

DOCUMENTO PARA DISCUSSÃO NO PAINEL/OFICINA DE CURITIBA.

1.1-Motivação para a busca de colaboração trans-institucional visando um melhor controle das Doenças Cardiovasculares em nosso país, não falta, motivo pelo qual justificativas para este encontro e o desenvolvimento de ações conjuntas não se fazem necessárias.

Nossas bases de dados estão cheias de informações, transformadas em indicadores apontando para as Doenças Cardiovasculares como uma das prioridades dentro do setor saúde. Sabendo-se da potencialidade da prevenção, a magnitude do problema, sua precocidade, o volume dos custos diretos e indiretos, exigem uma abordagem planejada que cubra todo o espectro da doença, desde os fatores de risco até suas complicações, e que garanta uma assistência individualizada - freqüentemente especializada para aqueles já acometidos. Esta abordagem certamente inclui intervenções de caráter populacional, muitas delas extrapolando o setor saúde. Tudo isso torna imprescindível a parceria das entidades que congregam profissionais da saúde, com o Ministério da Saúde, e com a sociedade organizada, para se alcançar uma política de saúde efetiva.

Comunicação e esforço continuado serão necessários para conseguir a definição de áreas nas quais a sinergia se impõe e para buscar um permanente ajuste de rumos e adaptação à experiência colhida. Este encontro evidencia a vontade política de um grupo mais diretamente sensibilizado para uma perspectiva mais ampla no espaço e no tempo, do que apenas a qualidade no desempenho imediato da assistência profissional, que vem sendo procurada há muito tempo.

Com este encontro pretende-se delinear um conjunto mínimo de perspectivas que facilitem a definição de prioridades e mobilização e distribuição de recursos humanos e materiais.

Para tanto, neste ponto se incluíam as visões focadas apresentadas por representantes das duas entidades, da Sociedade Brasileira de Cardiologia e do Ministério da Saúde.

1.2-Visão de cardiologista: problemas, prioridades e recursos

1.3-Visão de Saúde Pública: DCV no contexto da Saúde Pública e recursos do SUS

1.4-Numa perspectiva macroeconômica uma estimativa de custos globais das DCV no Brasil será incluída a partir de um estudo recente já aceito para publicação pelos Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Este estudo se limita ao conjunto de casos mais graves que necessitaram hospitalização e/ou faleceram no ano 2004, mas como um primeiro passo pode facilitar a construção de um modelo mais fiel que represente o impacto global. A tradução de nossos indicadores de saúde em valores monetários poderá ajudar a compreensão do problema por aqueles que se situam fora do setor saúde, também responsáveis por tudo que acontece dentro do setor.

1.5-Neste ponto torna-se imperiosa a discussão sobre os Determinantes Sociais de Saúde e Doença, e saúde Cardiovascular no Brasil. Como já foi demonstrado - inclusive em nosso meio (Porto Alegre em estudo recente) maior do que três vezes é o risco de morrer precocemente de DCV correlacionando mortalidade precoce com indicadores de desenvolvimento social numa matriz de geoprocessamento.

Também na medida em que outros indicadores, como o de Mortalidade Infantil, vão melhorando, o poder de discriminação da qualidade de vida precisa ser reencontrado dentro de doenças crônicas que afetam os grupos de adultos jovens, aos quais vão se juntando os sobreviventes da morbi-mortalidade gestacional e infantil.

1.6-A Política de Medicamentos está sujeita a distorções oriundas das necessidades, dos custos, da adequada aplicação e das fontes industriais fornecedoras. Em nosso país, quando se considera a necessidade de utilizar insumos e medicamentos importados, pode-se ver um agravamento por que esta demanda além de subtrair recursos nacionais, não contribui para geração de empregos e aumento da riqueza nacional.

1.7-Assim como os medicamentos de alto custo, os Procedimentos de Alta Complexidade necessitam de um sistema de vigilância permanente e altamente qualificado, para evitar injustiças e também abusos, servindo também como um indicador para a avaliação continuada para a efetividade das ações organizadas.

Tanto a SBC como o Ministério da Saúde, cada um dentro de seu respectivo pontos de vista devem perceber potenciais linhas de colaboração que possam ser progressivamente implementadas e neste momento podem ser já preliminarmente alinhadas:

2.1-O que a SBC espera do MS e proporia como linha de colaboração

2.2-O que o MS espera da SBC e proporia como linha de colaboração

2.3-A partir das definições preliminares é possível delinear também linhas prioritárias de investigação e de vigilância epidemiológica.

2.4-Contribuição de observadores externos, de outras instituições ligadas à saúde ou não são de extrema importância para a continuidade deste processo que pretende transcender os limites estritos de duas instituições com suas especificidades particulares. Outros interesses e apoio serão sempre bem vindos para encontrar o sucesso desta proposta.

2.5-Inclua-se questionamentos e sugestões da assistência também serão de extrema valia para prosseguir na busca de uma estratégia cada vez mais adequada.

2.6-Com os elementos colhidos nesta tarde de trabalho deve ser possível esboçar uma agenda mínima de colaboração objetiva, de curto e médio prazo. Com os recursos de comunicação hoje facilitados deve ser possível tornar este painel permanente e estendê-lo para receber as contribuições de tantos cardiologistas, sanitaristas e população sensibilizados com a necessidade de fazer algo mais efetivo em prol da qualidade de vida e da saúde global de nossa população que pode ser evidenciado através das peculiaridades cardiovasculares.