

ESTUDO DOS INDICADORES DE SAÚDE DE PITANGA E SANTA MARIA DO OESTE, NO PERÍODO DE 1980 A 1993

Rute Grossi^{*}, Alessandra Massi Puziol⁺ e Maria Teresa Malaquias[#]

RESUMO. Este estudo foi elaborado com a finalidade de analisar e traçar um perfil epidemiológico dos municípios de Pitanga e Santa Maria do Oeste, localizados na região central do Estado do Paraná, baseado nas tendências da estrutura demográfica e indicadores de saúde, no período de 1980 a 1993. Constatamos que houve uma mudança na estrutura etária, demonstrando uma tendência ao envelhecimento da população, e o aumento das doenças respectivas a essa faixa etária - as doenças crônico-degenerativas. Apesar da melhoria dos serviços de saúde, verificamos que as doenças infecto-contagiosas ainda permanecem significativas. As causas mal definidas refletem a má qualidade das informações, dada a subnotificação e/ou negligência no preenchimento das declarações de óbito.

Palavras-chave: indicadores de saúde, mortalidade, saúde pública.

HEALTH INDICATORS OF PITANGA AND SANTA MARIA DO OESTE MUNICIPALITIES, BETWEEN 1980 AND 1993

ABSTRACT. This study was elaborated with the purpose of analysing and drawing an epidemiological profile of Pitanga and Santa Maria do Oeste municipalities, both situated in the central region of the State of Paraná, in Brazil. It is based on the demographic structure trends and health indicators, between 1980 and 1993. The results show that there was a change in the age structure, indicating a trend towards the population aging and the increase of its characteristic illness - the chronic degenerative diseases. Although the health

^{*} 22ª Regional de Saúde-Paraná. Avenida São Domingos, 1653, 87040-000, Maringá-Paraná, Brasil.

⁺ Prefeitura Municipal de Paranavaí-Paraná, Brasil.

[#] Universidade Estadual de Maringá, Av. Colombo, 5790, Câmpus Universitário, 87020-900, Maringá-Paraná, Brasil.

Correspondência para Rute Grossi.

Data de recebimento: 27/09/96.

Data de aceite: 03/03/97.

services improved, it was verified that the infectious diseases are still significant. The ill-defined causes reflect the bad quality due to the neglect in filling out death certificates.

Key words: health indicators, public health, death rate.

INTRODUÇÃO

Pensar a saúde brasileira, na atualidade, exige uma análise das condições de vida da população, que possa expressar como está a saúde da mesma, ou seja, uma análise que considere os fatores socioeconômicos e culturais, estritamente relacionados à qualidade de vida.

É necessário entender que os estudos sobre os níveis de saúde revelam desigualdades entre as regiões do Brasil, ou seja, a diminuição da mortalidade geral e/ou infantil não ocorre na mesma proporção, indicando que as diferenças nas condições socioeconômicas e culturais influenciam o perfil epidemiológico destas regiões (Rouquayrol e Kerr-Pontes, 1994).

Segundo Barreto e Carmo (1994), apesar destas diferenças regionais, é notório que a diminuição da mortalidade, relacionando-se com a queda na fecundidade, reflete na estrutura demográfica, indicando o processo de envelhecimento populacional. Estes autores colocam também que as modificações na composição da mortalidade por grupo de causas, tais como a queda e certa estabilização no quadro das doenças infecciosas e parasitárias e ascensão de outras como as doenças cardiovasculares, neoplasmas e causas externas, são tendências nos padrões epidemiológicos, que interferem na estrutura demográfica.

Ao estudarmos os indicadores de saúde, verificamos que estes nos fornecem parâmetros para avaliar os níveis de saúde da população brasileira, sendo: Coeficiente de Mortalidade Geral; Coeficiente de Mortalidade Infantil; Mortalidade Proporcional por Causas e por Faixa Etária, entre outros (Rouquayrol e Kerr-Pontes, 1994).

Outro fator considerado essencial é que, através da análise dos indicadores de saúde, delinear-se-á um perfil epidemiológico de uma dada realidade, podendo-se constituir num dos instrumentos para planejamento das políticas de saúde, vigilância de agravos à mesma e avaliação dos serviços existentes (Rouquayrol e Kerr-Pontes, 1994).

Devido à importância dos indicadores de saúde cabe ressaltar que os dados obtidos podem sofrer os reflexos de variáveis intervenientes,

relacionadas à qualidade dos serviços de registro de dados vitais (Rouquayrol e Kerr-Pontes, 1994).

O sub-registro de dados também permeia este estudo, levando-nos a ter cautela em relação às análises dos indicadores de saúde do município de Pitanga - região central do Paraná e, conseqüentemente, de Santa Maria do Oeste (distrito do município em questão, até 1992), pois existe a subnotificação tanto dos óbitos, quanto do registro de nascidos vivos, além do que os óbitos são registrados segundo local de ocorrência e não de residência.

Este estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico dos municípios de Pitanga e Santa Maria do Oeste, a partir das tendências da estrutura demográfica e indicadores de saúde, propiciando subsídios para a avaliação dos serviços existentes e das condições de vida da população.

Com este estudo, será possível ampliar a discussão e planejamento dos serviços de saúde, buscando na prevenção dos agravos e controle de doenças, a melhoria na qualidade de vida da população que vive nesta região.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para obtenção dos dados populacionais, utilizamos como fonte os censos demográficos do Brasil nos anos de 1980 e 1991, realizados pela FIBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

Os dados de mortalidade foram analisados com base nos óbitos por local de residência, segundo causas, sexo e faixa etária, fornecidos através do Sistema de Informações sobre Mortalidade da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná.

Sobre os dados obtidos para o estudo dos indicadores de saúde, faz-se necessário explicar que em alguns momentos estaremos nos referindo ao período compreendido entre 1986 a 1993, pela indisponibilidade dos dados relativos aos anos de 1980 a 1985, que poderiam estar ampliando o processo de análise.

Os dados colhidos foram trabalhados, através do cálculo dos coeficientes de natalidade, de mortalidade geral, mortalidade infantil, mortalidade por causas e sexo. Elaborou-se a curva de Nelson Moraes para representação gráfica dos vários índices de mortalidade proporcional, segundo grupos etários prefixados (Rouquayrol, 1994).

Os diferenciais na mortalidade por causa básica foram discutidos segundo os 17 capítulos da CID (Código Internacional de Doenças, 1985) - 9ª revisão.

O tratamento estatístico permitiu analisar os dados qualitativamente, identificar tendências nas condições de saúde da região em estudo, além de levantar dados que podem ser extremamente úteis como guia para outras investigações.

Descrição dos municípios

Os municípios de Pitanga e Santa Maria do Oeste situam-se na região central do Estado do Paraná. Segundo dados populacionais do último censo demográfico realizado no Brasil (FIBGE), em 1991, a população destes municípios era de 64.213 e 13.245 habitantes respectivamente.

Dentre as atividades econômicas, predominam as atividades agrícolas, pecuária e extração vegetal.

Observa-se que o êxodo rural ocorre em número significativo, em função das dificuldades enfrentadas pela população e da esperança em encontrar vida melhor nas cidades.

Santa Maria do Oeste, por se tratar de um município emancipado há apenas quatro anos, caracteriza-se pelo baixo poder econômico, carecendo de infra-estrutura básica.

A inserção do município de Santa Maria do Oeste nesse estudo, que apresenta características semelhantes às do município de Pitanga, será de fundamental importância, proporcionando subsídios para estruturação dos serviços de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estrutura demográfica

Em estudos sobre transição demográfica percebe-se uma tendência a modificar a pirâmide populacional por faixa etária (Patarra, 1990). Com uma redução dos coeficientes de fecundidade e mortalidade, observa-se o início do processo de envelhecimento da população. Este processo gera uma problemática no que diz respeito à saúde: doenças crônicas que requerem tratamento contínuo e de alto custo; agravada pelo fato de persistirem, enquanto prioridades, problemas como desnutrição e doenças infecciosas (Ramos *et al.*, 1987).

Na região de Pitanga e Santa Maria do Oeste, em 1980, temos uma pirâmide que apresenta grande afunilamento, possivelmente revelando altas taxas de mortalidade e fecundidade entre a população mais jovem e,

conseqüentemente, reduzindo o número de idosos. Além das variáveis mencionadas, existe outro fator que pode estar relacionado à estrutura populacional, que é a migração, considerando que Pitanga e Santa Maria são regiões onde predomina a atividade agrícola. Segundo Laurenti (1990), vem ocorrendo no Brasil a migração rural e de pequenos núcleos urbanos para as grandes cidades.

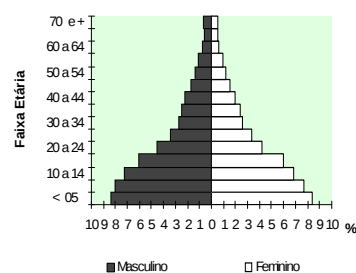


Figura 1. População por sexo e faixa etária, Pitanga-PR, 1980. Fonte: IBGE.

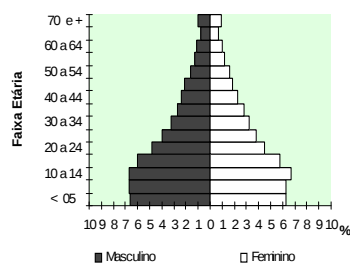


Figura 2. População por sexo e faixa etária, Pitanga-PR, 1991. Fonte: IBGE.

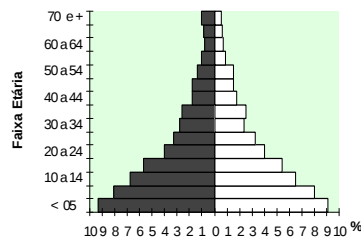


Figura 3. População por sexo e faixa etária, Santa Maria do Oeste-PR, 1980. Fonte: IBGE.

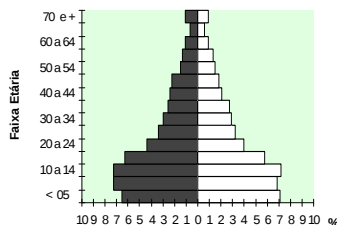


Figura 4. População por sexo e faixa etária, Santa Maria do Oeste-PR, 1991. Fonte: IBGE.

Nas Figuras 1 e 3 visualiza-se este afunilamento, revelando uma estrutura típica de países de terceiro mundo. No ano de 1991, constata-se uma mudança proporcional entre as faixas etárias, podendo estar relacionada à diminuição da mortalidade e fecundidade, reflexo da realidade do país, como mostram as Figuras 2 e 4.

Desse modo, há um aumento, ainda de pouca expressão, na população idosa. Segundo Ramos *et al.* (1987), uma das características principais deste processo de envelhecimento é que tem ocorrido sem uma real melhoria nas condições de vida da população.

Para Patarra (1990), a estrutura etária brasileira em transformação vem alterando a proporção dos grupos etários. A proporção de jovens e crianças se reduzindo, a população adulta mais volumosa, o grupo de idosos crescendo, implica alteração da estrutura familiar, na inserção no mercado de trabalho, nas possibilidades e necessidades de acesso a atendimento em saúde, educação, transporte e outros tantos benefícios sociais. Com isto, apresentam-se sérios problemas ao sistema previdenciário.

Segundo Barreto e Carmo (1994), há diversidades importantes entre as macro e microrregiões no interior do país, que transparecem no surgimento de problemas como a violência, as doenças e agravos à saúde, de origem ambiental e ocupacional - problemas característicos de países desenvolvidos, e, por outro lado, os remanescentes problemas como dengue e cólera, além de outras doenças endêmicas (Chagas, malária etc) - típicas de países em desenvolvimento. Estas diversidades expressam a contradição das melhorias alcançadas, necessitando passar por um processo de reflexão desta realidade e suas implicações para as políticas de saúde.

Coeficiente de natalidade, coeficiente de mortalidade geral e coeficiente de mortalidade infantil

No coeficiente de natalidade ocorre uma redução significativa de 1980 a 1991: 18,7 nascidos vivos por 1.000 habitantes para 13,2 voltando a crescer em 1993 para 18,3 (Figura 5). A subnotificação dos registros de nascidos vivos é um fator que influencia a discussão deste coeficiente.

É possível interpretar que houve maior ênfase nas medidas de planejamento familiar e/ou melhora na qualidade de serviços e informações das notificações de nascidos vivos.

Na Figura 5, os dados demonstram um decréscimo no coeficiente de mortalidade geral em 13,9%, durante os anos de 1980 a 1993, na região de Pitanga. A mortalidade geral pode estar relacionada com a redução da mortalidade infantil e também em função dos óbitos serem registrados segundo o local de ocorrência e não de residência. Laurenti (1990) aponta a procura de serviços especializados em locais que oferecem mais recursos e que, conseqüentemente, acabam por computar os óbitos para o local em questão.

A mortalidade infantil apresenta grande relevância como indicador de saúde, pois possui uma sensibilidade expressiva em relação às condições de vida da população, embora também apresente distorções determinadas pela qualidade de registro de nascidos vivos, quanto de óbitos em menores de um ano (Rouquayrol e Kerr-Pontes, 1994).

O coeficiente de mortalidade infantil mostra sensibilidade aos diferentes contextos socioeconômicos e às acentuadas disparidades regionais.

Segundo Szwarcwald *et al.* (1992:38),

a instabilidade do processo de queda nos últimos anos tem sido explicada pelo agravamento recente das desigualdades sócio-econômicas. As flutuações dos coeficientes parecem estar relacionadas às condições de vida da população, determinadas pelas variações da economia. Os efeitos negativos desencadeados pela agudização da pobreza interagem com os efeitos intermediadores, como a implementação de políticas sociais e de programas de prevenção e controle de doenças, resultando ora em aumento, ora em declives, conforme o desempenho relativo desses fatores.

No município de Pitanga observou-se um declínio no coeficiente de mortalidade infantil em 1980 de 31,1 para 15,3 em 1993, ocorrendo significativas oscilações durante este período. No entanto, são necessários alguns comentários sobre a região, que é uma área composta por zonas rurais, e ainda carecendo de infra-estrutura básica. Laurenti (1990) faz observação quanto à existência de cemitérios clandestinos, em regiões mais pobres e que isto vai influenciar os números que representam a mortalidade infantil.

Os dados apresentados sobre o coeficiente de mortalidade infantil, na região de Pitanga, apontam caminhos para estudos mais aprofundados e elucidativos sobre a questão.

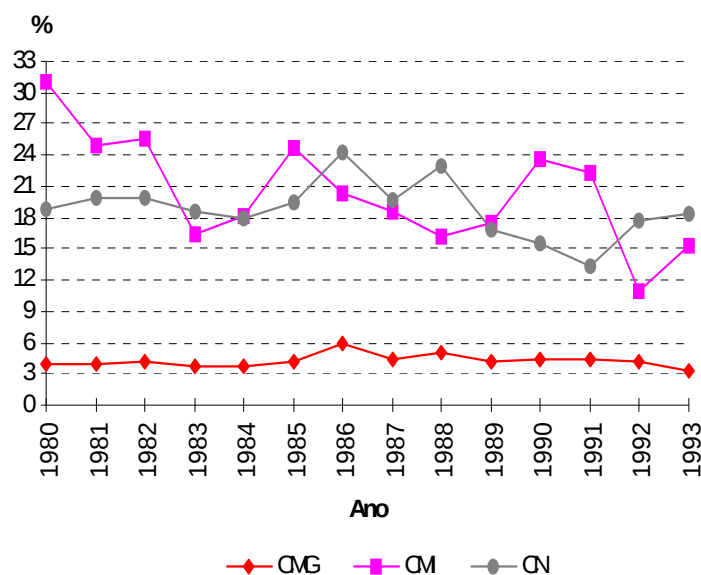


Figura 5. Coeficiente de natalidade*, coeficiente de mortalidade infantil** e coeficiente de mortalidade geral***, Pitanga-PR, 1980 a 1993.

Fontes: IBGE/Censo Demográfico, IBGE/Estatística de Registro Civil, Sesa - PR.

* por 1.000 habitantes, ** por 1.000 nascidos vivos, *** por 1.000 habitantes

Mortalidade infantil por causas

No período de 1986 a 1993, a mortalidade infantil no município de Pitanga apresenta como principais causas os sintomas, sinais e afecções

mal definidas, seguida das afecções originadas do período perinatal, doenças infecciosas e parasitárias, anomalias congênitas e doenças do aparelho respiratório (Figura 6).

A primeira causa básica da mortalidade infantil, as mal definidas, implica uma série de considerações, ou seja, possivelmente revela os reflexos da crise da assistência à saúde no Brasil, a precariedade dos serviços disponíveis, a falta de acesso a estes serviços, principalmente nas zonas rurais. No caso de Pitanga, somam-se a estas dificuldades a procura por formas alternativas de assistência como benzedeiras e curandeiros, revelando, por parte da população, uma concepção da doença numa ótica sobrenatural.

As doenças originadas do período perinatal e as anomalias congênitas que se apresentam, respectivamente, como 2ª e 4ª causas entre óbitos infantis, são patologias que poderiam ser controladas, através de cuidados e assistência no pré-natal, parto e recém-nascido. O que se verifica nas zonas rurais de Pitanga é uma demanda muito grande pelos serviços de parteiras, até porque o atendimento médico nessas localidades era realizado em menor frequência, pois, nem todas as localidades possuem um miniposto de saúde.

As doenças infecciosas e parasitárias, que aparecem como 3ª causa, refletem as condições socioeconômicas da população, indicando o acesso a serviços básicos de saúde, saneamento básico, habitação etc, têm seu declínio, pouco representativo no período analisado, mas que pode revelar uma melhoria nas condições gerais de vida e de políticas de assistência à saúde. Esta causa e as doenças do aparelho respiratório estão relacionadas aos componentes pós-neonatal (maiores de 28 dias até um ano) (Rouquayrol e Kerr-Pontes, 1994).

O período de 1986 a 1993 considerado para análise, devido à impossibilidade de acesso aos dados dos anos anteriores, não nos permite verificar expressividade na queda das taxas de mortalidade infantil por causa.

Mortalidade proporcional por faixa etária

Observando a curva de mortalidade proporcional por faixa etária nos anos de 1986 e 1993 (Figura 7), verificamos que os óbitos vêm, gradualmente, se deslocando para idades mais avançadas. Desse modo, constatamos o aumento e a melhora nas condições de saúde da população idosa.

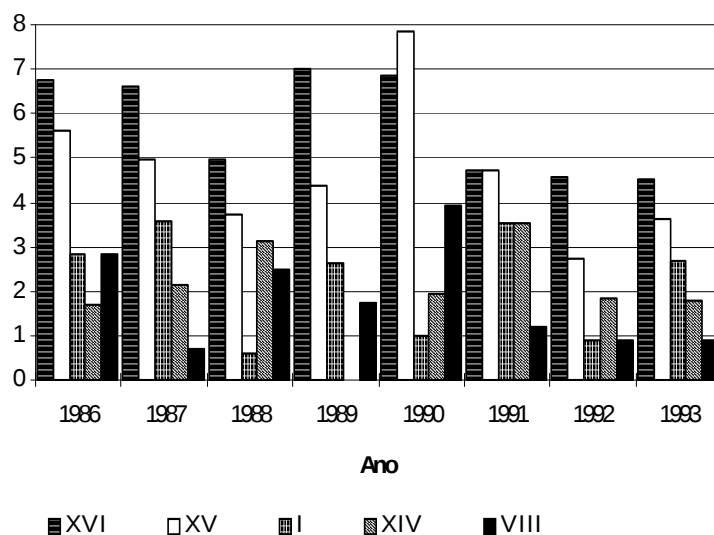


Figura 6. Coeficiente de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos), segundo as principais causas, Pitanga-PR, 1986 a 1993.

Fontes: IBGE/Estatística de Registro Civil, Sesa - PR
 XVI - Sintomas, sinais e afecções mal definidas
 XV - Algumas afecções originadas do período perinatal
 I - Doenças infecciosas e parasitárias
 XIV - Anomalias congênitas
 VIII - Doenças do aparelho respiratório

O índice de Swaroop e Uemura, que se constitui em excelente indicador do nível de saúde e, em consequência, do nível de vida, (Rouquayrol e Kerr-Pontes, 1994), demonstra os valores de 57,5% em 1986, e de 64,9% em 1993, na região de Pitanga. Percebe-se um aumento de 7% na mortalidade referente à faixa etária de 50 e mais anos, classificando Pitanga no 2º grupo deste indicador. Embora fazendo parte deste grupo, observa-se que as características pertinentes ao mesmo não podem ser atribuídas de forma homogênea a todas as regiões do município, uma vez que existem disparidades nos seus aspectos sócio-econômicos. O sub-registro de óbitos é um fator que pode estar permeando os dados deste indicador.

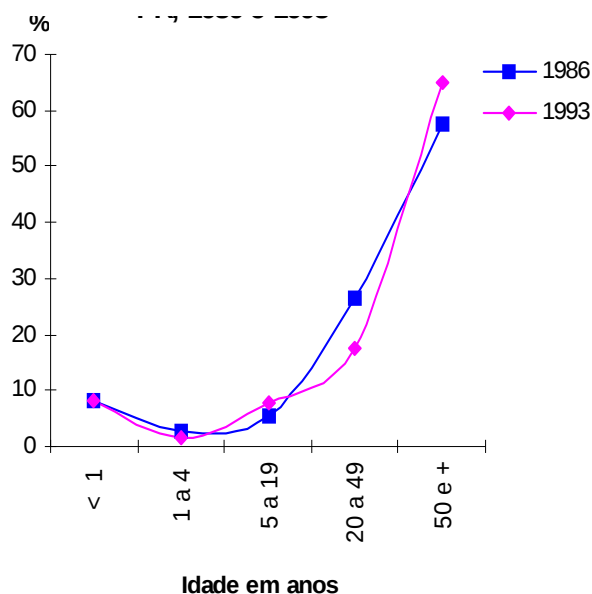


Figura 7. Curvas de mortalidade proporcional, Pitanga-PR, 1986 e 1993.

Fonte: Sesa -PR

Mortalidade geral segundo as principais causas

Os indicadores de mortalidade geral do município de Pitanga demonstram como principal causa os sintomas, sinais e afecções mal definidas e, conforme mencionado anteriormente, revelam a má qualidade das informações e, possivelmente dos serviços de saúde, entre os anos de 1986 a 1990.

Após este período, manifesta-se o deslocamento das doenças do aparelho circulatório para um primeiro plano com um coeficiente de 14,5 em 1991, e juntamente com os neoplasmas (4ª causa) evidenciam o surgimento de doenças crônico-degenerativas, típicas de países desenvolvidos. Com isso, pode-se dizer que houve sensível diferença na qualidade das informações dos óbitos por causa e estar relacionando estes aspectos com a transição epidemiológica.

Laurenti (1990) refere que o aumento na esperança de vida, as notificações de óbitos deficientes e incompletas, o controle de doenças infecciosas e parasitárias e o início de destaque para as doenças crônico-degenerativas são características de países que estão passando por uma

transição epidemiológica. O Brasil está parcialmente inserido neste grupo, porém apresenta variáveis intervenientes que não permitem situá-lo de forma estanque no grupo de transição descrito.

No município de Pitanga as causas externas apresentam um declínio nos seus coeficientes, que passam de 7,7 em 1986 para 3,8 em 1993, sendo influenciadas pelo uso indiscriminado de agrotóxicos, devido à atividade agrícola na região, violência, homicídios, acidentes etc.

Em relação às doenças do aparelho respiratório percebemos uma oscilação e um pequeno aumento na ordem de 2,5% que sugere relação com o consumo de tabaco.

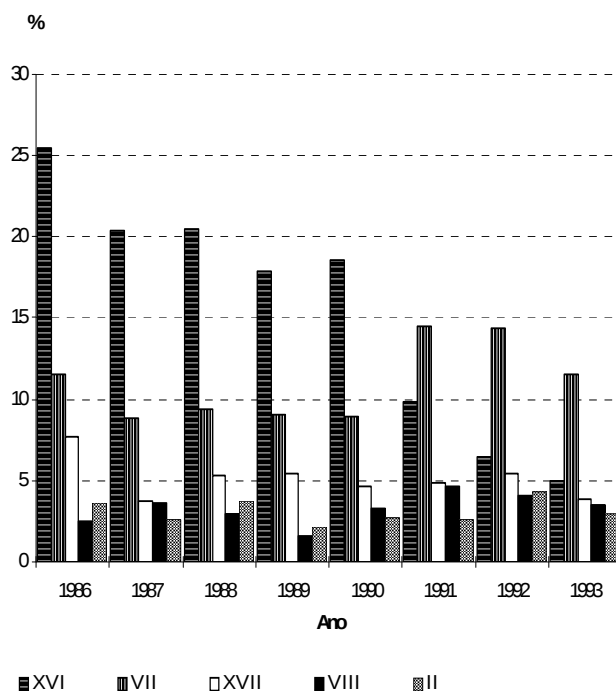


Figura 8. Coeficiente de mortalidade geral (por 10.000 habitantes), segundo as principais causas, Pitanga-PR, 1986 a 1993.

Fontes: IBGE/Estatística de Registro Civil, Sesa - PR

XVI - Sintomas, sinais e afecções mal definidas

VII - Doenças do aparelho circulatório

XVII - Causas externas

VIII - Doenças do aparelho respiratório

II - Neoplasmas

Mortalidade por sexo

Nos municípios de Pitanga e Santa Maria do Oeste, as doenças do aparelho circulatório constituem a primeira causa de morte em ambos os sexos. Em Pitanga, apresentam o coeficiente de 12,9 no sexo masculino e 9,8 no sexo feminino. Em Santa Maria do Oeste ocorre o oposto, esta doença obtém maior expressividade no sexo feminino onde encontramos um coeficiente de 15, e, para o sexo masculino, 12,9.

Segundo Lessa (1993), a alta prevalência desta enfermidade é característica em todo país, sendo responsável pelo maior percentual dos gastos com internações. O principal fator de risco é a hipertensão arterial que é altamente prevalente na população brasileira, adquirindo maior expressividade entre os mais pobres e menos assistidos.

Os sintomas mal definidos obtêm destaque no sexo masculino, em ambos os municípios, onde aparecem como segunda causa de óbito. No sexo feminino esta causa também possui relevância, principalmente, em Santa Maria. Este dado leva-nos a constatar as consequências da precariedade da assistência à saúde no Brasil, especialmente em regiões rurais, onde é mais difícil o acesso a estes serviços.

A terceira causa de morte entre os homens deve-se à causas externas, o que nos faz perceber a maior exposição do homem às consequências de sua relação com o trabalho e meio em que vive. Este indicador vai de encontro à realidade socioeconômica dos municípios em questão, principalmente Santa Maria, onde a atividade agrícola é predominante, expondo os trabalhadores rurais a riscos de lesões e envenenamentos.

As neoplasias constituem uma importante causa de óbito entre os indivíduos do sexo masculino (quarta causa). Segundo Mendonça (1994), as taxas de mortalidade por câncer no Brasil tendem a aumentar nas próximas décadas. Este aumento ocorrerá em função dos cânceres tidos como “do desenvolvimento”, como o de pulmão e mama, que já são os de maior ocorrência nos Estados do Sudeste e Sul do País. A intensa exposição da população a agentes cancerígenos ocupacionais e ambientais é evidente, principalmente em escala industrial ou na agricultura.

No sexo feminino, o problema das neoplasias é ainda maior, aparecem como segunda causa de óbito em Pitanga e terceira em Santa Maria. A existência desta doença entre as mulheres pode se referir ao câncer de colo de útero e das mamas, pois os exames preventivos são pouco realizados.

Alguns hábitos, estimulados socialmente, como os de fumar e de ingestão alcoólica continuam sendo muito prevalentes e a associação dos dois aumenta o risco de câncer. O papel da dieta é fundamental, deve ser rica em vitaminas e livre de gorduras, o que é de difícil acesso para a população de baixo poder aquisitivo.

Cabe reconhecer que o aparecimento do câncer envolve uma série de fatores interdependentes e que pode ser evitado através de uma política assistencial e preventiva em termos de saúde pública.

Em Pitanga, as mulheres apresentam como terceira causa as doenças do aparelho respiratório com o coeficiente de 2,4 e quarta causa as doenças do aparelho digestivo. Neste município, ocorreram também óbitos decorrentes de complicações na gravidez, parto e puerpério e doenças do sistema osteomuscular, dentre outras. Em Santa Maria, como quarta causa de óbito aparecem as causas externas.

Diante deste perfil epidemiológico, desvela-se a necessidade de uma intervenção mais intensa na área da saúde pública, tanto em nível de prevenção de doenças como de ações curativas da atenção primária. Estas ações requerem realização de estudos epidemiológicos para identificar a real situação de saúde da população.

Castellanos (1994:482) coloca que:

todo grupo social tem direito à condições de vida compatíveis com sua sobrevivência e com o desenvolvimento de suas potencialidades e projetos. Esta é uma exigência ética permanente para a epidemiologia e para a planificação das ações de saúde e bem estar. Compete à epidemiologia a responsabilidade de descrever e explicar a situação de saúde de diferentes grupos da população, contribuindo, assim, com o desenvolvimento de serviços integrais para a promoção, defesa e restituição da saúde e para a elevação das condições de vida. Compete, também, à investigação epidemiológica identificar e quantificar risco relativos e atribuíveis, objetivando que, no contexto dos serviços definidos por situações de saúde específicos de cada grupo social, se possa otimizar a atenção aos problemas prioritários do dito grupo com base no enfoque de alto risco. A conjunção de ambas as estratégias, com base em fundamentos epidemiológicos, conduziria ao desenvolvimento de modelos assistenciais eficientes, eficazes e equitativos.

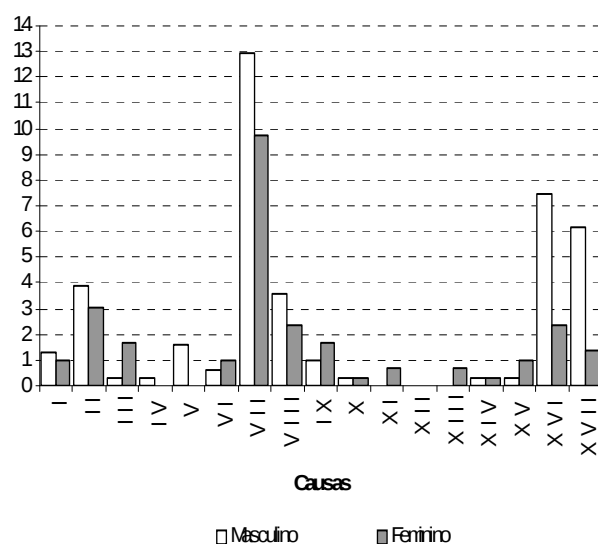


Figura 9. Coeficiente de mortalidade por causas básicas e sexo, Pitanga-PR, 1993.

Fonte: IBGE, Sesa - PR, Segundo Capítulos da CID

CONCLUSÃO

Da análise aqui apresentada podem-se verificar mudanças na estrutura etária da população que demonstra uma tendência ao envelhecimento populacional, acompanhada da necessidade de serviços voltados às demandas do grupo etário mais idoso.

Ocorre no período de 1986 a 1993 uma melhoria significativa na situação de saúde no município de Pitanga, com queda acentuada da mortalidade infantil e acréscimo na proporção de óbitos em idades mais avançadas.

As causas mal definidas, que reduzem a qualidade das informações, revelam persistência das dificuldades referentes ao mau preenchimento das declarações de óbitos, exigindo conscientização de sua importância nas estatísticas de mortalidade e seus usos na instrumentalização do planejamento.

Por outro lado, quando se aprofunda a análise, constata-se que ainda persistem vários problemas, tais como: causas perinatais e doenças infecciosas e parasitárias como 2ª e 3ª causas, respectivamente, na

mortalidade infantil. A adequação dos serviços pré-natais, ao parto e ao recém-nascido, acompanhada da adoção de medidas preventivas (saneamento básico, aleitamento e educação materna) e permanência de vigilância epidemiológica são fatores que poderiam refletir na queda da mortalidade pelas causas citadas (Barreto e Carmo, 1994).

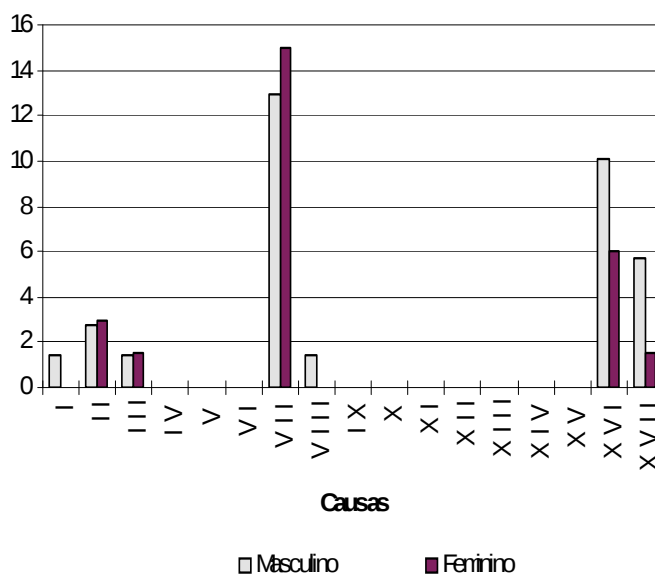


Figura 10. Coeficiente de mortalidade por causas básicas e sexo, Santa Maria do Oeste-PR, 1993.

Fontes: IBGE, Sesa - PR, Segundo Capítulos da CID

- | | |
|--|---|
| I - Doenças infecciosas e parasitárias | X - Doenças do aparelho geniturinário |
| II - Neoplasmas | XI - Complicações da gravidez, parto e puerpério |
| III - Doenças Gland. Endoc. Nutric. Metab. e transt. imunit. | XII - Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo |
| IV - Doenças do sangue e org. hematopoéticos | XIII - Doenças do sistema osteomuscular e tec. conjuntivo |
| V - Transtornos mentais | XIV - Anomalias congênitas |
| VI - Doenças do sistema nervoso e órgãos do sentido | XV - Algumas afecções originadas do período perinatal |
| VII - Doenças do aparelho circulatório | XVI - Sintomas, sinais e afecções mal definidas |
| VIII - Doenças do aparelho respiratório | XVII - Lesões e envenenamentos |
| IX - Doenças do aparelho digestivo | |

Na área das doenças crônicas, é necessária uma intervenção mais intensa nas cardiovasculares, que geram custos importantes nos serviços curativos e de reabilitação (Barreto e Carmo, 1994). As medidas de

intervenção, portanto, devem ocorrer tanto em nível de prevenção como de ações curativas da atenção primária.

No campo das doenças respiratórias, que têm no cigarro um fator de alto risco, é necessário que sejam realizados programas informativos visando à diminuição de seu consumo.

Nos homens, as causas externas apareceram entre os principais problemas, a redução deste agravo ultrapassa os limites das ações dos serviços de saúde e exigem ações coordenadas em várias esferas do Governo.

Entre as mulheres são os neoplasmas que demonstram merecer atenção especial, através de exames preventivos de colo do útero e mamas, além de programas educativos na área de saúde da mulher.

A realização destas ações implica em privilegiar as atividades coletivas de prevenção de doenças e promoção da saúde em relação às atividades individuais e curativas. É preciso que as políticas e ações de saúde tenham como papel central a transformação nos padrões de saúde da população e buscar diminuir as diferenças sociais e regionais, que se refletem nos padrões sanitários (Barreto e Carmo, 1994).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL. PARANÁ. s.l., FIBGE, 1980.
- ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL. PARANÁ. s.l., FIBGE, 1991.
- BARRETO, M.L. & CARMO, E.H. Situação de saúde da população brasileira: tendências históricas determinantes e implicações para as políticas de saúde. *Informe epidemiológico do SUS*, 3(3/4):07-34, 1994.
- CASTELLANOS, L.P.A. Epidemiologia e a organização dos sistemas de saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia e saúde*. 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p. 477-484.
- INFORME EPIDEMIOLÓGICO DO SUS. BRASÍLIA. Fundação Nacional de Saúde. FNS, CENEPI, out, 1992. p. 61-72.
- LAURENTI, R.A. A questão demográfica e a transição epidemiológica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1, Campinas, 1990. *Anais...* Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990. p. 143-165.
- LESSA, I. Epidemiologia, assistência médica e impacto econômico e social das doenças cardiovasculares e do diabetes mellitus. *Informe epidemiológico do SUS*. 2(4):05-18, 1993.

- MANUAL de classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbitos: 9ª Revisão, 1975. São Paulo, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças da Organização Mundial da Saúde, 1985.
- MENDONÇA, G.A. Câncer no Brasil: Um risco crescente. In: *Congresso Brasileiro de Epidemiologia*, 2. Belo Horizonte, *Anais...* Pelotas: COOPMED/ABRASCO, 1994. p. 63-67.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde e Bem Estar Social. *Sistema de informações sobre mortalidade*. Curitiba, 1986-1992. Mimeo.
- PATARRA, N.L. Transição em marcha: novas questões demográficas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1, Campinas, 1990. *Anais...* Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990. p. 187-197
- RAMOS, L.R., VERAS, R.P. & KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev. Saúde pública*, São Paulo, 21:211-224, 1987.
- ROUQUAYROL, M.Z. & KERR-PONTES, L.R.S. A medida da saúde coletiva. In: ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia e saúde*. 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p. 23-71.
- ROUQUAYROL, M.Z., BARBOSA, L., ADERALDO, L.C. & MOURA, L.G. Principais causas de morte no Brasil, 1979 - 1988. *Informe epidemiológico do SUS*. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: 28-37, set./out. 1993.
- SZWARCWALD, C.L., CHEQUER, P. & CASTILHO, E.A. Tendências da mortalidade infantil no Brasil nos anos 80. *Informe epidemiológico do SUS*, 1(2):35-47, 1992.