

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA  
DE PORTO ALEGRE \*

Ana Rosária Sant'Anna \*\*  
Denise Rangel Ganzo de Castro Aerts \*\*\*  
Maria de Lourdes Drachler \*\*\*  
Mauro Soibelman \*\*\*  
Teresinha Albina Maraskin \*\*

COMO ESTÁ A SAÚDE DOS PORTO-ALEGRENSES?

Há muitas formas de buscar essa resposta. A epidemiologia tradicionalmente se utiliza dos chamados indicadores de saúde. Entre outros, os mais utilizados são os seguintes.

A esperança de vida ao nascer, em Porto Alegre, no triênio 1979-1981, é de 64,40 anos para o sexo masculino e 74,25 anos para o sexo feminino. Esses valores são maiores do que os estimados para o Rio Grande do Sul e para o Brasil. No entanto, quando comparado com países como o Japão ou a Suécia, observa-se que o porto-alegrense tende a viver menos.

O coeficiente de mortalidade geral (CMG), número total de óbitos ocorrido para cada 1000 habitantes, não se alterou nos últimos 10 anos (Tabela 1).

TABELA 1 - SÉRIE HISTÓRICA DOS COEFICIENTES DE MORTALIDADE GERAL  
POR 1000 HAB. NO RIO GRANDE DO SUL E PORTO ALEGRE, 1980-1989.

ANO	RS	POA
1980	6,74	6,89
1981	6,37	6,73
1982	6,29	6,69
1983	6,47	6,80
1984	6,67	6,90
1985	6,40	6,59
1986	6,45	6,80
1987	6,53	6,84
1988	6,76	7,12
1989	6,18	6,58

Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social  
Equipe de Controle Epidemiológico e Imunizações  
Fonte: I.D.E. - SMSS - RS

\* Serviço de Epidemiologia e Imunizações da Secretaria  
Municipal de Saúde e Serviço Social de Porto Alegre  
\*\* Enfermeira do SEI da SMSS  
\*\*\* Médico do SEI da SMSS

A análise dos óbitos por faixas etárias demonstra que está diminuindo a proporção de mortes de pessoas com menos de 50 anos, principalmente, menores de 5 anos. Esta mudança aponta para uma situação mais favorável, na qual a maioria dos óbitos deve ocorrer em pessoas idosas, evitando a mortalidade precoce e aumentando a esperança de vida (tabela 2).

TABELA 2 - SÉRIE HISTÓRICA DA MORTALIDADE PROPORCIONAL (MP) POR FAIXA ETÁRIA  
NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, 1980 - 1989.

ANO	Menores de 1 ano	1 a 4 anos	5 a 19 anos	20 a 49 anos	acima de 50 anos	Idade Ignorada	Total
1980	12,37%	1,60%	2,77%	10,84%	63,49%	0,93%	100%
1981	10,67%	1,46%	3,03%	19,08%	64,57%	1,19%	100%
1982	10,74%	1,25%	2,59%	24,03%	59,94%	1,46%	100%
1983	9,55%	1,33%	3,09%	17,39%	66,68%	2,05%	100%
1984	10,46%	1,58%	2,69%	18,21%	65,16%	1,90%	100%
1985	9,49%	1,17%	2,37%	17,80%	67,85%	1,32%	100%
1986	7,77%	1,09%	3,01%	18,39%	67,86%	1,88%	100%
1987	6,89%	0,90%	2,83%	18,55%	69,86%	0,97%	100%
1988	6,73%	0,94%	2,67%	18,27%	70,67%	0,72%	100%
1989	5,23%	0,94%	3,24%	20,11%	70,00%	0,48%	100%

SEI - SEI - SMSS  
FONTE: I.D.E./SSPA-RS

$$MP = \frac{\text{No. de Óbitos por Faixa Etária}}{\text{No. Total de Óbitos na População}} \times 100$$

Os 5 principais grupos de causas de morte, responsáveis por mais de 70% destes óbitos, praticamente mantiveram sua posição inalterada na última década. As doenças do aparelho circulatório ocupam o primeiro lugar, seguidas pelas neoplasias (tumores), doenças do aparelho respiratório e causas externas (acidentes, homicídios, suicídios). A partir de 1983, o quinto lugar, ocupado até então pelas afecções do período perinatal (problemas relacionados com a gestação e parto), passou para as doenças do aparelho digestivo (Tabela 3).

A mortalidade infantil (morte de menores de 1 ano) tem diminuído muito desde 1980, quando havia 37 óbitos por 1000 nascidos vivos e, em 1989, baixou para 14 óbitos (Tabela 4).

TABELA 3: SÉRIE HISTÓRICA DAS CINCO PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITO E ÍNDICE DE MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSA NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, 1980 / 1989.

1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
DAC (37,6%)	DAC (38,7%)	DAC (37,3%)	DAC (37,8%)	DAC (37,6%)	DAC (37,5%)	DAC (36,7%)	DAC (36,2%)	DAC (38,3%)	DAC (31,5%)
NEOPL (16,8%)	NEOPL (17,3%)	NEOPL (17,8%)	NEOPL (17,5%)	NEOPL (16,8%)	NEOPL (18,3%)	NEOPL (19,3%)	NEOPL (17,6%)	NEOPL (17,3%)	NEOPL (18,3%)
DAR (11,8%)	DAR (10,3%)	DAR (10,6%)	DAR (12,5%)	DAR (13,0%)	DAR (10,7%)	DAR (11,9%)	DAR (12,5%)	DAR (12,8%)	DAR (12,0%)
CE (8,9%)	CE (9,9%)	CE (16,5%)	CE (9,9%)	CE (9,0%)	CE (9,5%)	CE (9,8%)	CE (10,5%)	CE (5,9%)	CE (11,6%)
APH (5,2%)	APH (5,1%)	APH (5,6%)	DAR (5,0%)	DAR (5,1%)	DAR (5,6%)	DAR (5,9%)	DAR (6,1%)	DAR (5,4%)	DAR (5,6%)

Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social  
Equipe de Controle Epidemiológico e Imunizações  
Fonte: DIBS / SSPA - RS.

DAC = DOENÇA DO APARELHO CIRCULATORIO  
NEOPL = NEOPLASIA  
DAR = DOENÇA DO APARELHO RESPIRATORIO  
CE = CAUSAS EXTERNAS  
APH = AFECÇÕES DO PERÍODO PERINATAL  
DAR = DOENÇA DO APARELHO DIGESTIVO

$$\text{ÍNDICE DE MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSA} = \frac{\text{No. de Óbitos pela causa}}{\text{No. Total de Óbitos}} \times 100$$

TABELA 4: QUADRO COMPARATIVO DOS COEFICIENTES DE MORTALIDADE NEONATAL (CPM), COEFICIENTES DE MORTALIDADE INFANTIL TARDIA (CHIT) E COEFICIENTES DE MORTALIDADE INFANTIL (CHI) POR 1000 MENORES DE 1 ANO NO RIO GRANDE DO SUL E NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, 1980-1989.

ANO	Coef. Mort. Neonatal		Coef. Mort. Infantil tardia		Coef. Mort. infantil	
	RS	POA	RS	POA	RS	POA
1980	18,92	20,00	19,32	16,46	38,96	37,24
1981	18,43	17,89	16,05	12,88	34,80	30,99
1982	17,56	19,48	15,28	13,17	33,17	33,01
1983	15,59	14,08	13,26	12,77	29,13	27,41
1984	15,02	15,24	16,05	14,83	31,23	30,17
1985	13,65	13,74	12,56	11,50	26,81	25,91
1986	12,65	11,70	10,81	8,56	24,38	21,68
1987	12,64	10,25	9,85	8,77	22,72	19,17
1988	12,32	10,13	9,58	9,03	21,96	19,31
1989	10,12	8,24	8,04	5,89	18,49	14,25

FONTE: Serviço de Estatística - DIBS / SSPA.

\* calculado a partir dos dados fornecidos pelo Serviço de Estatística - DIBS / SSPA  
\*\* dado preliminar calculado com base na Vigilância da Mortalidade Infantil - ICEI / SPSSS

Esta diminuição ocorreu tanto nos primeiros 28 dias de vida (mortalidade neonatal) como nos 11 meses seguintes (mortalidade infantil tardia). Entre todas as crianças que morreram no primeiro ano de vida, em 1990, 19% morreram já nas primeiras 24 horas e, 55% no 1º mes. Quando analisamos as causas de morte desta faixa etária, observamos que 44% delas resultaram de problemas do período perinatal. Esse problema poderá ser melhorado através de adequada assistência à gestação, ao parto, ao recém nascido e à nutriz.

Em segundo lugar estão as Doenças Respiratórias Agudas, seguidas pelas Mal Formações Congênitas. As Doenças Diarréicas, responsáveis pela alta mortalidade infantil no país, em POA ocupam o quinto lugar com menos de 5% dessas mortes.

Quando analisamos a mortalidade infantil por áreas geográficas do município, observamos que a distribuição das mortes não é uniforme. Um exemplo disto é a comparação do número de óbitos ocorridos em 1989 no bairro das Três Figueiras (1 óbito), M. de Ventos (2 óbitos), Bom Fim e Cidade Baixa (3 óbitos) com os ocorridos na Restinga Velha (11 óbitos), Lomba do Pinheiro (17 óbitos) ou Vila Bom Jesus (19 óbitos).

A natimortalidade (crianças nascidas mortas), nos últimos anos, correspondeu a mais de 40% de todos os atestados de óbitos de menores de 1 ano registrados, em Porto Alegre.

A mesma diminuição observada no coeficiente de mortalidade infantil, como um todo, também ocorre no coeficiente de mortalidade em pré-escolares (morte de crianças entre 1 e 4 anos para cada 1000 crianças da mesma idade) (Tabela 5).

TABELA 5: SÉRIE HISTÓRICA DOS COEFICIENTES DE MORTALIDADE EM MENORES DE 5 ANOS NO MUNICÍPIO DE POA, 1980-1988.

ANO	Coef. de Mortalidade em menores de 5 anos
1980	9,26
1981	7,82
1982	8,24
1983	7,03
1984	7,07
1985	6,64
1986	5,67
1987	5,00
1988	5,10

FONTE: ECEI - DSP - SPSSS.

$$\text{CMS} = \frac{\text{No. óbitos em menores de 5 anos}}{\text{Pop. estimada menores de 5 anos}} \times 100$$

### ATÉ QUE PONTO ESSAS INFORMAÇÕES NOS AJUDAM A CONHECER A SAÚDE DA POPULAÇÃO?

Para o entendimento das características particulares do processo saúde-doença em Porto Alegre e, dentro dele, a forma como se organizam os serviços de saúde, temos que entendê-lo, simultaneamente, como parte e produto da realidade global que é a sociedade brasileira.

Vendo por este lado, fica claro que os indicadores de morbimortalidade não dão conta da complexidade da situação de saúde daqueles que vivem em Porto Alegre. No entanto, podem nos auxiliar a compreender aspectos fundamentais desta realidade: doença e morte. Por outro lado, estatísticas de mortalidade falam do passado; refletem-no indiretamente e de forma negativa, medindo a doença através de seu pior desfecho, a morte. Sabemos que quanto mais altos forem os coeficientes de mortalidade, mais fácil será reduzi-los através de ações de assistência à saúde e saneamento básico. Contudo, sua diminuição não significa, necessariamente, que tenha ocorrido melhora real na qualidade de vida das pessoas.

Além de limitarem-se à "não saúde" - doença e morte - existem diversos problemas comprometendo a confiabilidade desses dados. Um exemplo disso é o número de casos de sarampo, informação indispensável para a tomada de decisões na área da saúde pública. Sua contagem baseia-se em informações prestadas por médicos, ambulatorios, hospitais e outros serviços que atendem à população. Casos diagnosticados e não comunicados ao órgão responsável não são incluídos na contagem; conseqüentemente, o número final está errado. Estudos já realizados confirmam que isso vem ocorrendo, com frequência, em Porto Alegre.

Outro exemplo importante surge da análise da mortalidade com base nos chamados atestados de óbito. Em 1990, o Serviço de Epidemiologia da SMSSS realizou um estudo da mortalidade em Porto Alegre analisando cópias das Declarações de Óbito solicitadas ao DIDS-SSMA. Este estudo apresentou uma série de limitações devido aos seguintes fatores: (a) elevada frequência de declarações mal preenchidas, a maioria delas com várias informações sumariamente omitidas ou incorretas; (b) repasse de declarações de óbitos pelo DIDS-SSMA à SMSSS em número inferior ao do total de óbitos ocorridos no município, em 1990. Além da validade deste estudo estar comprometida pelos motivos já descritos, não foi possível a realização nem mesmo de um estudo preliminar da mortalidade geral, em 1991. Isso ocorre devido à interrupção do repasse das cópias de declarações de óbitos da mortalidade em maiores de 1 ano no município desde os primeiros meses deste ano. Tais problemas se repetem quanto às notificações de doenças transmissíveis agudas que também são repassadas de forma incompleta.

Portanto, o atual processo de recolhimento e processamento centralizado em um órgão do nível estadual

acrescenta inúmeras dificuldades na utilização eficiente dessa poderosa fonte de informações sobre um aspecto da saúde de inegável importância.

### COMO SUPERAR TAIS DIFICULDADES?

Acreditamos na importância de implementar um Sistema Municipal de Informações que permita analisar, além dos tradicionais indicadores de saúde, informações referentes à organização do Estado frente às necessidades da população. Esta organização abrange desde a forma como são definidos problemas, estabelecidas prioridades e estratégias, até distribuição de serviços e recursos.

A integração do Sistema Municipal de Informações locais com o nível regional e federal é imprescindível. Mas, além disso, é decisivo alocar recursos financeiros para a compra de equipamentos, desenvolvimento e valorização de recursos humanos, política salarial justa para trabalhadores da saúde, bem como o desenvolvimento de estudos populacionais, geradores de importantes informações sobre a saúde da população. Desta forma será possível conhecer a diversidade das condições de vida e de trabalho, importantes mediadores da inserção sócio-econômica dos grupos e parte dos determinantes concretos da distribuição desigual do risco de adoecer e morrer.

Com esta preocupação, a Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social vem realizando o Estudo do Desenvolvimento e Estado Nutricional de Menores de 5 Anos de Porto Alegre. Trata-se de um estudo que envolve uma amostra com 3400 crianças selecionadas entre toda a população desta faixa etária.

Muitas informações sobre as crianças e suas famílias foram colhidas e, até o momento, somente alguns dados foram analisados. O estudo preliminar do estado nutricional, mostrou que em Porto Alegre existem, proporcionalmente, menos crianças desnutridas do que no país. Ao compararmos o perfil nutricional das crianças de Porto Alegre com o padrão internacional -NCHS- proposto pela Organização Mundial da Saúde, não observamos diferenças. Mas, como dissemos anteriormente, falar da população não é falar das diferentes classes que a compõe. Quando analisamos separadamente as crianças que vivem em condições mais adversas, constatamos que a desnutrição se concentra mais neste grupo.

Outra forma de avaliar a saúde, sem a utilização de indicadores de morbimortalidade, é a análise da cobertura vacinal. A meta é vacinar 95% das crianças menores de 1 ano com a vacina anti-sarampo e 90% delas com a Sabin (paralisia infantil) e tríplice (difteria, tétano e coqueluche). Analisando a cobertura vacinal no período de 1980-1989, podemos observar que em 1980 essa meta foi atingida. A partir de então, a cobertura vacinal vem decrescendo progressivamente, tendo atingido o nível mínimo em 1989 com cerca de 50% das crianças vacinadas. A taxa de abandono do esquema vacinal também se encontra abaixo do desejável.

Assim, é possível dizer que, em Porto Alegre, pouco mais da metade das crianças menores de 1 ano iniciam o esquema vacinal e, mesmo assim, um número considerável não consegue concluí-lo.

Ante a gravidade desse quadro, a SMSSS definiu as seguintes estratégias para abordar o problema em suas Unidades Sanitárias (Quadro 1).

**QUADRO 1-ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A COBERTURA VACINAL NAS ÁREAS DE ATUAÇÃO DAS UNIDADES SANITÁRIAS DA SMSSS - 1990.**

- Ampliar e motivar as equipes de saúde;
- Atualizar todas as carteiras de vacinas da clientela das unidades sanitárias (U.S.), creches, obras assistenciais e centros infantis da Prefeitura;
- Oferecer diariamente todas as vacinas disponíveis na rede pública;
- Registrar, também no gráfico de crescimento e desenvolvimento da criança, todas as vacinas administradas;
- Realizar "varredura" nos locais de concentração da população mais carente, dentro das áreas de abrangência das U.S. municipais;
- Trabalhar em conjunto com as CLIS e a CIMS no sentido de motivar a população para a melhoria da cobertura;
- Abrir posto de vacinação provisório no centro da cidade, facilitando o acesso das pessoas durante período de greve em outras instituições.

fonte:SEI-SMSSS-1990

O desenvolvimento dessas ações, aliado ao incremento de recursos humanos, refletiu-se em recuperação da taxa de cobertura vacinal e diminuição da taxa de abandono, estimadas em relação à clientela das Unidades Sanitárias da SMSSS. É possível que a adoção de medidas semelhantes em toda a rede pública no município de Porto Alegre possa estender tais benefícios a toda a população.

Ainda avaliando serviços, comparamos dados referentes aos DIAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO, (Tab.6), nas Unidades Sanitárias da SMSSS. Observamos que houve diminuição importante do percentual de crianças que estavam com o esquema vacinal básico em atraso. Isto nos leva a concluir que o trabalho realizado por estas Unidades Sanitárias, a partir de 1990, no sentido de melhorar a cobertura vacinal e diminuir a taxa de abandono às crianças, vem alcançando seus objetivos.

TABELA 6:

PERCENTUAL DE CRIANÇAS COM ATRASO NO ESQUEMA BÁSICO NAS UNIDADES SANITÁRIAS DA SMSSS, DIA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A PARALISIA INFANTIL,1991.

VACINAS APLICADAS:	SABIN-DPT Nº %	SARAMPO Nº %	BCG Nº %
I DIA NACIONAL	395 1,6	329 14,0	1458 76,7
II DIA NACIONAL	126 0,7	99 0,5	248 1,3

Fonte: ECEI - DSP - SMSSS

Outro componente decisivo para o sucesso da epidemiologia, enquanto subsídio de transformações na sociedade, é a participação popular. O desvendamento da realidade, integrando conhecimento científico e popular, realinhados e reinterpretados pela população e serviços, possibilita um novo entendimento dessa realidade.

Neste sistema proposto, a epidemiologia deve ser utilizada para conhecer, programar, acompanhar e avaliar tanto as ações como a política social em saúde. E, mais ainda, é seu papel, além de ser fonte de informação para o planejamento, instrumentalizar transformações sociais, desvendando desigualdades, contradições, revelando os objetivos concretos dos homens na construção social do processo saúde-enfermidade.