





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Secretaria do Planejamento, Mobilidade e Desenvolvimento Regional
Departamento de Planejamento Governamental

ESTUDOS DEPLAN

Nº 03/2015

Textos de Referência - RS 2030: Agenda de
Desenvolvimento Territorial

Dezembro/2015



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

GOVERNADOR

JOSÉ IVO SARTORI

SECRETARIA DO PLANEJAMENTO, MOBILIDADE E DESENVOLVIMENTO REGIONAL

SECRETÁRIO: Cristiano Tatsch

SECRETÁRIO ADJUNTO: José Reovaldo Oltramari

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL

DIRETOR: Antonio Paulo Cargnin

DIRETORA ADJUNTA: Carla Giane Soares da Cunha

EQUIPE EDITORIAL

Antonio Paulo Cargnin

Juliana Feliciati Hoffmann

AUTORES QUE CONTRIBUÍRAM PARA ESSE NÚMERO:

Ana Maria de Aveline Bertê

Antonio Paulo Cargnin

Bruno de Oliveira Lemos

Carla Giane Soares da Cunha

Juliana Feliciati Hoffmann

Luciana Dal Forno Gianluppi

Paulo Victor Marocco Milanez

Rosanne Lipp João Heidrich

Suzana Beatriz de Oliveira

REVISÃO E TRADUÇÃO

Marlise Margô Henrich

CAPA

Laurie Fofonka Cunha

Estudos DEPLAN / Departamento de Planejamento Governamental - RS. –
N. 1 (2010)- . Porto Alegre : Secretaria do Planejamento e Gestão,
2010- .
v. : il.

Semestral.

Título especial a cada edição, de acordo com o assunto predominante.

Publicado pela Secretaria de Planejamento, Mobilidade e
Desenvolvimento Regional, 2015-

ISSN 2447-4576

1. Desenvolvimento regional – Periódico – Rio Grande do Sul. I. Rio
Grande do Sul. Secretaria de Planejamento e Gestão. Departamento de
Planejamento Governamental.

CDU 332.1(816.5)(05)

Bibliotecário responsável: João Vítor Ditter Wallauer – CRB 10/2016

Situação da Saúde no RS

Juliana Feliciati Hoffmann¹

Resumo

O Rio Grande do Sul vem passando por um rápido processo de transição epidemiológica, caracterizado por uma redução da mortalidade por doenças infecciosas e um aumento na expectativa de vida, juntamente com a emergência das doenças crônico-degenerativas e das causas externas de mortalidade. O Estado vem apresentando constantes quedas no coeficiente de mortalidade infantil, sendo que, em 2011, apresentou a segunda menor mortalidade infantil do País (11,4 óbitos/1.000) e, em 2013, atingiu um coeficiente de 10,47 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos. A expectativa de vida ao nascer é outro importante indicador das condições socioeconômicas e ambientais e do nível de qualidade da saúde de uma determinada região. A expectativa de vida do gaúcho ao nascer vem aumentando ao longo dos últimos anos. O número médio de anos que se espera viver ao nascer, de acordo com o IBGE, é de 77,2 em 2014, sendo que as mulheres têm esperança de vida maior (80,6 anos) do que os homens (73,7 anos). O aumento na expectativa de vida, associado à redução das taxas de natalidade e fecundidade, resulta em uma maior proporção de idosos na população, o que torna obrigatória a reorganização do Sistema de Saúde. No que diz respeito às causas de mortalidade, em 2012, as doenças do aparelho circulatório estavam em primeiro lugar, seguidas pelas neoplasias (2º), doenças do aparelho respiratório (3º) e causas externas (4º), sendo que as causas de mortalidade variam proporcionalmente segundo a faixa etária. Todas essas mudanças no perfil de necessidade da assistência têm impacto importante na maneira como se dá a organização dos serviços de saúde para atender adequadamente a população.

Palavras-chave: transição epidemiológica, políticas públicas, Rio Grande do Sul.

Abstract

Rio Grande do Sul has been undergoing a rapid process of epidemiological transition, characterized by a reduction in mortality from infectious diseases and an increase in life expectancy, coupled with the emergence of chronic degenerative diseases and external causes of death. The State has shown constant drops in infant mortality rate, in 2011 it had the second lowest infant mortality in the Country (11.4 deaths/1,000), and in 2013 it achieved a coefficient of 10.47 deaths per 1,000 live births. Life expectancy at birth is another important indicator of socioeconomic and environmental conditions, as well as of the level of health quality in a given region. Life expectancy at birth of the state population has been increasing over the past years. The average number of years of life expectancy at birth, according to the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), is 77.2 in 2014, while women have longer life expectancy (80.6 years) than men (73.7 years). The increase in life expectancy, coupled with the reduction of birth and fertility rates, results in a higher proportion of elderly in the population, what requires the reorganization of the Health System. Concerning the causes of death, in 2012 circulatory diseases ranked first, followed by neoplasias (2nd), respiratory diseases (3rd) and external causes (4th); and the causes of death vary proportionally according to age group. All these changes in the profile of assistance requirements have an important impact on the way how health services are organized to serve the population adequately.

Keywords: epidemiological transition, public policies, Rio Grande do Sul State.

¹ Analista de Planejamento, Orçamento e Gestão - SEPLAN/RS. Estatística, Mestre em Epidemiologia.

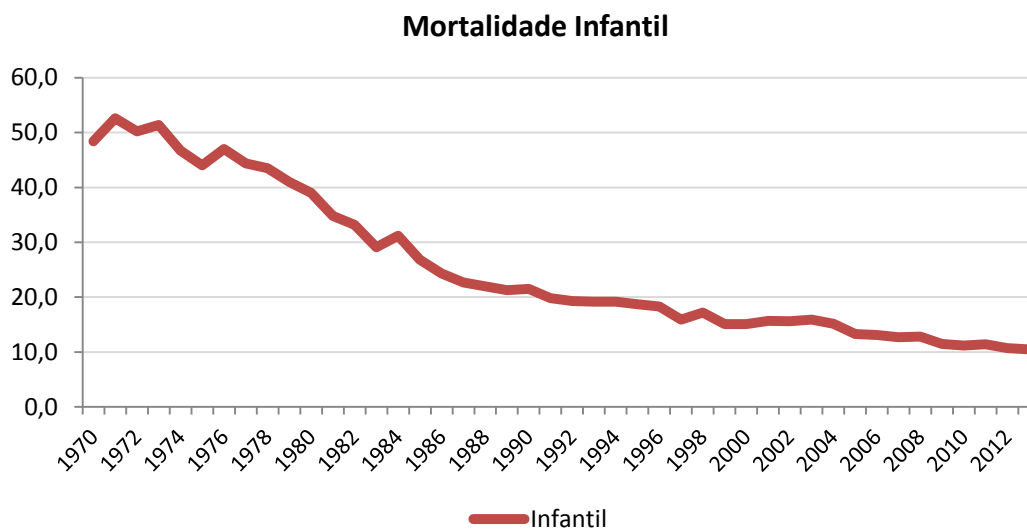
Introdução

A situação epidemiológica do Estado é complexa, influenciada por fatores demográficos, econômicos e socioculturais. O Rio Grande do Sul vem passando por um rápido processo de transição epidemiológica, caracterizado por uma redução da mortalidade por doenças infecciosas e um aumento na expectativa de vida, juntamente com a emergência das doenças crônico-degenerativas e das causas externas de mortalidade, como violência, acidentes e suicídios.

O Estado vem apresentando constantes quedas no coeficiente de mortalidade infantil (CMI), o qual expressa o número de óbitos em menores de um ano para cada 1.000 nascidos vivos, em determinada área e em dado período de tempo (geralmente em um ano). O coeficiente de mortalidade infantil é utilizado internacionalmente como um indicador da qualidade dos serviços de saúde e também do desenvolvimento socioeconômico e da qualidade de vida de uma população. A redução na mortalidade infantil é atribuída, entre outros fatores, à melhora no saneamento básico, ao aumento do acesso aos serviços de saúde, ao controle de doenças diarreicas, à imunização, à promoção do aleitamento materno, ao aumento da cobertura dos cuidados pré-natais e a alguns programas sociais.

Em 2011, o Estado apresentou a segunda menor mortalidade infantil do País (11,4 óbitos/1.000) e, em 2013, atingiu um coeficiente de 10,47 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos. O valor aceitável preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é de 10 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos; portanto, o Estado está muito próximo dessa meta. A figura a seguir apresenta a evolução do coeficiente no Estado do Rio Grande do Sul, desde 1970.

Evolução do Coeficiente de Mortalidade Infantil, 1970 a 2013 (por 1.000 nascidos vivos)

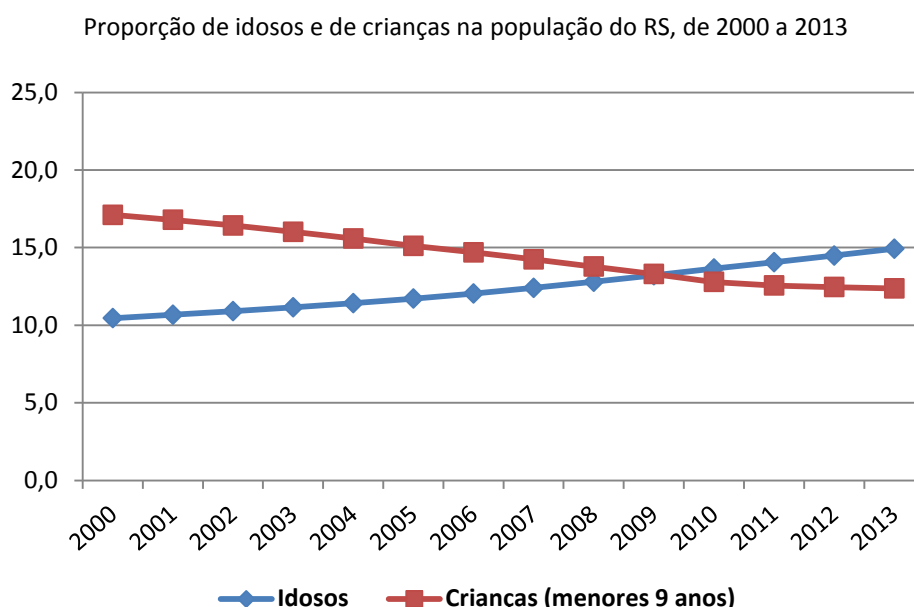


Fonte: SES RS/ Estatísticas de Saúde - Mortalidade

A expectativa de vida ao nascer é outro importante indicador das condições socioeconômicas e ambientais e do nível de qualidade da saúde de uma determinada região, pois está intimamente relacionada com o acesso ao sistema de saúde e a adequação deste em responder às necessidades da população. A expectativa de vida ao nascer é diretamente

influenciada pela mortalidade infantil. Quanto menor for o coeficiente de mortalidade infantil, maior será a esperança de vida ao nascer.

A expectativa de vida do gaúcho ao nascer vem aumentando ao longo dos últimos anos. O número médio de anos que se espera viver ao nascer, de acordo com o IBGE, é de 77,2 em 2014, sendo que as mulheres têm esperança de vida maior (80,6 anos) do que os homens (73,7 anos). O aumento na expectativa de vida, associado à redução das taxas de natalidade e fecundidade, resulta em uma maior proporção de idosos na população.



Entre os anos de 2000 e 2013, a proporção de idosos na população gaúcha passou de 10,5 para 14,9%, enquanto a de crianças (menores de nove anos) baixou de 17,1 para 12,4%. Conforme observamos na figura anterior, a população de idosos é superior à de crianças desde 2009. Essa mudança na composição da população torna obrigatória a reorganização do Sistema de Saúde, anteriormente voltado ao atendimento de doenças agudas.

Quanto à distribuição dessa população idosa, verifica-se que ela é diferenciada em cada região de saúde, em função de peculiaridades locais. Também se destaca a feminilização da população de idosos, de modo que se tem 75 homens para 100 mulheres no Estado. Além disso, Porto Alegre se destaca por ser a capital do Brasil com maior proporção (12,8%) de pessoas com 60 anos ou mais morando sozinhas.

Diante do aumento na população de maiores de 65 anos em todas as regiões do Estado, é necessário que o Sistema Único de Saúde se adapte rapidamente a essa nova realidade. As pessoas idosas apresentam maior prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis, as quais se caracterizam por um conjunto de doenças que não tem envolvimento de agentes infecciosos em sua ocorrência, possuem multiplicidade de fatores de risco comuns e história natural prolongada. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, as doenças crônicas não-transmissíveis compreendem majoritariamente doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas.

No que diz respeito às causas de mortalidade no Estado, em 2012 as doenças do aparelho circulatório estavam em primeiro lugar, seguidas pelas neoplasias (2º), doenças do aparelho respiratório (3º) e causas externas (4º), conforme apresentado na tabela a seguir. As

causas de mortalidade variam proporcionalmente segundo a faixa etária. Fenômenos sociais complexos ocasionaram o aumento da importância das causas externas, representadas em sua maioria por acidentes de trânsito e agressões, sendo essas as principais causas de mortes prematuras. Em 2012, entre adolescentes de 15 a 19 anos, 71,5% dos óbitos foram provocados por causas externas, enquanto na faixa etária de 20 a 29 anos de idade essa causa representou 66,2% das mortes, evidenciando a importância da construção de políticas específicas que proponham ações de prevenção aos acidentes e violências. Entre a população idosa, três causas principais correspondem a 70,9% dos óbitos: doenças do aparelho circulatório (34,2%), neoplasias (22,0%) e doenças do aparelho respiratório (14,6%).

Mortalidade no Rio Grande do Sul em 2012, por causas

Causas Mortalidade	Total	%
Doenças do aparelho circulatório	22.573	28,5
Neoplasias (tumores)	17.139	21,7
Doenças do aparelho respiratório	9.539	12,1
Causas externas de morbidade e mortalidade	7.459	9,4
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4.404	5,6
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	3.749	4,7
Doenças do aparelho digestivo	3.719	4,7
Doenças infecciosas e parasitárias	3.252	4,1
Doenças do sistema nervoso	2.412	3,0
Doenças do aparelho geniturinário	1.663	2,1
Afecções originadas no período perinatal	873	1,1
Transtornos Mentais e Comportamentais	770	1,0
Outras	1.556	2,0

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde - NIS/DAT/CEVS/SES-RS.

Apesar da alta proporção de doenças e agravos não-transmissíveis, é essencial manter e ampliar a capacidade de resposta a doenças transmissíveis, como Influenza A H1N1, Dengue, AIDS, Sífilis, Tuberculose e Hepatites Virais. Em relação à AIDS, segundo dados do Ministério da Saúde, em 2012 o Rio Grande do Sul foi o Estado que apresentou a maior incidência do País, com 41,39 casos novos/100 mil habitantes, sendo que a incidência no País como um todo foi de 20,20. Além de ter a maior incidência, o Estado também apresentou a maior taxa de mortalidade por HIV do País (11,1 mortes/100 mil habitantes).

As principais causas de internação no Estado são as doenças do aparelho respiratório, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório e neoplasias (excluindo-se internações em função de gravidez, parto e puerpério). A grande incidência de doenças do aparelho respiratório deve-se às características geográficas climáticas do Rio Grande do Sul. Esses dados reforçam a necessidade de direcionar as ações e serviços do SUS para os problemas crônicos

de saúde e investir prioritariamente na Atenção Primária, dado que as doenças que têm acometido a população gaúcha estão relacionadas aos hábitos e estilos de vida.

Morbidade Hospitalar no Rio Grande do Sul em 2012, por causas

Causas Morbidade Hospitalar 2012	Internações	%
Doenças do aparelho respiratório	106.216	14,8
Gravidez, parto e puerpério	104.532	14,5
Doenças do aparelho circulatório	89.500	12,4
Doenças do aparelho digestivo	76.422	10,6
Neoplasias (tumores)	55.120	7,7
Lesões, envenenamento ou consequências de causas externas	52.899	7,4
Doenças do aparelho geniturinário	49.129	6,8
Doenças infecciosas e parasitárias	44.584	6,2
Transtornos mentais e comportamentais	35.047	4,9
Doenças do sistema nervoso	17.004	2,4
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	16.935	2,4
Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	14.938	2,1
Algumas afecções originadas no período perinatal	11.931	1,7
Contatos com serviços de saúde	11.887	1,7
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	10.280	1,4
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	7.617	1,1
Outras	15.564	2,2

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Considerações

No que diz respeito à Atenção em Saúde, as Internações Sensíveis à Atenção Básica (ISAB), isto é, o conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção básica diminuiria o risco de internações, predominam em idosos (46,2%) e em adultos (31,2%). As maiores proporções de ISAB em relação ao total de internações encontram-se em regiões de saúde de menor densidade populacional, em municípios de menor porte e com maior número de pequenos hospitais. Constata-se, também de que a proporção de ISAB, ao contrário do esperado, não tem relação inversa com a cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Estado. Os dados sugerem deficiências na qualidade e cobertura na atenção básica e no

modelo hospitalar vigente, caracterizado pelo número significativo de unidades hospitalares de baixa resolutividade (PES 2012-2015).

Por outro lado, a crescente prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, assim como de suas complicações, reflete-se em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde, com o consequente aumento de gastos e da necessidade por serviços da atenção secundária e terciária. Essa modificação no perfil de necessidade da assistência tem impacto importante na maneira como se dá a organização dos serviços de saúde para atender a população (PES 2012-2015).

Historicamente, os serviços de atenção secundária e terciária de maior grau de densidade tecnológica estão concentrados em Porto Alegre e em algumas cidades-polo do Estado: Caxias do Sul, Erechim, Ijuí, Passo Fundo, Pelotas, Rio Grande, Santo Ângelo, Santa Cruz, Santa Maria e Santa Rosa. Mesmo nesses municípios, verifica-se dificuldade de acesso a determinadas especialidades, no que diz respeito a diagnóstico e tratamento. Dessa forma, faz-se necessário enfrentar os vazios assistenciais do Estado, estruturando hospitais regionais especializados nas regiões mais carentes de serviços, conforme a necessidade e o perfil epidemiológico da região (PES 2012-2015).

No processo de redesenho das regiões de saúde no Estado efetuado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES), um conjunto de procedimentos foi definido como elenco mínimo da atenção ambulatorial especializada, sendo que das 30 regiões de saúde, 17 possuem todos os serviços elencados localizados em um ou mais municípios. A partir da identificação dos vazios assistenciais e/ou da oferta insuficiente de serviços, deverão ser desenvolvidas estratégias com o objetivo de ampliar o acesso com qualidade à atenção especializada ambulatorial, incluindo consultas, exames, equipes multiprofissionais e outros procedimentos (PES 2012-2015).

Tendo em vista que a oferta de serviços públicos também influencia a dinâmica populacional e é um fator importante na qualidade de vida da população, mesmo que isso seja de difícil mensuração, é importante destacar a necessidade de equilibrar a oferta de serviços de saúde em todas as regiões, investindo na regionalização e reforçando a rede de cidades, de modo a não incentivar a migração para o leste do Estado como forma de buscar acesso à saúde.

Referências

ALFRADIQUE, ME *et al.* **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil).**

Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(6):1337-1349, jun, 2009.

ANJOS G, RÜCKERT IN, HOFFMANN J. **A formulação de uma política pública para redução da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul: o projeto de implantação de um protocolo de atendimento à gestante.** Porto Alegre: FEE, 2011.

BARATA, RB *et al.*, orgs. **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 260 p. Epidemiológica series, nº1. Disponível em <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 02 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**, Ano II - nº 1. Brasília, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Plano Estadual de Saúde 2012 - 2015 (PES 2012-2015).** Porto Alegre, 2013.