auxiliou no declínio.

Keywords

*Outcome and process assessment [Health care].
Mortality.
Ambulatory care.*

Abstract

Objective

An assessment of the evolution of the profile of mortality from avoidable diseases, in the municipality of Maringá, PR (Brazil), 1980 through 1993, as related to the quality of health attendance.

Methods

Based on the proposal to study caregiving results, eleven causes of avoidable deaths were selected. The evolution of resources available, level of schooling and sanitation were associated with the evolution of mortality.

Correspondência para/ Correspondence to:

Maria José Scochi
Av. Colombo, 5790
87020-900 Maringá, PR – Brasil.
E-mail zêza@wnet.com.br

* Baseado na tese de doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ, em 1996.

Recebido em 13.2.1998.

Reapresentado em 22.7.1998.

Aprovado em 19.8.1998.

Results and Discussion

The data revealed that the mortality rates for most of the avoidable causes tended to decline faster than those for other causes (a reduction of 39% as against 16%). A significant improvement in schooling and sanitary conditions was also observed over the same period. The positive evolution of the general health status of the population makes it difficult to credit the decline of avoidable deaths directly to the health services, but the difference between the mortality rates from avoidable causes and others allows one to infer that if despite the satisfactory living conditions there were an outbreak of avoidable deaths it would indicate a lack of efficiency on the part of the health services. Under the circumstances verified, the decrease in the rate of mortality from avoidable causes can be partly attributed to the expansion of the health services.

INTRODUÇÃO

Numa revisão da produção teórica, sobre os estudos de avaliação da qualidade da assistência ambulatorial, foi encontrado volume significativo de trabalhos que realizam a análise do declínio das mortes evitáveis associado ao progresso das intervenções médicas.

No Brasil esse tipo de estudo é praticamente inexistente, pouco tem sido produzido para se verificar o impacto das reformas ocorridas nos últimos anos, no subsetor público de saúde.

Percebe-se, através de estudos e da prática profissional, uma mitificação da questão da avaliação, o que tem paralisado aqueles que dela querem se aproximar. “Na literatura disponível e mais aceita, tem sido dada maior ênfase às dificuldades de conduzir processos de avaliação do que mesmo ao estabelecimento de paradigmas universais sobre a forma de se proceder” (Pitta¹⁰, 1992).

O desconhecimento, até o momento, do que ocorreu com os óbitos por causas evitáveis, os aspectos acima apontados e o empenho em trabalhar a questão

da avaliação na perspectiva de torná-la mais acessível aos administradores da área da saúde estimularam a realização do presente estudo, qual seja, avaliar, no contexto da expansão da rede de serviços ambulatoriais, a evolução do perfil da mortalidade por doenças evitáveis relacionadas à qualidade da assistência ambulatorial, em Maringá, de 1980 a 1993.

MÉTODOS

Os estudos encontrados sobre resultado do cuidado são focalizados em mortes evitáveis, utilizando como fundamentação a proposta de Rutstein et al.¹³ (1976). Sugerem eles o uso de dados coletados rotineiramente de mortalidade para selecionar os óbitos que seriam estritamente evitáveis com a apropriada intervenção médica, e propõem que estes sejam utilizados como evento sentinela sobre a inadequação da qualidade do atendimento dos serviços.

A partir da lista de patologias sugerida por Rutstein et al.¹³ (1976), por outros estudos de resultados utilizando mortes evitáveis (Solis et al.¹⁸, 1982; Charlton et al.¹, 1983; Poikalainen e Eskola¹¹, 1986; Mackenbach et al.⁹, 1988; Gil e Rathwell⁷, 1989; Schwartz et al.¹⁴, 1990), e de acordo com os critérios: de que o tratamento está disponível na rede de serviços ambulatoriais de Maringá, de existência

Tabela 1 - Seleção de causas de morte consideradas evitáveis com medidas preventivas e tratamento médico.

Grupo de causas	CID (9ª Revisão)	Grupo de idades (anos)
1 - Infecções intestinais	001- 009	Todas as idades
2 - Tétano	037	Todas as idades
3 - Sífilis congênita	090	< 1 ano
4 - Neoplasma maligno de colo uterino	180	45 - 65
5 - Diabetes mellitus	250	45- 65
6 - Doença hipertensiva	401- 405	45- 65
7 - Doenças cérebro-vasculares (DCV)	430- 438	45-65
8 - Pneumonia e gripe	480- 487	<= 4 anos > = 50 anos
9 - Mortalidade materna	630- 678	10 - 49
10 - Mortalidade neonatal		<= 28 dias
11 - Mortalidade Infantil		<= 1ano

de pessoal com conhecimento suficiente para prestar o cuidado, de rede com os equipamentos mínimos necessários e com apropriados padrões de atendimento médico, foram selecionadas as 11 causas de óbitos (Tabela 1).

A contabilização dos óbitos por essas patologias foi feita para o período de 14 anos, 1980 a 1993. Os dados de mortalidade foram extraídos das declarações de óbito, base de dados da Secretaria Estadual da Saúde do Paraná, que foram codificados para o programa em Dbase. Os coeficientes anuais foram obtidos dividindo-se o número de óbitos na faixa etária especificada pela população. Na Secretaria Municipal de Saúde de Maringá (SMSM), os dados disponíveis sobre os profissionais, unidades e produção foram os relativos ao período de 1983 a 1993. Não se encontraram dados para os anos de 1980, 1981 e 1982. Os responsáveis pelo planejamento alegaram que nesses anos não eram elaborados planos municipais e, por isso, não se tem registros. Isto fez com que a comparação entre expansão de recursos e óbitos fosse realizada no período de 10 anos.

Os dados populacionais, de saneamento básico e de escolarização, pela sua disponibilidade e confiabilidade, foram coletados no Instituto Paranaense de Desenvolvimento Estatístico e Social (IparDES).

A Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-(FIBGE)⁶ refere-se à escolarização como os níveis alcançados em séries e grau de ensino, numa determinada faixa etária populacional. O percentual de escolarização foi calculado a partir da divisão do número de alunos que concluíram a oitava série do primeiro grau pela população concentrada na faixa etária de 15 a 19 anos.

Além das causas sugeridas por Rutstein et al.¹³, foram também analisados a evolução dos óbitos em menores de um ano ocorridos fora do hospital, os registros de causas maldefinidas e os decorrentes de causas externas, como acidente de trânsito, homicídio e suicídio. Os dois primeiros dizem respeito à qualidade do registro e da assistência no momento do óbito.

As causas externas, consideradas, em tese, como pouco ou menos diretamente influenciáveis pela intervenção de serviços – pois dizem de outros fatores mais diretamente relacionadas à questão da urbanização –, bem como da conduta dos sistemas de saúde frente aos desafios ambientais, foram incluídas como um contraponto às selecionadas como mais suscetíveis à intervenção.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização do Município de Maringá

O Município de Maringá, PR, criado em 1947, teve um grande crescimento populacional, social e econômico em função do surto cafeeiro. Após a geadas de 1975 e a conseqüente erradicação dos cafezais, ocorreu uma diversificação da produção agrícola.

Atualmente o setor agrícola apresenta-se como terceiro fator gerador de emprego, concentrando 8,5% da população economicamente ativa (PEA); o setor terciário é a principal fonte geradora de empregos, absorvendo 69,4% da PEA, seguido do setor secundário com 22,1% (SMSM¹⁶, 1994).

Maringá é o terceiro maior Município do Paraná, detendo ao longo da década passada o maior índice de crescimento de todo o Estado, com taxa de 42,4% (FIBGE⁶, 1994). Na esfera dos serviços de saúde, ampliou a oferta de atendimentos básicos e inaugurou em 1989 o primeiro hospital público da região. Em 1994, a população de 258.880 habitantes concentrava-se, predominantemente, na área urbana, sendo que apenas 2% ficavam na zona rural. Do total de habitantes, 48% eram do sexo masculino e 52% do feminino. A população concentrada na faixa etária acima de 65 anos evoluiu de 3,3% para 4,7% no período de 1980 a 1993.

O trabalho realizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef⁵) e a FIBGE⁶, em 1994, apontou Maringá dentre os 371 municípios do Estado do Paraná, como a cidade que apresentou as condições mais favoráveis de vida, de acordo com o Índice de Condição de Sobrevivência.

Em 1980 existiam 3 postos de saúde; em 1986 estes somavam 20 Núcleos Integrados de Saúde (NIS). Era o momento de implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), quando os municípios investiam em construções e aquisição de equipamentos para o atendimento primário. A municipalização dos serviços ocorreu alguns anos depois.

Atualmente, a rede básica de saúde é constituída por 23 NIS; 19 NIS são de nível II com atendimento nas clínicas médicas básicas e odontologia; 2 de nível I localizados em distritos rurais e 2 NIS considerados de nível III, que além do atendimento básico ofertado aos moradores da área de abrangência, deveriam funcionar como unidades de referência para os demais núcleos.

Nesses núcleos o trabalho desenvolve-se de forma padronizada, o atendimento é centrado na consulta médica e dirigido à demanda espontânea. O limite de 16 consultas/diárias por profissional não supre a necessidade daqueles que chegam às unidades. Os NIS III, criados para serem referência para os demais, acabaram funcionando como retaguarda para o “excesso” de usuários.

A prestação dos serviços de saúde em Maringá não se diferencia do que vem ocorrendo em outros municípios brasileiros, qual seja, as ações destinam-se ao pronto atendimento sem a utilização de ações programáticas e do uso de dados epidemiológicos para a organização da assistência.

A Evolução dos Recursos Disponíveis

De acordo com a Secretaria do Conselho Regional de Medicina do Paraná, em 1970 existiam 80 médicos em Maringá, 120 em 1980 (7 para cada 10.000 habitantes) e 350, em 1990 (15 para cada 10.000 habitantes), representando um crescimento de mais de cem por cento em relação à população. Atualmente o município conta com 450 médicos.

Até 1982 existiam duas enfermeiras em todo o município e atualmente estas somam mais de 200. A maioria dos enfermeiros esteve e ainda está lotada nos serviços públicos. No início dos anos 80, 10% dos médicos atuavam na SMSM e, ao final, cerca de 24%.

Além do crescimento das categorias de médicos e enfermeiros, pode-se também verificar o aumento dos outros profissionais envolvidos na assistência, tais como: odontólogos, psicólogos e farmacêuticos. Os médicos e os auxiliares de saúde foram as duas categorias que apresentaram maior crescimento no período. O aumento do número de profissionais foi acompanhado pela elevação da concentração de atendimentos de enfermagem e de consultas médicas.

Em 1990 os procedimentos de enfermagem começaram a ser pagos de forma discriminada, com a implantação, no município, da Unidade de Cober-

tura Ambulatorial (UCA), quando se observou um aumento considerável do registro desses procedimentos, sugerindo que estes não eram contabilizados anteriormente.

Outro fator que poderia explicar tal acréscimo decorre da essência do modelo centrado na consulta médica, pois para cada atendimento médico são realizadas duas atividades de apoio pelos auxiliares de enfermagem (pré e pós consulta). Estas somadas aos demais procedimentos técnicos como: injeções, inalações, coleta de material para exames laboratoriais, curativos, entre outros, fazem com que o número de atendimentos realizados pela enfermagem seja superior ao número de consultas médicas.

Os percentuais de escolarização, ao redor de 70% em 1980, atingiram 95%, em 1993, demarcando uma evolução considerável no período. De acordo com os dados do Iparides, 97% da população era abastecida com água tratada até 1986; a partir desse ano a capacidade de abastecimento supera a necessidade, apresentando superávit. Então, considerou-se, para efeito de análise, que 100% da população urbana possui a água tratada. Apesar de apresentar crescimento, a rede de esgoto é ainda ausente para 50% da população.

A Evolução da Mortalidade por Causas Evitáveis e a Expansão dos Serviços de Saúde

Durante o período de 1980 a 1993, em Maringá, as taxas de mortalidade na maioria das causas evitáveis selecionadas tenderam ao declínio; as doenças infecciosas e parasitárias declinaram mais rapi-

Tabela 2 - Taxas de mortalidade^a de causas evitáveis selecionadas de 1980-1993, Maringá, PR.

Causas de mortalidade	Idade	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Mort. infantil	< 1 ano	37,8	31,2	30,4	34,0	28,7	28,7	25,0	21,3	22,2	22,6	27,2	14,4	21,4	17,1
Mort. neonatal	28 dias	20,0	19,6	18,8	20,9	19,8	18,6	16,5	16,0	15,4	15,9	20,5	10,7	12,7	24,3
Mort. materna	10-49	0,50	1,00	1,00	1,00	0,50	0,50	0,50	0,70	0,44	0,70	0,20	0,64	0,80	0,21
Síf. congênita	< 1 ano	0,25	0,25	0,48	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44	0,00	0,00	0,00	0,21	0,00
Infec. intestin.	Todas	2,03	1,70	1,62	1,62	1,20	0,84	0,80	0,70	0,40	0,32	0,45	0,22	0,25	0,21
Tétano	Todas	0,05	0,23	0,00	0,05	0,16	0,05	0,00	0,00	0,05	0,08	0,00	0,04	0,00	0,00
Pneum. e gripe	<= 4 a 110,4	20,6	30,3	24,8	38,82	47,6	46,6	32,0	17,9	26,4	12,9	12,7	21,1	8,42	
Pneum. e gripe	>= 50 a 47,12	24,9	85,2	76,5	64,2	52,9	19,4	59,0	84,2	66,8	73,2	60,6	92,9	75,0	
Hipertensão	45-65	63,18	13,9	31,1	46,6	48,6	23,2	33,2	24,73	33,8	22,6	24,7	35,4	34,0	35,3
Diabetes	45-65	29,20	46,4	44,3	42,4	24,3	23,2	37,0	46,0	16,9	32,3	27,8	29,5	45,2	27,1
Neopl. cólo ut.	45-65	4,86	4,64	4,43	8,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,22	9,25	17,7	5,65	8,14
D. céreb. vasc.	45-65	160,4	139,3	168,5	237,3	194,3	170,2	217,9	170,6	97,9	151,6	166,5	138,5	121,6	149,2

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde do Paraná¹⁹ e Iparides⁸, 1995

^a Os coeficientes de mortalidade infantil, neonatal, materna e por sífilis congênita foram calculados a partir da divisão do número de óbitos nas faixas etárias especificadas por 1.000 nascidos vivos a cada ano. As taxas de óbito por doenças infecciosas intestinais e por tétano, da divisão do total das mortes ao ano por 100.000 habitantes. O cálculo das taxas de mortalidade pelas doenças crônico-degenerativas foi pela divisão do número de óbitos, nas faixas etárias especificadas, pelo total de habitantes/ano.

damente que as outras causas. A mortalidade neonatal apresentou tendência de crescimento e a infantil de declínio. A hipertensão sofreu uma redução de 56%, enquanto que a diabetes permaneceu praticamente estável. O neoplasma de colo uterino e as doenças cerebro-vasculares oscilaram entre o crescimento e a queda e, ao final da série, observa-se leve inclinação da curva em direção ao crescimento. A mortalidade materna esteve presente em todo o período e, mais recentemente, vem apresentando tendência ao crescimento (Tabela 2).

Quando se acrescentaram à lista de causas evitáveis as declarações de óbito com registro de causas maldefinidas e de crianças menores de um ano, ocorridas fora do hospital, considerou-se que esses dois tipos de óbito têm vinculação estreita com a qualidade dos serviços prestados e com uma questão importante ligada diretamente à avaliação, o acesso. Os percentuais desses óbitos oscilaram ao longo do período, havendo uma tendência de declínio a partir da década de 90. Os óbitos por causas maldefinidas apresentaram ascendência acentuada até 1991 e, a partir de então, declinaram, chegando a 3,5%, em 1993. O percentual de óbitos não hospitalares de crianças menores de um ano apresentou maiores oscilações, embora, no geral, tenha decrescido: em 1980 era de 13,6% e, em 1993, 5%.

Acredita-se que essa última proporção de óbitos infantis pode, ainda, ser considerada elevada ao se verificar que Maringá é uma cidade basicamente urbana, com ampla rede de serviços básicos e hospitalares. Todavia esse dado pode estar subestimado, pois no estudo de Duchiadé et al.³ (1989), realizado na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, foi verificado que as estatísticas oficiais de 7% dos óbitos não hospitalares de me-

nores de um ano estavam muito aquém dos 13% encontrados através de levantamento de prontuários e entrevistas domiciliares.

No conjunto dos óbitos, as causas evitáveis apresentaram tendência mais rápida de declínio do que as outras causas. Por exemplo, as causas evitáveis declinaram de 17,0 por 100.000 habitantes, em 1980, para 10,5 por 100.000, em 1993, uma redução de 39%. No mesmo período, as outras causas decresceram de 50,00 para 41,9 por 100.000, representando uma redução de 16%.

Para Gil e Rathwell⁷ (1989), se o impacto dos serviços de saúde sobre os óbitos está sendo verificado num mesmo período, durante o qual se considera que as condições gerais de vida são as mesmas, pode-se inferir que o declínio da mortalidade pelas causas consideradas não evitáveis reflete a influência do meio ambiente, de fatores socioeconômicos, nutricionais, culturais e genéticos, e que a diferença entre o declínio dessas causas e o das causas evitáveis é indicativo da intervenção dos serviços de saúde.

Esse tipo de argumento também foi encontrado no trabalho de Poikolainen e Eskola¹¹ (1986), na Finlândia, onde estimaram que mais de 50% do declínio na mortalidade por causas evitáveis pode ser atribuído diretamente aos serviços de saúde.

Quando se compara o número de profissionais e de unidades com a evolução dos óbitos por causas evitáveis, óbitos totais e as outras causas, percebe-se que caminham em sentidos opostos: as causas evitáveis declinam mais acentuadamente com a elevação do número dos profissionais e de serviços de saúde (Figura

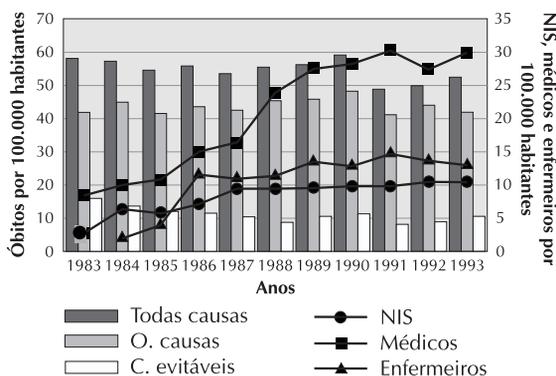


Figura 1 - Evolução dos óbitos totais: por causas evitáveis e outras; Núcleos Integrados de Saúde (NIS), médicos e enfermeiros por 100.000 habitantes/ano, de 1983 a 1993, Maringá, PR.

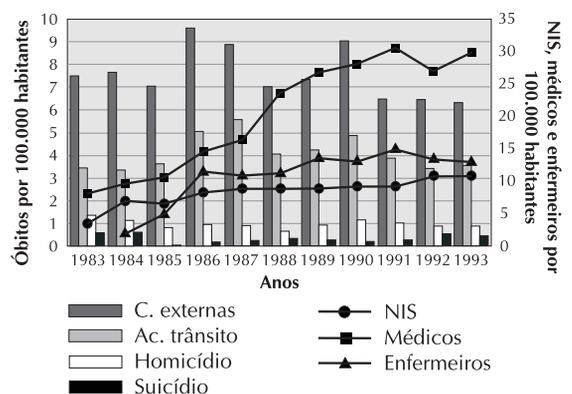


Figura 2 - Evolução dos óbitos por causas externas: acidentes de trânsito, suicídios, homicídios; Núcleos Integrados de Saúde (NIS), médicos e enfermeiros por 100.000 habitantes/ano, de 1983 a 1993, Maringá, PR.

1). Já as causas externas, como era esperado, permanecem praticamente inalteradas, ou seja, a elevação do número de profissionais parece influenciar pouco a ocorrência desses óbitos (Figura 2).

Do total dos óbitos por hipertensão em todas as faixas etárias, ao longo da série, observa-se que os óbitos em menores de 65 anos representaram 64% e 32,3%, respectivamente, em 1980 e 1993. A morte por diabetes também diminuiu de 72,7% para 58,8%, no mesmo período, entre os portadores com menos de 65 anos. Embora a redução seja significativa, a ocorrência desses óbitos tem se mantido baixa, com algumas oscilações na série histórica levantada.

Os óbitos por doenças cérebro-vasculares têm oscilado com pequenas variações durante o período, apresentando taxas mais elevadas no conjunto das outras causas crônico-degenerativas; não se observaram, também, variações na proporção de sua ocorrência quando se discriminam as faixas etárias acima e abaixo de 65 anos. Como as doenças cérebro-vasculares estão, geralmente, associadas a problemas decorrentes de hipertensão e diabetes, é possível que existam doentes não detectados precocemente.

No caso das mortes por neoplasma de colo uterino, verifica-se que durante quatro anos não se detectou nenhum óbito, e que, a partir de 1989, essa mortalidade aparece com taxas relativamente baixas e com poucas oscilações.

Considerando que a distribuição total dos óbitos não difere entre as mulheres com idade acima ou abaixo de 65 anos e que o óbito é prevenível com a descoberta e tratamento precoces da doença, o número encontrado sugere que há deficiências na captação da população feminina para exames preventivos, seja pela não-realização do exame ou pela detecção da doença em estágios mais avançados.

A expansão dos recursos contribuiu moderadamente para a redução dos óbitos por doenças crônico-degenerativas, que apresentam correlações negativas em torno de 0,6. Sabe-se que a morbidade por essas patologias vem aumentando ao longo dos últimos anos, e que está associada, basicamente, à urbanização e ao envelhecimento da população, mas considera-se que o óbito em faixas etárias mais jovens é passível de prevenção através do diagnóstico e tratamento precoces, disponíveis na rede de serviços.

Em contraposição aos dados apresentados acima, observa-se que as taxas de óbitos por doenças infecciosas intestinais diminuíram, acentuadamente, no período de expansão da rede de serviços de saúde, apresentando correlações negativas maiores com os serviços (-0,9) e menores com o saneamento (-0,8). Já os óbitos por tétano, apesar de apresentarem frequências reduzidas, inclusive não ocorrendo em alguns anos, merecem destaque devido à disponibilidade de medidas eficazes para a sua prevenção e controle (Figura 3).

A morte por pneumonia e gripe em crianças menores de 4 anos apresentou declínio acentuado com a expansão dos serviços. A correlação com o número de médicos foi de -0,8, enquanto os óbitos para a faixa etária acima de 50 anos oscilaram entre crescimento e queda ao longo da série e os coeficientes dos óbitos não apresentaram associação com a expansão dos recursos.

A mortalidade infantil geralmente decorre das condições socioeconômicas e ambientais e de ações preventivas de imunização e tratamento precoce. A instituição da terapia de reidratação oral (TRO) em Maringá, no início do anos 80, e a melhoria do saneamento contribuíram para o declínio desses óbitos.

Simões e Oliveira¹⁷, 1989 e Ferreira⁴, 1990, atribuem a redução da mortalidade infantil nas últimas décadas, no Brasil, à melhoria do saneamento básico, aos avanços na tecnologia de assistência e da expansão da atenção primária em saúde.

A redução da mortalidade infantil deveu-se, principalmente, ao componente pós-natal, já que neonatal passou a ser maior em termos proporcionais, apre-

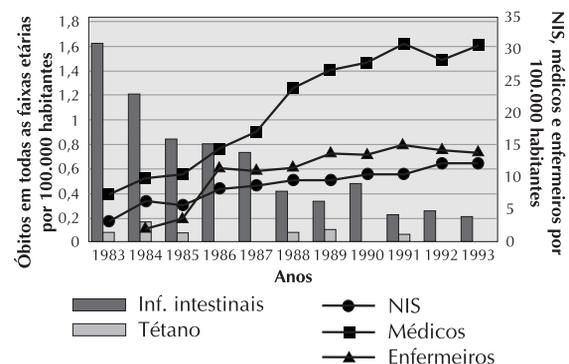


Figura 3 - Evolução dos óbitos por doenças infecciosas intestinais e tétano; Núcleos Integrados de Saúde (NIS), médicos e enfermeiros por 100.000 habitantes/ano, de 1983 a 1993, Maringá, PR.

sentando, ao longo do período, elevação como componente da mortalidade infantil. Em 1980 representava 53% dos óbitos em menores de um ano, passou para 75%, em 1990, e em 1993 foi de 65%. Essa elevação também foi constatada por Souza e Gotlieb¹⁹ (1993), em Maringá, quando 77,3% dos óbitos infantis, em 1989, ocorreram no período neonatal, tendo nas causas perinatais e anomalias congênitas o principal responsável (80%), semelhante ao encontrado no presente estudo.

Esses dados reforçam a necessidade da melhoria da atenção pré-natal, dos cuidados intra-hospitalares e do seguimento sistematizado da criança, em especial a de alto risco.

O nível de escolaridade da mãe também é apontado como variável que permite estabelecer uma distribuição aproximada da mortalidade, pois uma aquisição maior de conhecimento pode resultar numa melhora de cuidados durante a gravidez e com as crianças.

Observa-se em Maringá, principalmente a partir de 1986, uma elevação do percentual de escolarização e uma diminuição do número de óbitos de menores de um ano.

A mortalidade materna por causas, diretamente ligadas à gestação e ao parto, é passível de prevenção, dado o nível de conhecimento e disponibilidade tecnológica nessa área.

No Estado do Paraná, a maioria dos municípios, inclusive Maringá, constituiu comissões de morte materna em 1989, com a finalidade de melhor identificar a ocorrência desses óbitos e estabelecer medidas mais adequadas de controle. A partir desse ano os dados foram coletados tanto junto à comissão de Maringá como das declarações de óbitos, para validação, verificando-se que os dados dessas duas fontes coincidiram.

Frente à realidade nacional, o Município de Maringá apresenta, quando comparado com os dados apresentados por Reichenheim e Wernek¹² (1994), coeficientes mais elevados de mortalidade materna. No Brasil, em 1980, a taxa foi de 0,2 e em Maringá de 0,5 por 1.000 n.v. e em 1988, 0,09 e 0,44, respectivamente.

Maringá tem se destacado pela alta incidência de parto cesária, registrando nos últimos anos um alto índice: 65% do total de parto/ano são cesárias. Para a Organização Mundial da Saúde o índice preconizado é de 10 a 20% (SMSM,1994).

Donalísio² (1993) afirma que “a informação sobre os óbitos pode parecer o fim da linha do processo saúde-doença, pobre para expressar a diversidade das enfermidades. Porém, após um diagnóstico geral da situação das mortes nas cidades, é possível identificar grupos de óbitos que, naquele município, mereçam auditorias específicas. A investigação detalhada desses óbitos sentinelas, em geral, revela as variadas circunstâncias que favorecem a morte; desde as mazelas dos serviços de saúde e outros setores da administração pública, até determinantes mais gerais da situação de vida e de trabalho”.

Reafirma-se, portanto, a intenção de se considerar no presente estudo o caráter exploratório do declínio dos óbitos como indicativo da qualidade dos serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que o investimento em serviços de atenção primária é relevante para o controle de um grande número de patologias e, por isso, as considerações sobre o encontrado necessitam ser relativizadas, para se evitar o risco de cair numa crença falaciosa de que todas as mortes por causas evitáveis são completamente preveníveis quando se conta com serviços de saúde ideais, ou, por outro lado, de que os óbitos por causas consideradas não evitáveis nunca serão controlados ou influenciados pela intervenção médica.

Em relação ao encontrado no presente trabalho, pode-se afirmar, ao se visualizar a evolução dos óbitos e a expansão de uma parte dos serviços de saúde, que esta última, se não foi a determinante principal para o declínio das mortes consideradas evitáveis, teve uma evolução positiva simultânea. No caso das doenças infecciosas intestinais e da pneumonia e gripe em menores de 4 anos, ratifica-se que quando existe o investimento em ações preventivas e terapêuticas de fácil execução obtêm-se resultados bastante profícuos.

Mas em relação às outras causas de óbito, como, por exemplo, as cérebro-vasculares? Ainda que para essas patologias não se consiga perceber imediatamente a mesma evidência, pode-se, a partir da observação dos dados, inferir que na ausência dos serviços poder-se-ia esperar taxas de óbito mais elevadas.

Por outro lado, quando se observa o aumento da mortalidade neonatal é necessário acrescentar considerações contextualizadas sobre a mortalidade

infantil. Em geral, a tendência esperada é que com o declínio desta última, principalmente em seu componente tardio, ter-se-á uma proporção maior de mortalidade neonatal. Esta elevação recente indica a necessidade de uma investigação mais aprofundada, particularmente por causa da alta prevalência de partos cirúrgicos, conhecidamente associados a

uma maior morbidade materna e neonatal quando realizados desnecessariamente.

É possível afirmar que a expansão dos serviços de saúde de Maringá propiciou maior acesso da população aos mesmos. Todavia, essa expansão não foi acompanhada do desenvolvimento de ações preventivas sistemáticas.

REFERÊNCIAS

1. Charlton JRH et al. Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales. *Lancet* 1983; 26:691-6.
2. Donalisio MR. A informação e o município. *Saúde Debate* 1993; 39:64-9.
3. Duchiate MP et al. As mortes "em domicílio" de menores de um ano na região metropolitana do Rio de Janeiro em 1986 - um "evento sentinela" na avaliação dos serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 1989; 5:251-63.
4. Ferreira CEC. Mortalidade infantil e desigualdade social em São Paulo. São Paulo: 1990. [Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde Pública da USP].
5. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), FUNDAÇÃO IBGE. *Municípios brasileiros: crianças e suas condições de sobrevivência*. Brasília: UNICEF/IBGE; 1994.
6. Fundação IBGE. *Censo demográfico de 1991 - Paraná*. sinopse preliminar. Rio de Janeiro: 1994.
7. Gil LMB, Rathwell T. The effect of health services on mortality: amenable and non-amenable causes in Spain. *Int J Epidemiol* 1989; 18:652-7.
8. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Social (IPARDES). *População censitária de Maringá de 1980 a 1993, por zona, sexo e faixa etária*. Curitiba: Base de dados do Estado do Paraná; 1995.
9. Mackenbach JP et al. Regional differences in mortality from conditions amenable to medical intervention in The Netherlands: a comparison of 4 time-periods. *J Epidemiol Community Health* 1988; 42:325-32.
10. Pitta AMF. Avaliação como processo de melhoria da qualidade de serviços públicos de saúde. *Rev Adm Pública* 1992; 26:44-61.
11. Poikolainen K, Eskola J. The effect of health services on mortality: decline in death rates from amenable and non amenable causes in Finland 1969-81. *Lancet* 1986; I:199-202.
12. Reichenheim ME, Werneck GL. Adoecer e morrer no Brasil dos anos 80: perspectivas de novas abordagens. In: Guimarães R, Tavares RAW organizadores. *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
13. Rutstein DD et. al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *N Engl J Med* 1976; 294:582-8.
14. Schwartz E et. al. Black/white comparisons of deaths by medical intervention: United States and the District of Columbia 1980-1986. *Int J Epidemiol* 1990; 19:591-8.
15. Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Saúde do Paraná, SESA/ISEP. *Saúde + informação*. Curitiba; ISEP. 1995.
16. Secretaria Municipal de Saúde de Maringá. *Planos municipais de saúde*. Maringá; SMSM: 1982, 1987, 1990, 1994.
17. Simões CC, Oliveira LAP de. *Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: a situação da fecundidade; determinantes gerais e características da transição recente*. Rio de Janeiro: IBGE; 1989.
18. Solís F et al. Mortalidad infantil, por grupos de causas evitables en los 27 servicios de salud del país (Chile, 1979). *Rev Med Chile* 1982; 110:383-90.
19. Souza RKT de, Gotlieb SLD. Probabilidade de morrer no primeiro ano de vida em área urbana da região Sul, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1993; 27:445-54.