

OTIMIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE A NÍVEL NACIONAL*

ANTONIO CARLOS DE AZEVEDO**

1. Introdução; 2. Conjuntura sanitária brasileira; 3. Principais implicações da situação sanitária do país; 4. Linhas gerais para um plano nacional de saúde; 5. Conclusões.

1. Introdução

A adequada condução de um Plano Nacional de Saúde não pode evitar a consideração de temas fundamentais, como a própria conceituação de saúde, ou a caracterização adequada do binômio saúde/doença e de seu relacionamento com os demais aspectos da atividade humana.

A definição da Organização Mundial de Saúde relacionando o fenômeno a um "estado de perfeito bem-estar físico, mental e social" teve a importância histórica de relacionar saúde com outros aspectos da vida humana e ampliar significativamente seu espectro, superando a definição primitiva de "mera ausência de doença". No entanto, essa definição, classificada como "nirvanesca" por alguns autores,¹ para que lograsse alguma objetividade operacional, teve que ser substituída por outro enfoque, como o de Dubos ou o de Perkins, relacionando saúde a um "estado de equilíbrio dinâmico com o meio".² Este enfoque atende melhor à complexidade intrínseca do fenômeno, abrindo-lhe ainda perspectivas operacionais. Ressalta ademais a notável interdependência da saúde com aspectos econômicos, sociais e culturais, bem como políticos, da existência humana. Decorre desse relacionamento que os níveis de saúde vão ser consequência muito mais de ações empreendidas em outros setores do que propriamente a nível dos órgãos precipuamente encarregados da promoção da saúde e da prevenção e recuperação da doença. Tal afirmativa, fundamental para o correto tratamento do tema proposto, não deve significar, não obstante, que ações no campo da saúde, pelos órgãos especificamente encarregados do setor, não possam ou não devam desempenhar papel significativo no equacionamento dos grandes problemas de saúde que o país enfrenta.

Deixe-se claro, no entanto, que os níveis de saúde que uma determinada sociedade exhibe, num dado momento histórico, espelham a harmonia ou as distorções no seu processo de desenvolvimento global. O conceito ecológico de saúde orienta ainda a compreensão do fato de certas comunidades em estágio de desenvolvimento mais primitivo apresentarem níveis de saúde bastante

* Monografia classificada em terceiro lugar no concurso de monografias da Secretaria de Modernização Administrativa — Semor, em 1980.

** Bacharel em medicina e doutor em saúde pública. Diretor da Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde do Ministério da Saúde. (Endereço do autor: Esplanada dos Ministérios - Bl. 11 - 8.º andar - sala 807 — 70.058 — Brasília, DF.)

¹ Almeida Machado, Paulo. *O Modelo*. Painel Programa Especial de Controle da Esquistossomose. Brasília, Ministério da Saúde, ago. 1977.

² Leavell, H. & Clark, E. G. *Medicina preventiva*. Rio de Janeiro, McGraw-Hill do Brasil/Fename, 1976.

mais satisfatório do que outras aparentemente mais desenvolvidas, muitas vezes porque estas últimas se encontram em plena vigência de oneroso processo de readaptação a um determinado ambiente. São exemplos deste tipo de situação o estado nutricional bastante satisfatório de certos grupos indígenas do Xingu, em contraste com os das populações periféricas de centros urbanos mesmo dos mais desenvolvidos do país, a exemplo de São Paulo,³ como também a verificação de que as comunidades tradicionais amazônicas, ao que tudo indica, apresentam níveis de mortalidade infantil e mesmo de nutrição bem melhores do que aqueles observados em áreas de ocupação, com grande proporção de migrantes nordestinos.⁴

O trato dos problemas de saúde das comunidades e das sociedades envolve ainda a reflexão sobre certos dilemas: o primeiro deles é a compatibilização público/privado em saúde. A multimilenar história da assistência médica, ou melhor, da prestação de serviços visando à satisfação de necessidades individuais de saúde, tem vasta tradição como serviço geralmente desenvolvido dentro da esfera privada de atividades. Afora manifestações eventuais de governantes por ocasiões de epidemias, a constatação do interesse público por certos problemas de saúde somente veio a ser enfatizada a partir da revolução industrial, estando relacionada às profundas modificações estruturais na sociedade, onde se destacam a urbanização, a valorização do homem como fator de produção e a instituição do salário.⁵ Decorre ainda desse período histórico a percepção da influência da doença na estabilidade do processo produtivo. A partir dessa realidade, inicia-se um processo de cisão entre o público e o privado, o interesse individual e o coletivo, a assistência médica e a saúde pública. Esse dilema, presente em muitas sociedades modernas, é de particular interesse no caso da sociedade brasileira contemporânea, conforme teremos a oportunidade de examinar no subitem 2.2.

Um segundo dilema relaciona-se aos custos crescentes da assistência médica. À medida que a tecnologia médica avança, sofisticase e oferece à sociedade métodos de tratamento mais dispendiosos para obter resultados por vezes modestos em termos de bem-estar individual e principalmente de qualidade de vida. Tal fenômeno gera, por um lado, expectativas crescentes por parte da clientela, e por outro, contribui para o aumento da sobrevida de considerável massa não produtiva nas sociedades mais desenvolvidas. Países desenvolvidos revelam-se alarmados com o ritmo de crescimento de seus gastos em saúde. Nos EUA as despesas governamentais no setor — 75% das quais seriam empregados no setor hospitalar — atingiram (1979) 12% do orçamento. Dos doentes internados estima-se em 14,3% o seriam desnecessariamente.⁶ Em 1976 essas despesas já representavam 8,6 do produto nacional bruto (neste caso, agregados os gastos privados). Entre 1966 e 1976 as despesas *per capita* com saúde cresceram 15% para os maiores de 65 anos e 11% para o grupo de menores de 65 anos. Calculando-se os gastos por grupo etário, chega-se à conclusão de que para 1975 foram de US\$ 1.360 para os maiores de 65 anos, US\$ 472 para aqueles entre 19 e 65 anos e US\$

³ Fagundes Neto, U. *Avaliação do estado nutricional de crianças índias no Alto Xingu*. Tese de doutorado, Escola Paulista de Medicina, Departamento de Pediatria, São Paulo, 1977.

⁴ Azevedo, Antonio Carlos de. *Situação de saúde na Amazônia*. Brasília, Ministério da Saúde, 1977. mimeogr.

⁵ Mascarenhas, R. S. A organização da assistência à saúde e da atenção médica como condicionamentos de saúde das comunidades. In: Paretta, I. M. M. et alii. *Saúde da comunidade*. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976.

⁶ The beneficent monster. *Time*, p. 29, June 12, 1978.

212 para os menores de 19 anos, o que demonstra as sombrias perspectivas dos gastos em saúde para as sociedades em amadurecimento avançado.⁷ Agregam-se aos elevadíssimos custos da doença as dificuldades de perfeito diagnóstico, já que dentro das múltiplas causas do processo por vezes insidioso do desenvolvimento da doença, os aspectos subjetivos desempenham papel de mais alta relevância. Essas características podem levar indivíduos não somente a simularem condições patológicas como a enfatizarem sintomas, a fim de gozar das pequenas gratificações sociais, psicológicas e familiares relacionadas com a doença (dispensa do trabalho, comisseração e atenção especial de familiares e pessoal de saúde, entre outras). A esse fato agrega-se o interesse de certos profissionais de saúde, especialmente no setor privado, em manter as estruturas funcionando não somente no que se refere à capacidade instalada como a equipamentos dispendiosos que necessitam ser utilizados para que possam ser economicamente viáveis. Esses e outros aspectos relacionados à excessiva medicalização da sociedade moderna são caracterizados por Ivan Illich, num trabalho extremamente polêmico, como a “expropriação de saúde” na sociedade contemporânea.⁸ Desta forma percebe-se que a moderna medicina supertecnificada impõe à sociedade um ritmo de desenvolvimento de serviços e padrões de utilização que estão mais relacionados a necessidades intrínsecas do setor do que propriamente às carências reais da população. Agrega-se a este quadro a remuneração diferenciada que a tradição, os padrões culturais e a tecnificação da assistência à saúde impuseram entre os cuidados curativos e aqueles que visam à promoção da saúde e à prevenção da doença. Por outro lado, as circunstâncias que geram a necessidade de cuidados curativos não raro trazem em si elementos de urgência e dramaticidade, o que faz com que estes sejam supervalorizados pelos agentes de saúde, pelos familiares do doente e pela própria sociedade. Esse elenco de condições leva a que as ações preventivas e promocionais de saúde se apresentem como baixas “utilidades” para a população, mesmo para aquela de elevado nível educacional dos países desenvolvidos.⁹ Este aspecto está traduzido ainda pela identificação de demanda ocasionada por necessidades “sentidas”, não raro envolvendo problemas que não exigiriam propriamente assistência médica, em detrimento de necessidades “não sentidas”, reais necessidades de saúde da população, que no entanto não são conscientizadas por esta como tais.¹⁰

O conjunto de dilemas expostos, vividos praticamente pela totalidade dos países contemporâneos, especialmente por aqueles com economia de mercado, assume nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, uma dimensão ainda mais grave, pois impõe-se a tarefa de se regram uma tendência ao aumento de expectativas e de demanda sobre serviços curativos cada vez mais complexos e dispendiosos e ao mesmo tempo prover assistência básica à saúde para uma grande faixa populacional, desassistida, que se localiza principalmente na periferia dos centros urbanos e nas zonas rurais, sem mencionar a necessidade de controlar e erradicar grandes endemias, como são a malária, a esquistossomose e a doença de Chagas.

⁷ Science and the citizen. *Scientific American*, 238(3):69, Mar. 1978.

⁸ Illich, I. *A Expropriação da saúde — Nêmesis da medicina*. 2. ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.

⁹ A “utilidade” dos cuidados de saúde encontra-se analisada em coletânea de artigos sobre aspectos econômicos da saúde de Cooper, M. H. & Culyer, A. J. *Health economics — selected readings*. Middlessex, Engl., Penguin Books, 1973.

¹⁰ Azevedo, Antonio Carlos de. *Política nacional de saúde*. Tema oficial da VI Conferência Nacional de Saúde, Brasília, Ministério da Saúde, agosto de 1977.

Apesar do fato de o montante de recursos financeiros investidos em saúde no país ser relativamente baixo, em torno de 4% do PIB, ou seja, cerca de Cr\$ 20 bilhões,¹¹ o ponto mais importante, sem dúvida, envolve a inadequada utilização de tais recursos com privilégio das ações curativas prestadas principalmente pelo setor privado lucrativo.

Agregando-se a essa série de dilemas que chamariamos de estruturais no trato de seus problemas de saúde, a sociedade brasileira enfrenta a dificuldade de equacioná-los segundo ações administrativas de elevada racionalidade. Como parte relevante dessa dificuldade, identificamos não somente a inadequada distribuição de recursos entre os níveis federal, de unidade federada e municipal, em detrimento destes últimos, como principalmente a carência de um relacionamento harmônico entre esses três níveis fundamentais de atuação.

2. *Conjuntura sanitária brasileira*

2.1 Nosologia

O quadro sanitário brasileiro atual apresenta perspectivas nada lisonjeiras, já que o país exibe níveis de saúde aquém daqueles mínimos esperados, levando em conta seu atual estágio de desenvolvimento econômico e mesmo alguns aspectos do desenvolvimento social (veja subitem 2.4).

A elevada mortalidade infantil, os índices acentuados de subnutrição protéica e energética na periferia das zonas urbanas e em certas regiões rurais, a incidência ainda elevada de doenças cosmopolitas, como a tuberculose, hanseníase e as chamadas doenças da infância (sarampo, coqueluche, difteria) e ainda a presença de grandes endemias, conformam um quadro profundamente desfavorável às perspectivas de desenvolvimento e segurança do país.

2.1.1 Mortalidade infantil

A mortalidade infantil é resultante de uma série de fatores econômicos e sociais, dos quais se destacam o insuficiente saneamento básico do meio, resultando em contaminação fecal dos alimentos e da água para o consumo humano, aumentando a incidência de doenças de veiculação hídrica e alimentar — grandes contribuintes para o obituário de menores de um ano — e ainda a subnutrição protéico-energética, que, ensejando estados variáveis de carência orgânica, diminui a resistência da população menor de um ano às agressões, aumentando a gravidade e a letalidade dos agravos à saúde. Os dados disponíveis sobre a mortalidade infantil em nosso país são muito discutidos, de um lado quando se lhes acoima de inexatos, e de outro pela insuficiência de sua disponibilidade para toda a extensão do território nacional. De fato, a par das deficiências no registro de nascimentos e de óbitos, tais dados são alterados pela incidência de óbitos infantis provenientes de fora dos municípios que se constituem em pólos de atração de óbitos por disporem de serviços de saúde, e pela existência de cemitérios clandestinos em muitas cidades do interior do país,

¹¹ Macedo, C. G. *Extensão de ações de saúde através de serviços básicos*. VII Conferência Nacional de Saúde, Brasília, Ministério da Saúde, 1980.

onde especialmente os menores de um ano são sepultados sem a menor formalidade. Acrescente-se a literal ausência de dados na grande maioria das cidades do país e teremos uma idéia da magnitude do problema.

Os dados disponíveis apresentam índices bastante desalentadores, situando-se a mortalidade infantil no país como um todo (baseando-nos em dados das capitais, para 1970) em torno de 109 óbitos por mil nascidos vivos, sendo 67 na Região Norte, 140 no Nordeste, 72 no Centro-Oeste, 96 no Sudeste e 65 no Sul.¹² Dados disponíveis para as capitais em 1975 mostram uma mortalidade infantil que varia de 54,8% em Porto Alegre e 55,3% em Brasília a 169,2% em João Pessoa e 256,4% em Recife.¹³ Dados colhidos pela Fundação Sesp em comunidades no interior da Amazônia, embora referentes a populações relativamente pequenas, são de alta confiabilidade, graças ao método de trabalho daquela organização,¹⁴ podendo-se ainda afastar a possibilidade de fuga de óbitos, devido às distâncias em que, de uma forma geral, se encontram aquelas comunidades dos grandes centros receptores de óbitos. Tais dados situam a mortalidade infantil em comunidades tradicionais da região em torno de 60 por mil nascidos vivos, ao passo que as comunidades que passam por intenso fluxo migratório exibem índices acima de 100%, de uma forma geral.¹⁵ Observam-se, por outro lado, alguns progressos nesse indicador de saúde em algumas importantes regiões do país, como é o caso de São Paulo, onde em 1976 os índices para o estado, Grande São Paulo e capital eram respectivamente 78,5; 83,6 e 80,5%; e, para 1977, 69,5, 72,2 e 70,7%.¹⁶ Essas melhoras, ainda discretas, são atribuídas à melhor cobertura da rede de águas, possível melhoria do poder aquisitivo da população de baixa renda e melhoria do atendimento dos menores de um ano, por intermédio de vários mecanismos de facilitação do acesso de criança doente aos serviços de saúde. Quanto a este último aspecto, convém lembrar que embora a assistência médica em si não tenha sido reconhecida na literatura especializada como fator de melhoria de níveis de saúde, em determinadas condições pode estar relacionada à diminuição da proporção de doentes graves e, portanto, de óbitos.

Com relação à vertente saneamento básico do meio, do problema da mortalidade infantil, não se pode deixar de reconhecer que as perspectivas do cumprimento das metas do Plano Nacional de Saneamento — Planasa para 1980 (cobertura de 80% da população urbana e 80% dos municípios do país com serviços de água e o atendimento das regiões metropolitanas, cidades de maior porte e capitais com serviços de esgotos)¹⁷ acenam com possibilidades de diminuição da incidência das doenças de veiculação hídrica e alimentar, com repercussões no coeficiente de mortalidade infantil. Há que lembrar, entretanto, que o mecanismo de expansão das redes, no âmbito do Planasa, baseado na adesão

¹² Laurenti, R. & Pastorelo, E. F. A mensuração das condições de saúde nas comunidades. In: Paretta, I. M. M. et alii. *Saúde da comunidade*. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976.

¹³ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Anuário Estatístico — 1977*. Rio de Janeiro, FIBGE, 38:138, 1977.

¹⁴ A Fundação Sesp trabalha com parreiras leigas orientadas, que recebem apenas um curativo umbelical por vez. Ao retornarem à Unidade Sanitária para receber novo material, esse pessoal está automaticamente notificando um novo nascimento.

¹⁵ Azevedo, Antonio Carlos de. *Situação de saúde...* op. cit.

¹⁶ Atuação do Governo em todos os setores do estado. *Veja*, São Paulo, n. 516, 26 jul. 1978 (encarte).

¹⁷ Almeida, Wanderly Manso de. *Abastecimento de água à população urbana*. Rio de Janeiro, Instituto de Planejamento Econômico e Social/Instituto de Pesquisas, 1977.

da população ao Programa mediante o pagamento de taxas de ligação e tarifas, pode postergar e mesmo impedir a abrangência das populações periféricas dos centros urbanos, populações essas que são as grandes responsáveis pelos elevados níveis de mortalidade observados no país. Trabalho recente realizado pela Fundação Sesp, em seis comunidades da Paraíba, veio demonstrar a desativação do sistema mais tradicional de águas administrado pelas prefeituras, utilizando, na periferia das cidades, a chamada "solução chafariz" (conjunto de torneiras, tanques e banheiros públicos) que em algumas comunidades chegava a servir entre 5 a 25% da população. Esse tipo de solução simplificada teve que ser desativado para que a população fosse induzida a utilizar o sistema Planasa (esse fenômeno já havia sido observado em outras comunidades nordestinas). Ao estudar a evolução da mortalidade infantil após a instalação do novo sistema, verificou-se que, embora as proporções de ligações tivessem subido consideravelmente, não houve a diminuição esperada na mortalidade infantil e, por outro lado, aumentou a proporção das doenças de veiculação hídrica e alimentar nos ambulatórios públicos locais e ainda a proporção de internamentos por esse tipo de doença. Ao tentar discriminar as causas dessa ocorrência, verificou-se que embora a rede de águas tivesse sido proporcionada a toda a extensão das comunidades, as ligações de prédios à rede não acompanharam essa extensão, de tal forma que no terço periférico das cidades estudadas, onde o rendimento familiar era 4,5 vezes menor que no terço central, 6,4% dos prédios eram ligados à rede (representando 59,4% do total de prédios). Nos terços intermediários e central estavam respectivamente 25,1 e 27,9% dos prédios ligados à rede. Enquanto o segmento periférico contribuía com 63,5% dos óbitos infantis, o intermediário e o central o faziam com 32,7 e 3,8% respectivamente. Se o fenômeno observado nessas seis pequenas comunidades paraibanas não se limitar a esse tipo de comunidade e vier a se verificar na periferia dos grandes centros urbanos, corre-se o risco de serem obtidas taxas de cobertura populacional de águas e esgotos altamente satisfatórias para a população do país como um todo, mas com resultados sanitários abaixo do mínimo aceitável, justamente por discriminar negativamente as periferias de baixa renda — grandes contribuidoras para o obituário do país, especialmente na faixa de menores de um ano¹⁸ (veja figura 1).

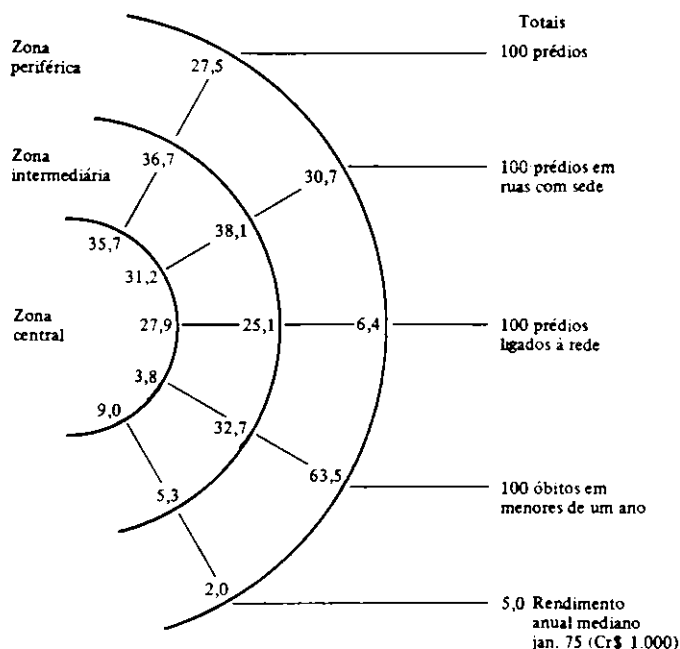
Ao examinarmos a vertente nutrição do problema da mortalidade infantil, constatamos estar este fenômeno acoplado à subnutrição protéico-energética. A importância deste problema em termos nacionais, obstante freqüentemente afirmada, carece de quantificação acurada.

Ao analisar a oferta bruta de alimentos básicos, verifica-se que entre 1972 e 1977 tem-se observado oferta estável de arroz, milho, batata, banana, laranja e pescado; oferta crescente de açúcar, óleo de soja, leite (em grande parte, entretanto, absorvida na produção de derivados) sendo decrescente a oferta de leite fresco, pasteurizado ou em pó e ainda a de feijão e mandioca. O trigo exhibe oferta irregular, sempre inferior à demanda. Ao estudarmos, entretanto, a oferta *per capita*, no mesmo período, verificamos que em 1972 era de 78kg de arroz, 149kg de milho, 27kg de feijão e 298kg de mandioca. Em 1977, entretanto, esses valores eram de 74, 143, 17 e 227, respectivamente. Agrava-se, entretanto,

¹⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. Abastecimento de água e níveis de saúde em cidades da Paraíba. *Revista da Fundação Sesp*, Rio de Janeiro, Fundação Sesp, 21(2):101-86, 1976.

Figura 1

Distribuição da rede de águas, mortalidade infantil e renda em seis cidades paraibanas



Fonte: FSESP: Abastecimento de águas a níveis de saúde em cidades paraibanas.

Revista da Fundação Sesp, 21 (2): 101-85, 1976.

esse quadro, quando entendemos que o consumo é dificultado pela diminuição da oferta, muito menos do que pelos aumentos dos preços reais, sendo que o grande óbice ao consumo uniforme de alimentos básicos é a existência de populações com níveis críticos de renda. Os dados absolutos de consumo são, no entanto, ainda razoáveis. Nesse sentido, na Região Norte, os poucos estudos existentes apontam perfis alimentares quase normais (o inquérito realizado pela Comissão Nacional de Alimentação entre 1954 e 1956 revelou o atendimento de 91% das recomendações quanto a energia e 121% das necessidades protéicas). No Nordeste, os dados de consumo apontam para a satisfação de 100% das necessidades energéticas e 200% das necessidades protéicas. Os dados do Estudo Nacional de Despesas Familiares (Endef) apontam ainda consumo energético e protéico normal para as populações da Região Sudeste e acima do normal para a Região Sul. Para o Centro-Oeste, como para o Norte, os dados são escassos. Esses dados de consumo deverão, entretanto, apresentar-se menos satisfatórios quando pudermos cotejar a distribuição de alimentos pela população, o que ainda é impossível. Os dados de morbidade, geralmente avaliados em termos de desenvolvimento do peso e altura da população infantil, é que irão mostrar a real dimensão do problema protéico-energético, especialmente nas populações de baixa renda. Embora para a Região Norte os dados sejam escassos, as informações disponíveis tendem a apontar índices de desnutrição menos acentuados do que os do Nordeste para as populações tradicionais e

índices semelhantes àqueles do Nordeste em áreas de ocupação recente.¹⁹ Dados recentes referentes ao Nordeste (estados do Maranhão, Pernambuco e Paraíba), mostram prevalência de 19% para a desnutrição de segundo grau e 6% para a de terceiro grau.²⁰ Por outro lado, o peso ao nascer, que é indicador da situação de desnutrição durante a gravidez, revela-se igual ou inferior ao limite da normalidade (2.500g) em 15% dos recém-nascidos do Recife, enquanto se situa entre 5 e 7% nas áreas mais desenvolvidas. Na Região Sudeste, estudos realizados em São Paulo demonstram baixa prevalência do problema, embora em certas regiões, a exemplo do vale do Jequitinhonha, apenas 30,1% das crianças sejam normais. Na Região Sul o problema da desnutrição protéico-energética parece não ser relevante, embora em certas situações peculiares, como a observada com relação a Itaipu, identifique-se uma prevalência semelhante à do Nordeste.

2.1.2 Doenças cosmopolitas

Embora se tenha observado um decréscimo de sua importância relativa, a tuberculose ainda é um problema relevante de saúde pública no país. Se avaliada pela prevalência da infecção (o que não quer dizer doença, e sim o mero contato com o bacilo da tuberculose) em escolares, verificamos que esta é de 16,9% na Região Norte, 14,2% no Nordeste, estando em torno de 8% para o Sul, Sudeste e Centro-Oeste. A maior prevalência se identifica em Belém (27,2%) e a menor em Florianópolis (2,3%), situando-se a média nacional em torno de 13%. Quando examinamos a mortalidade da doença por 100 mil habitantes, verificamos que a mesma caiu de 170 para 70, durante a década de 50, situando-se atualmente em torno de 20 óbitos por 100 mil habitantes, como média das capitais brasileiras. Resultados tão alentadores não devem ser observados com relação àquelas áreas onde há carência de dados, embora se observe ingentes esforços do Programa Nacional de Tuberculose no sentido de equacionar o problema.²¹

Com relação à hanseníase, fenômeno semelhante se observa, havendo ainda uma elevada prevalência nas Regiões Norte e Centro-Oeste (2,9 e 1,9 casos por mil habitantes, respectivamente) sendo de 1,3 por mil habitantes na média nacional, que se mantém inalterada nos últimos 15 anos. Observa-se em anos recentes um aumento na descoberta de casos novos, relacionados à dinamização do Programa, fenômeno que tende a se refletir no aumento da prevalência da doença. Os esforços governamentais são encaminhados no sentido do diagnóstico precoce e, portanto, da descoberta de formas iniciais da doença, de tratamento mais promissor.²² Os problemas relacionados ao combate a esta endemia relacionam-se em grande parte à necessidade da abordagem da população de difícil acesso no interior da Amazônia e do Centro-Oeste.

O sarampo e a poliomielite ainda representam desafios à ação sanitária no país, especialmente o primeiro, que se revelou como componente sério na determinação da mortalidade em menores de cinco anos durante a Investigação

¹⁹ Azevedo, Antonio Carlos de. *Situação d esaúde...* op. cit.

²⁰ Arruda, B. K. G. *O Problema alimentar e nutricional e o Pronan*. Conferência pronunciada na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em Brasília, em 3 de maio de 1978. Brasília, INAN, 1978. mimeogr.

²¹ Motta, E. *Situação atual do controle das grandes endemias*. Conferência proferida na Delegacia de Sergipe da Adesg. Brasília, set. 1977. mimeogr.

²² Id. *ibid*.

Latino-Americana de Mortalidade na Infância.²³ A implantação do esquema obrigatório de imunizações relacionado à percepção do salário-família (Lei n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975) deverá paulatinamente equacionar o problema das doenças preventivas por imunizações, entre elas as duas mencionadas, bem como a tuberculose, a difteria e o tétano. De fato, já se observam alguns resultados muito promissores: entre 1975 e 1978 (primeiro semestre), a proporção de imunizações completas com vacina tríplice cresceu de 21,8 para 47,3% contra poliomielite, de 25,4 para 41%; com anti-sarampo, de 22,6 para 36,6%.²⁴

2.1.3 Grandes endemias

Este grande grupo de doenças, que substitui a denominação de endemias rurais, devido principalmente ao fato de certas dessas endemias, como a esquistossomose e a doença de Chagas, avançarem progressivamente para os meios urbanos acompanhando os fenômenos migratórios no caso da primeira e, no caso da segunda, com o surgimento como problema de saúde pública da transmissão via transfusão sanguínea, constitui um ponderável desafio à ação de saúde e ao desenvolvimento do país.

2.1.3.1 Malária

Esta protozoonose, transmitida por mosquitos do gênero *Anopheles*, foi, ao que tudo indica, introduzida no país durante o processo de colonização, proveniente da Europa. Vigente em praticamente todo o território nacional (veja figura 2), sua incidência tem diminuído principalmente devido ao trabalho, lento mas contínuo da Campanha de Erradicação da Malária, atualmente integrada à Superintendência de Campanha de Saúde Pública — Sucam, órgão do Ministério da Saúde. Sua ocorrência está relacionada à ubiquidade do vetor e, por outro lado, à presença do indivíduo doente, já que do ponto de vista epidemiológico, só ocorre esta doença em seres humanos. Do ponto de vista da ocorrência desta endemia, o país divide-se em duas grandes áreas: a área de erradicação a longo prazo, correspondente praticamente à área amazônica do país e a área de erradicação a curto prazo, correspondente ao restante do território nacional.

Os esforços de combate à endemia, efetuados por meio de borrifação ou rociamento dos domicílios e o tratamento de todo e qualquer suspeito (tratamento presuntivo), encontram na região amazônica não somente as dificuldades relacionadas à intensa atividade biológica do vetor em ambiente quente e úmido, como à mobilidade populacional e precariedade das habitações, freqüentemente sem paredes (tapiris), diminuindo consideravelmente a eficácia das ações de controle da endemia. Assim, se, a exemplo do ano de 1978, visitaram-se por duas vezes ao ano cerca de 2,4 milhões de habitações, sendo 1,7 milhões nos mais distintos e inclusive longínquos locais da Amazônia, com um número de borrifações da mesma ordem de grandeza, tais ações tiveram eficácia diferente

²³ Organização Pan-Americana da Saúde — Organização Mundial de Saúde. *Investigação de mortalidade na infância no Brasil — descobertas e atividades*. Washington, 1977. (Publicação Científica, n. 343.)

²⁴ Franco, S. R. N. S. Secretário Nacional de Ações Básicas de Saúde, Informação pessoal. Brasília, agosto de 1978.

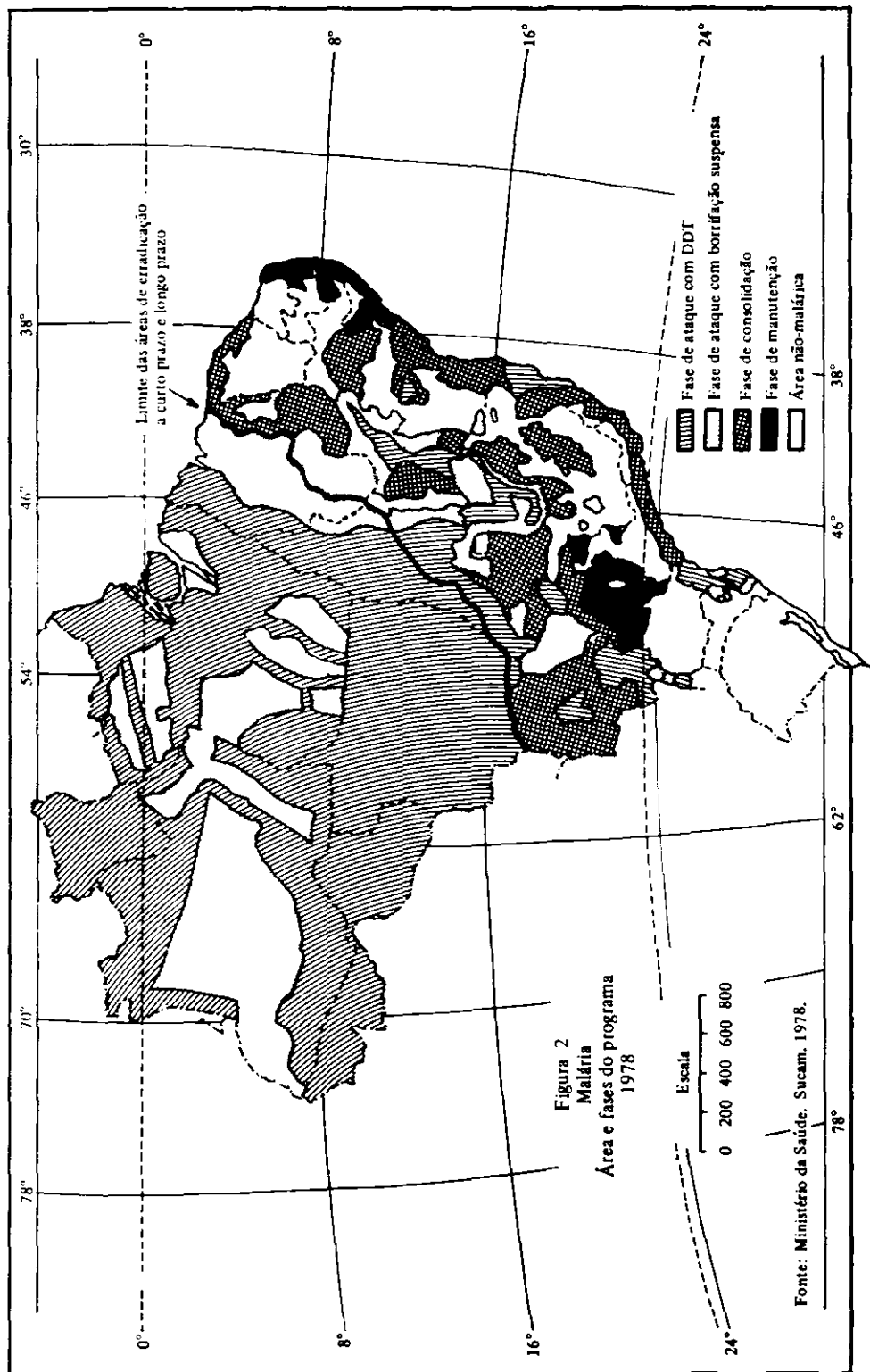


Figura 2
Malária
Área e fases do programa
1978

Tabela 1

Resultados da busca de casos de malária - 1971-1978

Ano	Total área malárica			Área curto prazo			Área longo prazo		
	Amostras de sangue			Amostras de sangue			Amostras de sangue		
	Examinadas	Positivas	(%)	Examinadas	Positivas	(%)	Examinadas	Positivas	(%)
1971	1.728.778	78.689	4,5	1.325.172	23.287	1,8	403.606	55.402	13,7
1972	2.238.025	83.292	3,7	1.737.359	18.642	1,1	500.666	64.650	12,9
1973	2.287.767	76.946	3,4	1.760.415	21.118	1,2	527.352	55.828	10,6
1974	2.231.822	64.689	2,9	1.695.921	12.230	0,7	535.901	52.459	9,8
1975	2.593.531	88.213	3,4	1.846.786	12.665	0,7	746.745	75.548	10,1
1976	2.492.524	84.438	3,4	1.750.172	6.616	0,4	742.352	77.822	10,5
1977	2.544.335	98.908	3,9	1.664.272	6.284	0,4	880.063	92.624	10,5
1978	2.734.019	115.075	4,2	1.772.456	9.444	0,5	961.563	105.631	10,9

Fontes: Brasil. Ministério da Saúde. Sucam. *Situação atual do controle das endemias*. Brasília, Ministério da Saúde, ago. 1977. mimeogr.; Sucam. Informações pessoais. jan. 1980.

na área amazônica e fora dela. De fato, a incidência da doença, apreciada pela proporção de lâminas colhidas encontradas positivas para o plasmódio, evoluiu lentamente no país como um todo, de 4,5% em 1971 para 4,2% em 1978. Quando discriminamos, entretanto, essa evolução segundo as duas grandes áreas acima mencionadas, verificamos uma evolução bastante discreta na área de erradicação a longo prazo (de 13,7%, em 1971, para 10,7% em 1978 — veja tabela 1), ao passo que na área de erradicação a curto prazo observou-se uma acentuada queda de 1,8%, em 1971, para 0,5% em 1978. Desta forma, verifica-se que a doença progressivamente se restringe à área amazônica, havendo a perspectiva de sua limitação, mesmo dentro dessa área, a alguns focos (em 1977, foi suspensa a borrifação em 134 municípios, alguns dos quais na Amazônia).²⁵

Como aspecto positivo com relação a esta endemia, identificamos o contínuo e persistente trabalho governamental nos últimos anos, viabilizando, ao que tudo indica, a “focalização” da endemia na Amazônia, na década de 80. Resta comentar, entretanto, o discreto progresso da tecnologia de combate à endemia, a ainda discreta colaboração de alguns projetos privados e mesmo públicos no combate à doença, ressaltando-se a dificuldade de se contar com a colaboração dos pequenos proprietários e “posseiros”, disseminados por toda a área malárica. Na compatibilização da migração desordenada que se observa atualmente em direção à Região com o combate a esta endemia, residirá, certamente, a perspectiva de ocupação produtiva da Amazônia.²⁶

2.1.3.2 Esquistossomose

Também endemia importada, desta vez da África, com o tráfico de escravos, esta doença, limitada ao Nordeste até a década de 30, com as grandes migrações nordestinas espalhou-se até ocupar praticamente todo o território nacional, à exceção da Amazônia e parte do Centro-Oeste. Sua transmissão está vinculada à presença de depósitos hídricos onde habita o hospedeiro intermediário, um caramujo do gênero *Biomphalaria*, que é contaminado pelas formas existentes nas fezes, principalmente humanas, depositadas em superfície. Seu eficaz combate está relacionado ao saneamento básico do meio, mas também a algumas condições ambientais resumidas na interrupção da contaminação fecal dos depósitos hídricos utilizados para consumo humano, lavoura ou lazer, condições essas altamente prevalentes em áreas rurais do país e progressivamente em periferias urbanas marginalizadas. Envolve, assim, o combate à esquistossomose, não somente o saneamento básico do meio como também a educação sanitária, o tratamento de doentes e o controle da população de moluscos nas águas contaminadas. A doença distribui-se desigualmente no território nacional. A positividade do exame de fezes realizado pela Sucam para o país como um todo foi, em 1975, de 5,4%. Alguns estados exibem índices consideravelmente mais elevados, como o de Sergipe (38,8%), Bahia (22,7%) e Pernambuco (15,8%) — veja

²⁵ Motta, E. *op. cit.*

²⁶ Motta, E.; Marques, A. C. et alii. *Dificuldades do controle da malária na Amazônia*. Brasília, Ministério da Saúde/Sucam. 1977. mimeogr.

tabela 2. Destaca-se ainda a importância da endemia em áreas de ocupação recente, onde o Governo tem procurado combatê-la, a exemplo de Itaípu e Sobradinho, e dos projetos de irrigação do Nordeste, onde aparentemente está sob controle e, mais recentemente, na periferia de centros urbanos. O Governo se empenhou num programa quadrienal (1976-79) de Cr\$ 2,5 bilhões, no combate à doença, baseado na identificação de doentes, construção de pequenos sistemas de abastecimento de água (chafarizes) e fossas secas, educação sanitária e controle das populações de caramujos. As ações correspondentes a este programa desenvolveram-se em ritmo aparentemente satisfatório,²⁷ a despeito de dificuldades que vão desde a carência de tubulações no mercado a problemas de definição programática de certas ações. Além do âmbito e vulto financeiro das ações, destacamos neste programa os projetos de saneamento voltados basicamente para as ações de saúde, abrangendo populações de baixa renda por intermédio de soluções simplificadas tipo chafariz. Destacamos, entretanto, a necessidade de programas de desenvolvimento rural integrado indispensáveis à consolidação, a longo prazo, dos resultados obtidos, já que, como comentamos na introdução do presente trabalho, saúde é um produto notavelmente intersectorial.

2.1.3.3 Doença de Chagas

Esta endemia, muito provalmente autóctone no território nacional, constitui uma protozoonose (tripanossomíase) transmitida por inseto hemíptero da família *Triatomidae*, comumente denominado "barbeiro". Possui importantes reservatórios silvestres, como roedores e marsupiais, e sua transmissão se realiza em muitas regiões do país, onde condições habitacionais precárias facilitam a convivência do inseto com o homem (geralmente casas de pau-a-pique e principalmente taipa, que proporcionam as pequenas cavidades onde habita e procria o transmissor). Presente em extensa área do país, chega a atingir índices de positividade sorológica de até 60% da população, como é o caso de Bambuí, no Estado de Minas Gerais. Índices elevados também se observam em Goiás. A distribuição de barbeiros infectados em diversas unidades da federação pode ser apreciada na tabela 3. O combate à endemia, na inexistência de medicação específica para a infecção humana, é feito por intermédio de borrifação dos domicílios infectados pelo barbeiro com BHC. A ação governamental concentra-se na perfeita delimitação da endemia, por meio de um levantamento nacional que está completo mas cujos resultados ainda não foram divulgados, e no combate ao transmissor. Em algumas regiões inicia-se também a melhoria de habitações rurais como importante adjuvante no combate à doença. Nota-se, no entanto, a ausência de programas extensos de desenvolvimento rural integrado, aparentemente, como no caso da esquistossomose, a única forma de consolidar os resultados obtidos.

²⁷ Brasil. Ministério da Saúde. *Painel — Programa Especial de Controle da Esquistossomose*. VI Conferência Nacional de Saúde, Brasília, ago. 1977; e Brasil. Presidência da República. Ernesto Geisel. *Mensagem ao Congresso Nacional*. Brasília, Imprensa Nacional, 1978.

Tabela 2

Atividades contra a esquistossomose no Brasil, em 1975

Unidades da Federação	Munic. trabalhados	Profilaxia antiplanorbídea			Exames de fezes			Doentes tratados	Medicamentos usados	
		Col. aquáticas		Moluscocida aplicado (kg)	Realizados	Positivos	(%)		Específicos	Coadjuvantes
		Examin.	C/caram.							
Pará	7	—	—	—	16.866	177	0,1	—	—	—
Maranhão	4	152	39	—	10.269	277	2,7	—	—	—
Ceará	12	6.129	5.705	368	23.180	1.560	6,7	308	123	—
R. G. Norte	30	73	—	—	61.719	1.934	3,1	—	—	—
Paraíba	5	193	141	365	37.118	3.063	8,3	2.097	1.593	248
Pernambuco	16	102	1	86	59.766	8.414	14,7	1.080	878	1.454
Alagoas	7	—	—	—	14.337	4.008	27,9	351	234	532
Sergipe	19	—	—	—	27.926	10.846	38,8	963	942	—
Bahia	19	8.282	6.268	85	12.604	2.856	22,7	50	50	—
Minas Gerais	19	1.716	358	135	79.248	4.903	6,2	1.403	8.773	—
Espírito Santo	14	—	—	—	11.864	294	2,5	1.994	1.244	2
Rio de Janeiro	17	3.822	2.539	38	298.398	4.518	1,5	2.329	2.008	128
São Paulo	1	—	—	—	1.250	7	0,6	—	—	—
Paraná	63	829	285	104	166.578	2.830	1,7	2.135	1.257	2.430
Mato Grosso	7	—	—	—	28.814	2	0,0	—	—	—
Goiás	5	1.474	1.295	—	1.606	56	3,5	—	—	—
Distrito Federal	1	—	—	—	4.377	60	1,4	—	—	—
Total Brasil	246	22.772	16.631	1.181	855.920	45.805	5,4	12.710	17.102	4.794

Fonte: Brasil. Conselho de Desenvolvimento Social. Programa Especial da Esquistossomose no Brasil. Brasília, CDS, 1976.

Tabela 3

Positividade de triatomíneos por unidade da Federação - 1975 e 1976

N.º de Ordem	Unidades da Sucam	Triatomíneos			
		Capturados	Examinados	Positivos	(%)
01	Ceará	34.706	22.569	1.662	7,4
02	Rio Grande do Norte	37.923	29.892	363	1,2
03	Paraíba	6.706	5.950	284	4,8
04	Pernambuco	9.608	7.838	334	4,3
05	Alagoas	10.355	7.332	115	1,6
06	Sergipe	1.155	852	14	1,6
07	Bahia	52.952	28.135	1.641	5,8
08	Goiás	69.153	13.748	640	4,7
09	Minas Gerais	84.921	74.065	3.415	4,6
10	Mato Grosso*	10.213	4.761	523	11,0
11	Paraná	4.481	4.275	78	1,8
12	Rio Grande do Sul	10.019	7.478	1.263	16,9
13	Piauí	9.300	3.021	148	4,9
	Total	341.492	209.916	10.480	5,0

*Campo Grande.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Sucam. *Situação atual do controle das endemias*. Brasília, ago. 1977. mimeogr.

2.1.3.4 Peste

Também importada, desta vez com o comércio exterior no século XVIII, embora responsável por graves endemias no passado, vê-se hoje limitada a alguns poucos focos no Nordeste. Causada por uma bactéria, a *Yersinia pestis*, é transmitida pela pulga do rato. Sua condição de transmissão se manifesta quando do convívio do homem com o roedor, no caso brasileiro relacionado ao armazenamento de cereais no domicílio ou peridomicílio. Embora em 1974 tenha-se observado um surto no Ceará, Bahia e Pernambuco, com 700 casos, já no ano de 1976 observaram-se apenas 79 casos, sem nenhum óbito. A doença ocorre com maior intensidade entre os meses de junho e novembro quando, pelo término da safra e queda dos estoques armazenados, há mortalidade da população murina, passando as pulgas a procurar então o homem. O combate a esta endemia tem sido orientado no sentido da melhoria da habitação e do equipamento peridomiciliar, visando isolar o homem do convívio com o rato e suas pulgas, e da vigilância epidemiológica, buscando a identificação precoce e a restrição a eventuais focos epidêmicos. O nível observado em 1976 (97 casos) foi o mais baixo do decênio, o que nos leva a considerar o problema sob controle.²⁸

²⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Superintendência das Campanhas de Saúde Pública. *Situação atual do controle das endemias*. Brasília, 1977. mimeogr.

2.1.3.5 Febre amarela

Esta endemia é produzida por um vírus e tem duas formas epidemiológicas distintas: a urbana e a silvestre. A forma urbana, transmitida homem a homem pelo mosquito *Aedes aegypti*, foi responsabilizada pelo “fechamento dos portos brasileiros às nações amigas” até a primeira década deste século, quando Oswaldo Cruz logrou comandar sua erradicação do Rio de Janeiro. Em 1942 observaram-se os últimos casos desta forma no país. O mosquito, embora erradicado por duas vezes, é eventualmente reintroduzido por navios e aviões procedentes principalmente do Caribe, onde o transmissor não é combatido por se tratar de área recentemente sujeita à doença. No ano de 1976 observou-se uma reintrodução do mosquito pela Bahia, o que vem sendo tenazmente combatido. Desde a década de 30 tem-se identificado no país a forma silvestre da doença, transmitida por mosquitos da subfamília *Sabethinae*, tendo agora como reservatórios macacos de diversas espécies. Sob esta forma a doença é inerradicável, já que existe como enzootia (“endemia” entre animais) entre aqueles primatas, eventualmente exibindo surtos epizooticos que podem atingir o homem. O combate a esta forma da doença envolve a vacinação por intermédio de imunizante altamente eficaz com prazo de validade certificado para 10 anos. No ano de 1976 aplicou-se cerca de 1 milhão de doses da vacina em zona urbana e 970 mil em áreas rurais. No mesmo ano detectou-se apenas um caso de doença, no estado do Pará, tratando-se de forma silvestre.²⁹

2.1.3.6 Leishmanioses

Grupo de doenças provalmente autóctone no país, são protozoonoses causadas por flagelados do gênero *Leishmania*, transmitidos por mosquitos do gênero *Phlebotomus*, havendo duas afecções etiologicamente distintas: a leishmaniose cutâneo-mucosa e a visceral. A primeira ocorre atualmente de forma difusa na Amazônia, tendo como reservatórios roedores silvestres e cães. A infecção ocorre geralmente por ocasião de derrubadas, quando o homem permanece em íntimo contato com a floresta, e se caracteriza por úlceras (úlcera de Bauru) nos membros superiores e inferiores e na mucosa nasal e bucal. O tratamento é seguro, embora lento, com antimoniais pentavalentes. Ressalta-se neste caso a importância de reservatórios como cães, raposas e roedores podendo, portanto, a doença permanecer nesses animais e ser introduzida na população humana. Em 1975 identificaram-se 2.664 casos, sendo 2.526 de forma tegumentar. Em 1976 foram identificados 5.654 casos, sendo 5.561 da forma tegumentar e apenas 92 da visceral. O combate a ambas as formas envolve a borrifação com DDT e a eliminação de cães doentes e suspeitos. Introduce-se presentemente na Amazônia a borrifação pelo sistema ultrabaixo-volume (aspersão seletiva de microgotículas na atmosfera), que se tem revelado recurso promissor.

As perspectivas com relação a esta endemia, especialmente em relação à forma cutâneo-mucosa, despertam cuidados diante da intensa atividade de penetração com derrubadas em área amazônica. As ações governamentais se orientam para a instalação de laboratórios no interior, com pessoal auxiliar qualificado para o diagnóstico e tratamento da doença.

²⁹ Id. ibid

2.1.3.7 Tracoma

Conjuntivite produzida por vírus atípico do grupo PLT, foi introduzida no país pelas imigrações européias, aparentemente no fim do século passado. É doença cosmopolita limitada, no caso brasileiro, a algumas regiões rurais onde predominam ainda condições de precária higiene individual, fator determinante na transmissão da doença, que é contagiosa, ou seja, independe, para sua transmissão, da operação de qualquer vetor. Entre os anos de 1974 e 1976, a situação nacional da endemia foi atualizada através de cuidadoso inquérito numa amostra de 383 municípios. Nestes, a prevalência das formas ativas em escolares (7 a 14 anos) esteve entre 0,1 a 5%, em 142 municípios; de 5,1 a 10% em 50 municípios; de 10,1 a 30% em 75 e acima de 30% em 15 municípios. Os estados que exibiram maior incidência foram o Pará, Amazonas e Roraima (18, 12 e 10%, respectivamente) e os de menor incidência foram o Rio de Janeiro (1%), Santa Catarina (0,3%), Bahia, Espírito Santo e Rio Grande do Sul (0,5%). São Paulo não foi incluído no inquérito. A ação governamental, no que se refere a esta endemia, envolve o tratamento dos chamados "bolsões hiperendêmicos", incluindo tratamento em massa e educação sanitária. Essas áreas com positividade acima de 30% da população escolar encontram-se no Amazonas (1 município), Pará (6), Ceará (2), Pernambuco (4), Paraná (1) e Sergipe (1).

2.1.3.8 Filariose

São parasitoses que se relacionam com a infecção humana, via sanguínea e linfática por larvas de vermes, transmitidas por mosquitos do gênero *Culex* no caso da bancroftose. Esta endemia, localizada em focos no litoral brasileiro, segundo inquérito realizado em 1950, concentra-se atualmente em três estados: Pará (Belém, Vigia, Soure e Cametá), Pernambuco (Recife) e Bahia (Salvador) e Castro Alves). Clinicamente é caracterizada por surto agudo de febre com manifestações periféricas no sistema linfático, podendo evoluir para elefantíase (edema consistente, de origem linfática, nos membros inferiores ou genitais). Esta ocorrência pode ser observada entre 5 e 20% dos casos, sendo bastante rara atualmente. Em inquérito realizado entre 1951 e 1955, observaram-se positivities elevadas na população de Belém (9,8%), Recife (6,9%), Castro Alves (5,9%) e Florianópolis (1,4%). Após duas décadas de combate ao vetor e tratamento dos doentes, observam-se índices bem mais alentadores, com a negativa dos focos de Santa Catarina, 0,8% em Belém, 1,8% no Recife e 1% em Castro Alves (dados de 1976).

A oncocercose é filariose transmitida por insetos do gênero *Simulium* (borrachudos) e caracteriza-se por nódulos cutâneos, podendo eventualmente produzir lesões do nervo oftálmico e conseqüente cegueira. Foi descrita no país em 1973 na região do rio Toototobi (AM), na fronteira com a Venezuela, sendo identificados posteriormente um foco em Aurais e outro em Surucucus (ambos no Território Federal de Roraima). As áreas são habitadas por índios ianomanis, que mantêm contatos migratórios com áreas endêmicas na Venezuela. A incidência, nesses focos, varia de 24,5% da população em Aurais, 24% em Surucucus e 92% na área do Toototobi. Procura-se presentemente delimitar a extensão da área endêmica, tendo sido realizados levantamentos nos rios Solimões, Javari e parte do Negro, que se revelaram isentos dessa endemia.

Há ainda uma terceira filariose de importância no país pela sua ampla ocorrência ao longo do rio Solimões — a mansoniase, produzida pelo helminto *Mansonella ozzardi*. Não apresenta, ao que tudo indica, qualquer sintoma clínico nos portadores, tendo sua importância se relacionado principalmente à possibilidade de confusão com outras filarioses, como o que chegou a ocorrer, em certas circunstâncias, em relação à oncocercose.

Deixamos de relacionar nesta breve análise algumas endemias, por sua importância relativamente discreta em comparação às mencionadas. Cumpre destacar as geo-helmintoses que, por sua extensa distribuição no território nacional e elevados índices de prevalência, têm certa importância no quadro sanitário brasileiro. Possivelmente a mais expoliadora delas, a ancilostomíase, produz anemia que será abordada brevemente no item relativo às carências nutricionais específicas. Este grupo de doenças somente terá o seu correto equacionamento quando se dispuser de saneamento básico do meio, especialmente destino adequado de dejetos para as populações de baixa renda das zonas rurais e periferias urbanas.

2.1.4 Carências nutricionais específicas

Certas carências nutricionais específicas constituem-se, em nosso país, em problemas de saúde pública, com reflexos no desenvolvimento e na segurança nacionais.

2.1.4.1 Bócio endêmico

Trata-se de afecção causada pela carência de iodo na dieta. A primeira avaliação nacional do problema, realizada em 1955, revelou uma prevalência do problema, em termos nacionais, em 20,7% da população escolar. Entre os anos de 1974 e 1976 a Sucam/Ministério da Saúde repetiu o inquérito, que revelou a queda daquela prevalência para uma média nacional em torno de 14,1%. Esse resultado pode ser atribuído à obrigatoriedade da iodatação do sal para consumo humano. A distribuição deste agravo à saúde varia consideravelmente, entretanto, no contexto nacional. Assim, há unidades federadas com elevada prevalência, como é o caso da Bahia (33,3%), Rondônia (31,3%) e Minas Gerais (28,6%), ao lado de outras unidades com muito baixa ocorrência do fenômeno: Rio Grande do Norte (0,7%), Paraíba (1%), Santa Catarina e Roraima (ambos com 1,3%).³⁰ Estudos realizados em Roraima revelaram que do grupo de escolares que consumia sal grosso (para gado), 100% apresentava bócio; daquele que consumia sal moído, 42,4%; e do grupo que consumia sal refinado iodado, apenas 7,7%.³¹ Ressalte-se que apenas nos dois últimos tipos de sal há obrigatoriedade legal do enriquecimento com iodatos.

O combate ao bócio depara-se com a realidade de muitas populações em áreas interioranas, especialmente nas de pecuária extensiva, alimentarem-se com sal para consumo animal, que não é obrigado, por lei, a apresentar mistura com iodo. Especialmente nos estados em que houve aumento de prevalência (Bahia,

³⁰ Id. *ibid.*

³¹ Arruda, B. K. G. *op. cit.*

Maranhão, Alagoas, Amazonas, Espírito Santo, Minas Gerais, Mato Grosso, Goiás, Acre e Territórios Federais do Amapá, Rondônia, e Roraima, bem como no Distrito Federal), além do controle da iodatação do sal para consumo humano (realizado pelas Secretarias Estaduais de Saúde sob supervisão do Ministério da Saúde), estariam indicados trabalhos específicos junto às populações mais atingidas, visando à ministrarção específica dos compostos de iodo.

2.1.4.2 Anemias

Embora não se disponha de dados sobre a incidência nacional deste tipo de problema de saúde, há indícios de ocorrência do fenômeno em consideráveis contingentes de nossa população, ocasionado pela deficiência na ingestão de ferro, associada à infestação verminótica, especialmente por ancilostomídeos, sabidamente espoliadores daquele microelemento. Em 11 comunidades do vale do Ribeira, em São Paulo, encontraram-se prevalências de até 46% da população. Em São Paulo ainda, em certos grupos, identificaram-se níveis carenciais em até 52,6% das parturientes e 21% dos recém-nascidos. No Nordeste, inquérito realizado em 1965 revelou a ocorrência de níveis baixos de hemoglobina em 20% da população, e em certas cidades da Zona da Mata até 47,4% da população escolar apresentava níveis abaixo do normal (em torno de 11g por 100ml de soro).³²

2.1.4.3 Hipovitaminose A

Certamente é a terceira carência nutricional específica, em importância no país, embora se disponha de dados esparsos. Os estudos do Endef já mencionados, baseados em ingestão, mostraram deficiências amplamente distribuídas no território nacional.³³ A ocorrência de formas clínicas avançadas (tipo xerofthalmia e cegueira) não é freqüente. Supõem hoje os nutrólogos, entretanto, que a incidência do fenômeno, associada à subnutrição protéico-energética, verminoses e outras endemias, seja ocorrência freqüente em grande proporção da população nacional.

2.2 Situação dos serviços de saúde e recursos humanos

Há clara consciência nacional de que é acentuada a insuficiência de serviços e recursos humanos para a saúde do país. Essas afirmativas devem, entretanto, ser analisadas com o devido cuidado já que não é suficiente a comparação com padrões internacionais, pois fatores únicos no país, como a distribuição geográfica e etária da população, nosologia, política de saúde e programação vigentes, podem transformar radicalmente as necessidades de profissionais e serviços de saúde por mil habitantes. Um exemplo típico desse fato é o referente à formação do médico — profissional-chave de equipe de saúde. A abertura de numerosas escolas médicas no fim da década de 60 e a ampliação das vagas nos cursos existentes tiveram por finalidade resolver o problema de carência desse

³² Id. *ibid.*

³³ Id. *ibid.*

tipo de profissional a nível nacional, em busca de uma proporção considerada desejável de um médico para mil habitantes. É possível que atinjamos essa marca em meados da década de 80.³⁴ Há, entretanto, indícios de subemprego médico em muitas capitais, enquanto, é bem verdade, muitas cidades interiores não contam com esse tipo de profissional. É indispensável entender, entretanto, que muitas cidades e sedes de municípios no país não comportam a presença de um médico permanente, não só por seu porte como pela nosologia encontrada e ainda por falta absoluta de condições sociais de suporte de um profissional de nível universitário. Apenas a título de exemplo, informação recente nos dá conta de que no estado do Amazonas, dos 42 municípios existentes, 32 contam com médico, os 10 restantes não oferecendo condições mínimas de receber o profissional. Certos municípios desse estado, a exemplo de Airão, com cerca de 600 habitantes na sede, já possuem médico, que evidentemente permanece ocioso. Os cinco leitos que a Secretaria de Saúde mantém na comunidade, não receberam uma internação sequer nos últimos anos.³⁵ No entanto, levadas em conta essas reservas, cumpre constatar que o país exibiu carência de médicos por volta de 1970 (um médico para 1.962 habitantes), situação semelhante à do México (1:1.820), inferior aos países desenvolvidos ou em desenvolvimento (Venezuela, 1:1.180; Iugoslávia, 1:1.130; Holanda, 1:710; França, 1:850; EUA, 1:1.650; Argentina, 1:620; URSS, 1:450 e Israel, 1:420) e superior a outros países em desenvolvimento e subdesenvolvidos (RAU, 1:2.150; Irã, 1:3.750; Índia, 1:4.830; Paquistão, 1:6.620 e Tailândia, 1:8.550).

Com referência a dentistas, nossas deficiências já eram bem menos acentuadas em 1970 — um dentista para 3.597 habitantes, superior à proporção encontrada em certos países desenvolvidos, como a Grã-Bretanha, 1:3.947, Holanda, 1:4.294, e Bélgica, 1:6.784; inferior, entretanto, a outros países desenvolvidos, como o Canadá (1:3.032), França (1:3.006), EUA (1:1.919) e República Federal da Alemanha (1:566).

Nossas carências mais dramáticas, entretanto, referem-se ao pessoal de enfermagem de formação universitária que, em 1970, não encontravam paralelo mesmo entre outros países em desenvolvimento — 1:13.697 habitantes, muito abaixo de Portugal (1:2.799) e Grécia (1:1.207), sem mencionar os países desenvolvidos (França, 1:536; EUA, 1:294, e Suécia, 1:122). Resta um comentário, entretanto, relativo à estrutura dos serviços de enfermagem do nosso país, onde a enfermeira é pessoal de formação universitária que se encarrega quase que exclusivamente da administração dos serviços de enfermagem, sendo estes executados por pessoal de nível auxiliar (auxiliar de enfermagem) e mesmo pessoal treinado em serviço (atendente de enfermagem), diversamente do que ocorre na Venezuela, França e muitos outros países, onde a enfermeira tem formação universitária ou para-universitária e exerce todas as atividades de enfermagem.

Em comparação com quantificações propostas pela III Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas, em outubro de 1972, referentes a metas para o decênio, o país exibiu carências de médicos, enfermeiros e de pessoal auxiliar de enfermagem (—36%, —84% e —80%, respectivamente) e excesso proporcional de dentistas e farmacêuticos (+ 40% e + 114% respectivamente).

³⁴ Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Departamento de Assuntos Universitários — DAU. *Documento do ensino médico*. Brasília, MEC, 1977.

³⁵ Castro Netto, F. P. Informação pessoal. Manaus, agosto de 1978.

Comparando-se a proporção entre pessoal universitário, técnico e auxiliar previsto naquela reunião (38%, 20% e 42%, respectivamente) o país exibiu acentuadas distorções (72,3%, 7,2% e 20,5%) que enfatizavam a carência de pessoal de nível técnico.

No que se refere a leitos hospitalares, em 1970 o país exibiu níveis carentes (253 habitantes por leito), mas acima, por exemplo, da Espanha (310 hab./leito) e abaixo de outros países, como Portugal (190), França (110), EUA (110), Austrália, Canadá e Suécia (90).³⁶

Muito mais que a carência absoluta, a inadequada distribuição de recursos humanos e leitos tem caracterizado a situação dos serviços de saúde no país. O Nordeste, com 28,6% da população, possuía, em 1970, 16,3% dos médicos e 11% dos dentistas e farmacêuticos. O Sudeste, com 43,5% da população, contava com 65,5% dos médicos, 65% dos dentistas e 61,6% dos farmacêuticos. A Região Sul, com 18,9% da população, possuía 12,7% dos médicos, 18,0% dos dentistas e 19,9% dos farmacêuticos. As proporções de profissionais, entretanto, observam paralelismo com a distribuição regional da renda interna (63,3% para o Sudeste, 13,2% para o Nordeste e 18,3% para a Região Sul). Tal fato não é de estranhar, não só porque considerável parte dos serviços de saúde são executados sob iniciativa particular (45% dos hospitais do país são privados, com fins lucrativos),³⁷ como pelo fato dos serviços de saúde exigirem recursos dos órgãos públicos estaduais e locais para sua execução, recursos esses particularmente carentes em unidades federadas de baixa renda. Uma exceção a essa regra se afigura no fato de o Ministério da Saúde despendar cerca de 40% de seu orçamento no Nordeste e 20% na Amazônia, onde se encontram respectivamente cerca de 13% e 3% da renda nacional. Além da inadequada distribuição observa-se ainda que a formação dos profissionais, principalmente médicos, é inadequada aos serviços e condições de trabalho prevalentes no país. De fato, a formação de inspiração européia e americana enfatiza as doenças degenerativas, a especialização precoce e a prática privada das profissões de saúde.

Há ainda a considerar o caráter excessivamente hospitalar dado aos serviços de saúde no país. Um estudo realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde em 14 países das Américas, no ano de 1977,³⁸ revelou que o Brasil era o país que apresentava a mais baixa taxa de consulta por alta (16,7% para o INPS e 14,4% para o Funrural), ou seja, para cada alta hospitalar havia 16,7 consultas, quando em alguns países como o Panamá essa taxa vai a 101,5, sendo em torno de 41,7 para o México, 54,8 para o Peru e 77 para a Venezuela.

Programas como o de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) para o Nordeste e ações sob a iniciativa das Secretarias de Saúde em outras regiões do país buscam mudar, de um lado, a distribuição de serviços e, por outro, utilizar mais intensamente pessoal auxiliar mais adequado aos serviços simplificados necessários no interior do país, mais acessíveis aos orçamentos das regiões menos desenvolvidas e mais adequados à nosologia nelas encontrada.

³⁶ Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Sistema Nacional de Saúde — contribuição para a discussão do tema oficial*. V. Conferência Nacional de Saúde, Brasília, Ministério da Previdência e Assistência Social, agosto de 1975.

³⁷ Id. *ibid.*

³⁸ OPS-OMS. *Coordinación entre los sistemas de seguridad social y salud pública*. Washington, 26 ago. 1977. (Discusiones Técnicas, CD 25/D1/1.)

2.3 Programas de saúde

A grande maioria dos recursos para a saúde provém das arrecadações da Previdência Social. Um estudo realizado no Ministério da Saúde,³⁹ abrangendo os anos entre 1968 a 1971, identificou que a Previdência Social arcava, em 1971, com 56,9% dos recursos empregados pelo setor público em ações de saúde, enquanto a União (orçamento) entrava com 11,6%, os estados com 26,9% e os municípios com apenas 4,6% (veja tabela 4). Tais dispêndios envolviam, no total, cerca de 2,3% do PIB.

Conforme discutiremos no item 3, esses recursos vêm vinculados a certos tipos de despesas, especialmente ao atendimento do trabalhador e seus dependentes, atendendo primariamente a necessidades sentidas, visando teologicamente ao pronto retorno ao trabalho e, portanto, a minimizar o desgaste causado pela doença sobre a força de trabalho. Desta forma, os vultosos recursos investidos pela Previdência Social na área de saúde orientam-se, historicamente, para os aspectos curativos e, como já comentamos, estão em grande parte voltados ao atendimento hospitalar. Ainda assim, convém lembrar que mesmo o atendimento ambulatorial tem sofrido notável incremento nos últimos anos. De 7 milhões de consultas médicas em 1967, o setor proporcionou, em 1977, 130 milhões de consultas, sendo que 28% de seu orçamento estão empenhados em atividades de assistência médica.⁴⁰

Nota-se atualmente um grande esforço a nível do Ministério da Previdência e Assistência Social no sentido de transformar o atendimento por clientela (empregados regidos pela CLT, funcionários públicos) em atendimento por problemas (assistência médica, benefícios em dinheiro, etc.). Essa transformação foi consagrada com a criação do Sinpas — Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, ficando as atividades de assistência médica sob a administração do Inamps — Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.⁴¹ Mais importante ainda, notam-se esforços na área no sentido da transformação do atendimento “sob demanda” em atendimento “por programa”. Identificamos como sinais dessa nova tendência não só o relacionamento crescente entre os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, como a participação deste, via Central de Medicamentos, no Programa Nacional de Imunizações e a dos diversos órgãos vinculados aos programas de Controle da Raiva, de Dermatologia Sanitária. (Controle de Hanseníase), Tuberculose, Combate ao Câncer e Saúde Mental.⁴² Os trabalhos da Comissão Permanente de Consulta entre os dois ministérios⁴³ visam a lançar bases de atuação conjunta e coordenação na prestação de serviços a populações ainda não cobertas e ainda a difusão e padronização dos grandes programas nacionais de saúde dentro da área da Previdência.

³⁹ Brasil. Ministério da Saúde. *Estudo de gastos do setor público com a função saúde*. Rio de Janeiro, 1973.

⁴⁰ Os grandes gastos no campo social. *Veja*, n. 525, 27 set. 1978 (encarte).

⁴¹ Brasil. Presidência da República. Ernesto Geisel. op. cit.

⁴² Id. *ibid*.

⁴³ Almeida Machado, Paulo. *Política nacional de saúde*, Conferência na Escola Superior de Guerra, Rio de Janeiro, 10 jul. 1978.

Tabela 4

Consolidação das despesas realizadas pelo setor público com a função saúde por fontes de recursos internos — 1968-71

(Em milhões de cruzeiros de 1971)

Fontes de recursos	1968 (1)	(%)	1969 (2)	(%)	1970 (3)	(%)	1971 (4)	(%)	Incrementos reais		
									(2/1)	(3/2)	(4/3)
I. União	646,8	17,7	538,7	11,7	633,3	12,8	622,0	11,6	-16,7	-17,6	-1,8
1. Ministério da Saúde	460,4	12,6	388,1	8,5	329,0	6,8	285,1	5,3	-15,3	-14,1	-13,4
2. Ministério do Interior	19,0	0,5	8,9	0,2	7,0	0,1	7,8	0,1	-53,2	-21,2	-11,4
3. Ministério do Trabalho e Previdência Social	95,7	2,6	43,2	0,9	96,0	1,9	107,0	2,0	-54,9	122,2	11,5
4. Outros órgãos	71,7	2,0	98,5	2,1	201,3	4,0	222,1	4,2	37,4	104,5	10,4
II. Estados	1.183,4	32,4	1.474,3	32,0	1.112,4	22,3	1.439,0	26,9	24,6	24,5	29,4
III. Municípios	208,5	5,7	225,9	4,9	246,0	4,9	249,0	4,6	8,3	8,4	1,2
IV. Outras fontes	1.610,6	44,2	2.369,2	51,4	2.992,3	60,0	3.049,0	56,9	47,1	26,3	1,9
1. Funrural	54,0	1,5	96,4	2,1	133,8	2,7	150,3	2,8	78,6	38,6	12,3
2. INPS	1.556,6	42,7	2.272,8	49,3	2.858,5	57,3	2.898,7	54,1	46,0	25,8	1,4
V. Total	3.649,3	100,0	4.608,1	100,0	4.984,0	100,0	5.359,0	100,0	26,3	8,2	7,5
VI. PIB	175.788,4		191.688,3		209.548,9		234.000,0		10,3	9,3	11,7
VII. Despesas com a função saúde, relação PIB		2,1		2,4		2,4		2,3			
VIII. População em milhares de habitantes	88.196,3		90.665,8		93.204,4		95.814,1				
IX. Cr\$ gastos com a função saúde por habitante	41,4		50,8		53,5		55,9				

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Estudos de gastos do setor público com a função saúde. Rio de Janeiro, 1973.

Na esfera do Ministério da Saúde distinguimos duas linhas básicas de ação. Uma envolve serviços próprios, dos quais se destacam os da Superintendência de Campanhas de Saúde — Sucam, no combate às grandes endemias, principalmente a malária, doença de Chagas, esquistossome, filariose, leishmanioses, bócio endêmico, tracoma, febre amarela e peste, e aqueles vinculados à Fundação Serviços de Saúde Pública — FSESP, que visam à assistência integral de saúde em áreas de alto interesse nacional, como foi o caso da atuação desse órgão na Amazônia durante o esforço de guerra, no vale do Rio Doce e, mais recentemente, em Sobradinho e nas áreas de difícil acesso aos serviços habituais de saúde, implantando programas básicos de alta relevância para as populações carentes e ações de saneamento básico do meio, quer por intermédio de sistemas de abastecimento de água e esgotos, quer por intermédio de soluções individuais (fossa e poço). A outra grande linha de atividades do Ministério da Saúde é exercida via Secretarias Estaduais de Saúde por intermédio dos grandes programas nacionais de saúde: Programa Nacional de Imunizações, Materno-Infantil, Alimentação e Nutrição, Controle da Tuberculose, Dermatologia Sanitária (principalmente combate à hanseníase), Saúde Mental, Combate ao Câncer, Vigilância Epidemiológica e Laboratórios de Saúde Pública. Este tipo de ação se diferencia basicamente do atendimento por demanda devido ao fato de alocar recursos segundo diretrizes que os conduzem a áreas e grupos humanos mais vulneráveis aos problemas de saúde em questão, otimizando resultados, o que não ocorre com o atendimento de uma demanda curativa geralmente onerosa e sem resultados duradouros. O grande problema enfrentado por esses programas foi diversidade de metodologia, já que tinham origens históricas distintas, vindo onerar os órgãos executores com uma grande diversidade de diretrizes, orientações por vezes até conflitantes e prestações de contas complexas e duplicadas.⁴⁴ Esse problema foi praticamente resolvido durante o ano de 1977, quando a Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde unificou a metodologia dos seus programas. Outro grande óbice à execução desses programas nacionais são as graves carências das Secretarias Estaduais de Saúde em termos de recursos humanos, organização e, secundariamente, recursos financeiros, de forma a lograr a implantação dos programas e sua operação em níveis quantitativa e qualitativamente aceitáveis. Há ainda o fato de que em muitas unidades federadas a rede de serviços da secretaria de saúde não atinge uma série de comunidades do estado e também de esses serviços estarem voltados a atividades de assistência médica, muito mais bem remuneradas pela Previdência Social, que satisfazem mais imediatamente ao público e exigem prestações técnicas muito mais simples. Sem dúvida o engajamento do Inamps numa linha de ação por programas virá obviar os maiores empecilhos a uma operação eficaz dos grandes programas nacionais de saúde.

Quanto aos programas operados diretamente pelo Ministério da Saúde, o de Combate à Malária, do qual alguns aspectos gerais já foram comentados no subitem 2.1.3., tem logrado consideráveis progressos na chamada área de erradicação a curto prazo (área não-amazônica). Na Amazônia observam-se, entretanto, algumas dificuldades no controle da endemia,⁴⁵ conforme já foi comentado. Acrescentaríamos apenas que, embora se tenha descrito ocasionalmente resistência do

⁴⁴ Atallah, J. F. *Propor políticas e formular estratégias para o decênio 1978-87 com relação à saúde e saneamento*. Rio de Janeiro, Escola Superior de Guerra, 1977. mimeogr. (Tema 17.)

⁴⁵ Motta, E.; Marques, A. C. et alii. op. cit.

plasmódio à medicação e do mosquito ao DDT, os aspectos sociais dominam de longe o quadro de óbices ao bom desenvolvimento do programa. No referente ao Programa de Combate à Esquistossomose, as ações têm sido implantadas dentro da doutrina de operação de áreas contínuas e contíguas, abrangendo os estados do Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas e Sergipe. Em 1977 foram realizados 1 milhão de exames de fezes e tratados 291 mil doentes. No que se refere aos programas de combate à doença de Chagas, oncocercose, outras filarioses, tracoma e bócio endêmico, cremos que as informações essenciais estão contidas no subitem 2.1.3.

O Programa Nacional de Alimentação e Nutrição — Pronam desenvolve-se dentro de suas metas previstas, não somente buscando suplementar a alimentação de grupos carentes (gestantes, nutrízes e pré-escolares), mas principalmente através de ações visando ao pequeno produtor rural e à nutrição do trabalhador. Embora essas ações tenham atingido resultados expressivos (1,8 milhão de beneficiários no Programa de Nutrição em Saúde em 1977; 11,5 milhões no Programa de Nutrição Escolar; 768 mil no Programa de Nutrição do Trabalhador; e 41 mil produtores beneficiados em 1978 no Projeto de Produtores de Baixa Renda no Nordeste), os grandes efeitos sobre o estado nutricional da população somente serão obtidos com a extensão dessas ações a uma proporção significativa da população carente do país (estimada atualmente em 30 milhões de pessoas)⁴⁶ e transformações intensas na situação social e econômica e no meio-ambiente envolvente desse expressivo contingente populacional.

2.4 Breve consideração do Brasil na conjuntura sanitária internacional

Neste item agregaremos alguns comentários àqueles que foram feitos por ocasião do exame de diversos indicadores de saúde, já que a ordem de grandeza dos mesmos só pode ser apreciada quando os comparamos com os encontrados em outros países.

Com relação a muitas estatísticas de saúde, o lugar reservado ao Brasil aparece em branco nas estatísticas internacionais, em face da grande carência de dados com que nos defrontamos. Quando tal não ocorre, a situação nem sempre é lisonjeira para nosso país. Além da mortalidade infantil já comentada, em níveis dos mais elevados para as Américas, também outros indicadores são desfavoráveis ao Brasil, quando consideramos países bem menos desenvolvidos que o nosso (veja tabela 5).

Um estudo mais acurado, a Investigação Latino-americana de Mortalidade na Infância,⁴⁷ revela que os níveis de mortalidade infantil alcançados por Recife (91,2 por mil nascidos vivos) só foram superados por departamentos rurais da Província de San Juan na Argentina (94,5), pela área de Viacha, na Bolívia (123,5) e por municípios rurais de El Salvador (120). Ao examinarmos dados mais gerais de mortalidade na infância (um a cinco anos),⁴⁸ verificamos que a taxa encontrada para o Brasil, de 11,5 óbitos por mil habitantes no grupo etário, somente é inferior às taxas do Equador, na América do Sul (16,9),

⁴⁶ Vianna, M. P. *O papel do BNDE no fortalecimento da empresa nacional*. Conferência na Escola Superior de Guerra, Rio de Janeiro, julho 1978.

⁴⁷ OPS-OMS. *Investigação de mortalidade*. . . op. cit.

⁴⁸ OMS. *World Health Statistics Report*, Genebra, World Health Organizations, 30(4), 1977.

Tabela 5

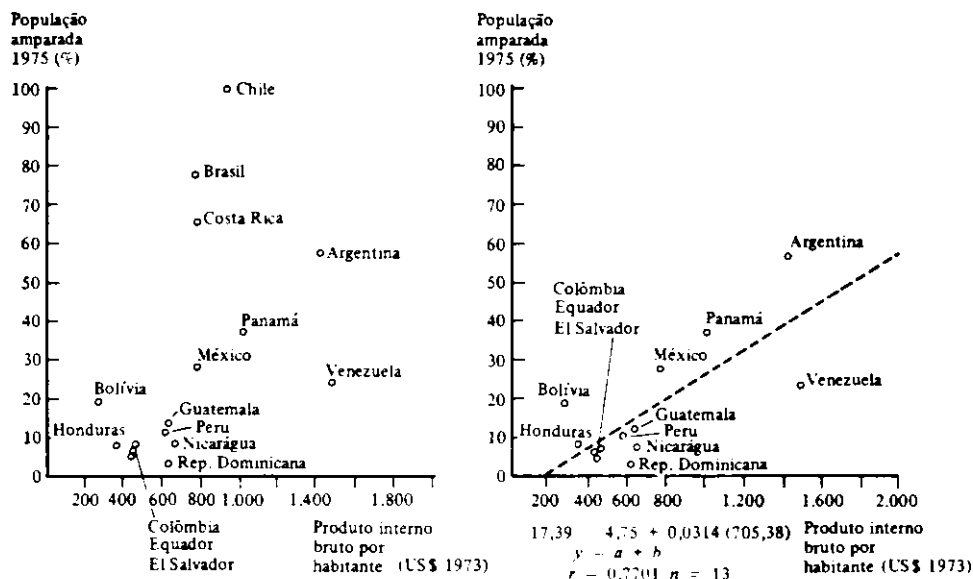
Distribuição da população, renda per capita, mortalidade infantil e médicos nas Américas

Países	População (em milhões)	Renda per capita	Mortalidade infantil	População por médico
Argentina	25,38	1.922	58,9	450
Baamas	0,20	—	32,6	1.430
Barbados	0,25	617	33,1	1.530
Bolívia	5,63	299	77,3	2.120
Brasil	107,15	723	— ¹	1.660
Canadá	22,83	5.672	15,5	600
Chile	10,25	647	78,0	2.420
Colômbia	29,72	478	62,8	2.180
Costa Rica	1,97	799	44,8	1.580
Cuba	9,33	—	27,5	1.150
El Salvador	4,01	373	59,1	4.070
Equador	6,73	474	75,8	2.840
EUA	213,61	5.949	17,6	610
Guatemala	6,08	470	79,1	4.430
Guiana	0,79	360	42,3	3.270
Haiti	4,58	158	25,8	13.050
Honduras	3,04	306	39,3	3.360
Jamaica	2,03	1.066	26,2	3.510
México	60,15	632	51,9	1.440
Nicarágua	2,16	650	46,0	1.720
Panamá	1,67	935	33,3	1.240
Paraguai	2,65	457	30,0	2.220
Peru	15,84	444	65,1	1.800
República Dominicana	4,70	480	38,6	1.870
Suriname	0,42	970	30,4	2.030
Trinidad e Tobago	1,09	927	24,4	2.380
Uruguai	3,06	717	48,6	910
Venezuela	11,93	2.052	46,6	870

Fonte: Bastos, Murillo Villela. Saúde e Previdência Social no Brasil: o impacto da Previdência Social na organização dos serviços médicos. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 13(4):95-116, out./dez. 1979.

¹ Não há dados para o Brasil como um todo. Entretanto, ainda que consideremos o índice, extremamente otimista, de 90 por mil nascidos vivos, a mortalidade infantil do país não encontra paralelo nas Américas.

Figura 3
População amparada pela Previdência Social e PIB



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde – Organização Mundial da Saúde. *Coordinación entre los sistemas de Seguridad Social y Salud Pública*. Washington, 1977. (Discusiones Técnicas, CD 25,DT/1.)

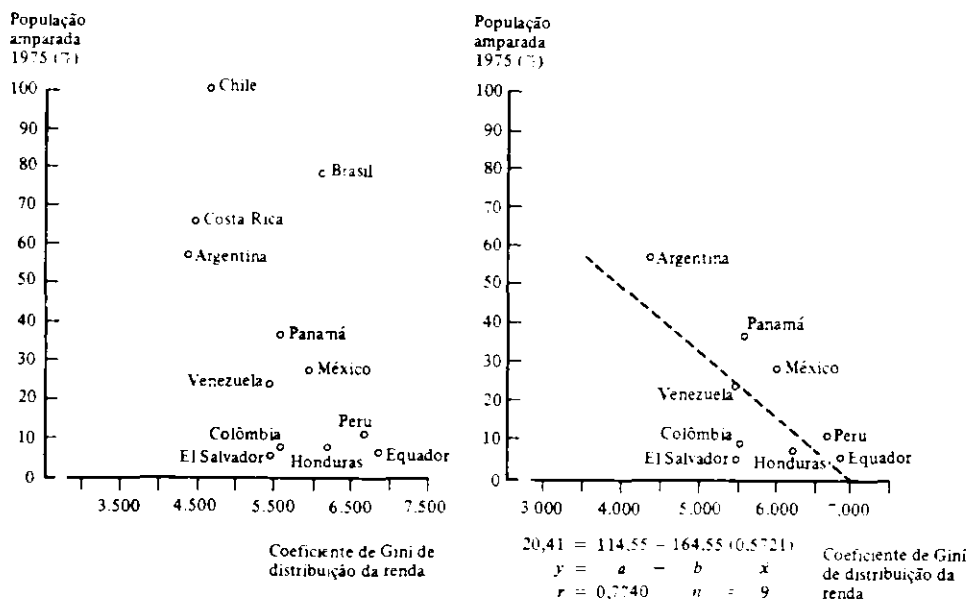
sendo superior às do Paraguai (6,2), Peru (7,4), Colômbia (7,5), sem falar dos países com maior renda *per capita*, como Argentina (3,5) e Venezuela (5,3). Essa taxa brasileira encontra paralelo em algumas das pequenas ilhas do Caribe (St. Vincent — 21,9; Sta. Lucia — 15,6; Dominica — 19,9); na Ásia (Paquistão — 17,4; Turquia — 14,7) e na África (Tunísia — 19,1; Libéria — 17,2), sendo superada amplamente pela maioria dos países africanos, da Ásia Meridional e Central (Índia — 44,0) e por apenas um país europeu (Albânia — 34,9). A essa realidade se adiciona o fato de nenhum país americano possuir grandes endemias graves afetando proporção considerável de sua população, como são os casos da esquistossomose e doença de Chagas no Brasil. Evidentemente não deixam de ser atenuantes dessa situação os recentes investimentos brasileiros na programação de saúde pública, a exemplo do Programa de Controle da Esquistossomose, Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Programa Nacional de Alimentação e Nutrição. Outro aparente atenuante seria o grau relativamente elevado de despesas do país a nível de previdência social e, portanto, com serviços predominantemente curativos⁴⁹ (veja figuras 3 e 4), tendo, inclusive, uma população segurada superior à que seria de se esperar pelo seu produto *per capita* e pelo seu coeficiente de distribuição de renda, graças ao Funrural. No entanto, sabemos que esse amparo é qualitativamente precário e que, sendo eminentemente curativo, não equaciona os problemas cruciais do país. Por outro lado, alguns autores consideram que se investe relativamente pouco em saúde no Brasil (em torno de 5% para 1977).⁵⁰

⁴⁹ OPS-OMS. *Coordinación entre los...* op. cit.

⁵⁰ Araújo, J. D. O direito à saúde — um problema de administração e de política. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 13(4):21-38, out./dez. 1979.

Figura 4

População coberta pela Previdência Social e distribuição da renda



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde - Organização Mundial de Saúde. *Coordinación entre los Sistemas de Seguridad Social y Salud Pública*. Washington, 1977. (Discusiones Técnicas, CD 25, DT, 1.)

Desta forma podemos concluir mui brevemente que o Brasil, país em franco desenvolvimento econômico, com um desenvolvimento político recente apreciável, tendo também denotado progresso expressivo em certos setores sociais, como na educação (a alfabetização evoluiu de uma percentagem de 61% em 1960, para 84%, em 1977), é, no entanto, no que se refere à saúde, país francamente subdesenvolvido.

3. Principais implicações da situação sanitária do país

Ao estudar a nosologia do país, verificamos que com raríssimas exceções — possivelmente a febre amarela, certamente outras arboviroses, a doença de Chagas, algumas micoses profundas como a blastomicose brasileira (aliás, de menor importância, como problema de saúde pública) e talvez as leishmanioses — todos os grandes problemas de saúde pública do país foram importados com a colonização e em diversas fases de sua formação histórica.⁵¹ Assim, dos grandes problemas contemporâneos de saúde, sabe-se que a malária veio com o colonizador, a esquistossomose com o tráfico de escravos, e a febre amarela, em sua modalidade urbana, a que realmente se constituiu em enorme problema de saúde pública para o país, era transmitida por um mosquito importado da

⁵¹ Fonseca Filho, O. Panorama Sanitário Brasileiro. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 8(5):511-49, 1964. Apud *Brasiliensia Documenta Medica*, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 1975.

África — o *Aedes aegypti*. As doenças cosmopolitas vieram com o colonizador, como a tuberculose, a hanseníase e as doenças da infância. Outras, muito mais tarde, como o tracoma, aparentemente na segunda metade do século XIX. Quando entendemos ainda que a mortalidade infantil está na dependência direta da inadaptação a condições de vida onde predominam a contaminação de água e alimentos e deficiências nutricionais, verificamos a estreita relação entre o estado de saúde da população e o processo de formação e desenvolvimento do país.

Ao examinarmos a importância histórica da febre amarela no desenvolvimento do país no período crucial da segunda metade do século XIX e primeiras décadas do século XX,⁵² podemos apreciar como um problema particular de saúde pode constituir-se em verdadeira impediente ao desenvolvimento nacional. De fato, o boicote dos navios estrangeiros aos principais portos nacionais, especialmente ao do Rio de Janeiro, constituiu-se em considerável fator de retardamento do desenvolvimento do país, com evidentes reflexos no moral nacional.

Nancy Stepan diz, sobre o trabalho e a chefia de Oswaldo Cruz, que, entre 1903 e 1906, erradicou a febre amarela do porto do Rio de Janeiro:

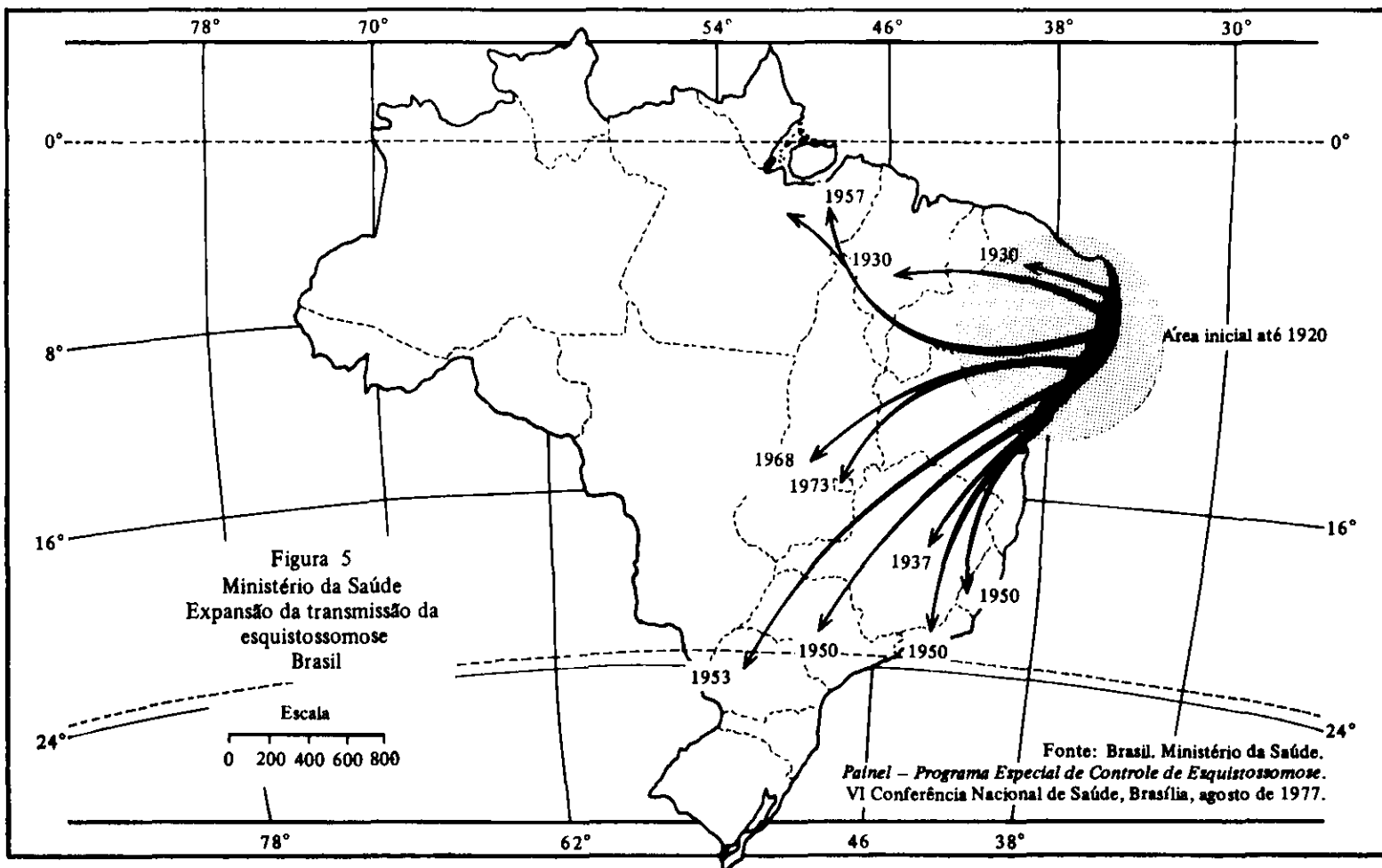
“... a campanha da febre amarela, como é chamada muitas vezes, constitui um dos capítulos mais fascinantes da história da República Velha do Brasil, bem como um episódio muito interessante da história da saúde pública. *A influência da campanha na economia do Brasil, na imigração e no conceito dos brasileiros de si mesmo e do seu futuro ainda está por ser devidamente avaliada*” (grifo nosso).

A influência das grandes endemias no retardamento do desenvolvimento carece de análise mais acurada. Sabemos que a malária frustrou as duas primeiras tentativas de construção da estrada de ferro Madeira—Mamoré, no fim do século passado, e tem onerado muitos projetos ainda hoje na Amazônia. Não há estudos dimensionando convenientemente as perdas, em eficiência, da mão-de-obra nas vastas áreas do país com elevada incidência de esquistossomose e doença de Chagas. Baseando-se em estudos realizados no Egito, nas Filipinas e Iraque, estima-se o prejuízo anual *per capita* relacionado à esquistossomose respectivamente em US\$ 15, US\$ 24 e US\$ 26. Almeida Machado,⁵³ utilizando-se dos dados mais otimistas (Egito), estima a perda anual relacionada a essa doença em nosso país como sendo da ordem de US\$ 150 milhões.

Outra consideração importante a ser feita é a de que o processo de desenvolvimento não raro torna agudos os danos causados por determinadas endemias. Já tivemos a oportunidade de comentar a respeito do recrudescimento da malária em certas áreas da Amazônia, relacionado à fase recente de ocupação daquela região, o mesmo podendo-se dizer com relação à leishmaniose cutâneo-mucosa. Vincula-se a introdução do tracoma no estado de São Paulo à entrada de migrantes italianos. A figura 5 revela a expansão da esquistossomose pelo Brasil a partir de seu foco inicial no Nordeste, acompanhando processo migratório relacionado a surtos de desenvolvimento nas regiões receptoras a partir de 1920.

⁵² Stepan, Nancy. *Gênese e evolução da ciência brasileira — Oswaldo Cruz e política de investigação científica e médica*. Rio de Janeiro, Artenova, 1976.

⁵³ Almeida Machado, Paulo. *O modelo*. op. cit.



O florescimento da tuberculose no país é atribuído às condições de vida pouco favoráveis, de confinamento e subnutrição nas grandes cidades, relacionadas ao processo de industrialização do país. A peste no Nordeste também está associada ao processo produtivo rural, como já foi comentado. É o que podemos inferir, do intrincado relacionamento de causa e efeito que liga o processo da formação histórica do país, seu desenvolvimento econômico e o estado de saúde da população. De forma geral podemos afirmar que o ambiente tropical, ao qual corresponde a maior proporção do território nacional, é particularmente favorável ao desenvolvimento de vetores de certas endemias. A título de exemplo, observe-se o fato de o ciclo do parasita da malária durar cerca de 21 dias em certas regiões do globo, sendo que na Amazônia esse ciclo chega a ser de apenas sete dias (referimo-nos ao ciclo do parasita no mosquito transmissor). Sobre tais condições assenta-se um processo de desenvolvimento que permite a existência de extensos contingentes vivendo em más condições de saneamento, nutrição, e habitação — primeiro a população escrava e, após a abolição, a população de baixa renda, econômica e socialmente marginalizada. Com o processo de urbanização que acompanhou a industrialização do país, as condições para essa população de baixa renda se agravaram, com sua instalação nas periferias dos grandes centros urbanos, o que a torna presa fácil das afecções cosmopolitas (sarampo, poliomielite, tuberculose e mesmo hanseníase e tracoma). Por outro lado, ocorre o fenômeno já comentado na urbanização das antigas endemias rurais. Os surtos de desenvolvimento que o país conheceu recentemente, quer na década de 50, quer o que se iniciou na década de 60, deixaram à margem dos benefícios do progresso extensos contingentes populacionais, o que veio a afetar até mesmo a capacidade aquisitiva de alimentos básicos por parte desses grupos.⁵⁴ Esse processo não poderia, como não o fez, melhorar os níveis de saúde das populações de baixa renda. Desta forma permanecem tais níveis em patamares extremamente desfavoráveis, em desacordo mesmo com o nível de desenvolvimento que o país logrou atingir. Os grandes esforços que se fizeram no setor social, especialmente no último governo, foram, por assim dizer, minimizados pelo enorme passivo social, acumulado desde nossa história colonial, ou seja, para cada família que atinge um patamar social aceitável ou pelo menos compatível com a sobrevivência, há uma ou mais famílias advindas das zonas rurais que mantêm os níveis sociais médios bastante insatisfatórios. Possivelmente, esta seria a explicação para o fato de se observar uma piora da concentração de renda, enquanto estudos por faixas salariais, especialmente em cortes por tempo de serviço, revelam nítida melhoria.⁵⁵

A perspectiva, nos próximos governos,⁵⁶ de uma política que estimule a produção de bens essenciais ao consumo de massa e dote o país de mais apropriada estrutura de serviços básicos constitui condição *sine qua non* para que uma adequada programação de saúde possa surtir os efeitos desejados e que há longo tempo a população do país almeja.

⁵⁴ Vianna, M. P. op. cit.

⁵⁵ Langoni, C. G. Desigualdade com mobilidade. *Veja*, São Paulo, (525):60-2, 27 set. 1978 (encarte).

⁵⁶ Vianna, M. P. op. cit.

4. Linhas gerais para um plano nacional de saúde

Os comentários que faremos com relação aos tópicos abordados neste item ligam-se mais à prestação de serviços às pessoas, já que as chamadas campanhas verticais são operadas segundo modelo institucional, organizacional, programático e operacional bastante bem definido, não encontrando graves antagonismos ao seu desempenho a não ser dificuldades financeiras e tecnológicas. Não só a tradição e a eficácia relativamente elevada desse tipo de serviço, mas, acima de tudo, o seu absoluto desinteresse como rentabilidade comercial, determinam que seus executores (Sucam, no Ministério da Saúde e órgão similar no estado de São Paulo — Sucem — único governo federado que executa serviços próprios dessa natureza) operem há anos sem qualquer desafio ou concorrência.

Preferimos, ao invés de apresentar um modelo acabado ou mesmo algumas alternativas de modelos para a operacionalização de um plano nacional de saúde, oferecer algumas considerações a nível de referência, a partir do qual, em face de determinadas opções políticas de governo, se pudesse ultimar uma política de saúde e, a partir desta, um plano nacional de saúde. Apenas para dar alguns exemplos, haveria necessidade de opções de governo tão fundamentais como o estabelecimento dos espaços de atuação entre os setores público e privado e, por outro lado, o grau de descentralização desejado. Este grau deveria evidentemente ser compatível com toda uma política global de governo, não podendo ser uma opção isolada de saúde ou para a saúde. Evidentemente, alguns comentários que faremos não podem, de certa forma, deixar de apontar para as vantagens ou desvantagens de algumas dessas opções.

4.1 Aspectos institucionais

Do ponto de vista institucional podemos distinguir em nosso país, como de resto em muitos outros de formação histórica semelhante, duas linhagens, por assim dizer, de instituições de saúde. Uma delas, ligada ao Ministério da Saúde e instituições que o precederam (já que este só veio a ser criado em 1953), caracteriza-se pela criação sucessiva de órgãos em busca da solução de problemas de saúde. O protótipo desse tipo de órgão foi a campanha contra a febre amarela no Rio de Janeiro, entre 1903 e 1906, e outras campanhas que seguiram com maior ou menor eficácia o mesmo modelo (malária, verminoses, tuberculose, tracoma, varíola, hanseníase, etc.). Com métodos de trabalho por vezes diversos, mas dentro de um esquema geral de utilização de técnicas simplificadas, com treinamento e intensa participação de pessoal auxiliar, envolvendo, de regra, ampla extensão do território nacional, essas ações tiveram êxitos variados. A erradicação da febre amarela urbana e do *Aedes aegypti*, a erradicação do *Anopheles gambiae*, a erradicação da varíola na década de 60, a frustração da epidemia de meningite em 1974-5, os grandes progressos alcançados no controle da tuberculose podem, em grande parte, ser creditados à eficácia desses programas de saúde pública. Um outro tipo de trabalho, dentro dessa mesma linha, que chamaríamos de “problema”, é representado pelos serviços da Fundação Sesp, agora não mais se fixando em determinadas endemias mas em comunidades em áreas de particular interesse nacional, de regra inacessíveis aos serviços habituais de saúde. Estes trabalhos têm alcançado apreciável sucesso, especialmente em pequenas comunidades da Amazônia e do Nordeste, onde a concorrência de outros serviços

de saúde não desvia a clientela das ações promocionais e preventivas que são o fulcro do esquema de trabalho da organização.

A outra linhagem de serviços de saúde, bastante distinta dos anteriormente citados, é aquela relacionada aos serviços prestados ou financiados pela Previdência Social e orientados originalmente segundo um modelo que chamaríamos “por clientela” e que atua basicamente para atender à demanda por serviços curativos dessa clientela. Não nos demoraremos em analisar o modelo benemerente, de extraordinária importância histórica, tipo Santa Casa, nem a clínica privada, porque ambos progressivamente se transformaram em prestadores de serviços para a Previdência Social, situação que hoje se pode considerar como generalizada no país. A partir das caixas de aposentadorias e pensões criadas pela Lei Elói Chaves em 1923, visando ao atendimento das empresas ferroviárias, foram surgindo outras caixas que se foram concentrando em instituições cada vez mais poderosas até formarem, na década de 30, seis grandes instituições de aposentadorias e pensões. Estas foram consolidadas no Instituto Nacional de Previdência social — INPS em 1966.⁵⁷ Por suas origens, o tipo de serviços de saúde ligados aos órgãos previdenciários ocupava-se com assistência médica de forma acessória, abrangendo inicialmente apenas o trabalhador e, a seguir, seus familiares. Desta forma, a assistência médica ligada à previdência atuou sempre prestando serviços basicamente curativos, voltados precipuamente ao atendimento de necessidades sentidas e visando primitivamente a proteção da força de trabalho. Esse tipo de serviços vem evoluindo, assumindo notável proporção nos gastos em saúde no país, mas diversificando sua atuação e ampliando seu espectro. A extensão do conceito de previdência social tem sido uma das causas dessa ampliação, estando proposta no II PND.⁵⁸ Assim, a idéia básica da proteção do trabalhador tem dado lugar a uma abrangência cada vez mais ampla a ponto de tender a cobrir todos os estratos da sociedade nacional. Com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social — Sinpas (Lei n.º 6.439 de 1.9.77), o componente assistência médica da previdência social foi institucionalizado no Inamps — Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. A busca de racionalização de seus serviços tem levado este órgão, em funcionamento desde abril de 1978, a tentar a operação “por programas”, ao invés de mero atendimento a uma demanda por serviços curativos.

A Lei n.º 6.229, que institucionaliza o Sistema Nacional de Saúde, ao definir atribuições dos vários componentes do Sistema erigiu-se em peça de articulação do fragmentário sistema de saúde vigente no país até então. Parece, assim, que o robustecimento institucional do Ministério da Saúde, a lei já mencionada e a criação do Inamps, entre outros fatos, criam condições básicas para a implementação de um plano nacional de saúde. Permanece em condições de notável debilidade institucional, entretanto, a grande maioria das Secretarias Estaduais de Saúde, sem mencionar os órgãos municipais. Muitas delas, há alguns anos, buscaram dinamizar seu funcionamento e superar suas deficiências funcionais, institucionais e financeiras com a criação de fundações estaduais de saúde. Esses órgãos, no entanto, ainda quando bem-sucedidos operacionalmente, lançaram-se,

⁵⁷ Velloso, L. A. P. *A Previdência Social no Brasil*. Palestra proferida no I Fórum de Previdência com as Universidades, na Universidade Federal do Ceará, em Fortaleza, em 25 de maio de 1977. Rio de Janeiro, Ministério da Previdência e Assistência Social, Coordenação de Comunicação Social, 1977.

⁵⁸ Brasil. Secretaria de Planejamento da Presidência da República. *II Plano Nacional de Desenvolvimento*. Brasília, 1974.

o mais das vezes, em atividades excessivamente curativas, buscando arrecadar fundos do grande comprador de serviços de assistência médica do país — a Previdência Social. Permanecem, assim, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com raras exceções, o elo fraco da cadeia institucional passível de viabilizar um plano nacional de saúde abrangente e eficaz.

A solução institucional válida para a operacionalização do Sistema Nacional de Saúde e, portanto, para a agilização de um plano nacional no setor teria que envolver entidades que pudessem operar segundo o modelo “por programas” voltados à solução dos grandes problemas de saúde do país (por exemplo, Materno-Infantil, Combate à Tuberculose, Hanseníase, Imunizações, Vigilância Epidemiológica, entre outros). Esta, aliás, tem sido a tendência sentida mesmo na esfera da Previdência Social, o que pode ser comprovado pelo exame dos atos normativos mais recentes do sistema, a exemplo da Portaria Interministerial Saúde/Previdência, que dispõe sobre a prestação de serviços básicos de saúde.⁵⁹ Deparamo-nos, entretanto, com um dos pontos mais débeis da estrutura do sistema. De fato, a não ser experiências válidas mas limitadas em sua duração ou sua abrangência geográfica — Centros Integrados de Assistência Médica (CIAM) da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo; experiências de Montes Claros, MG; Encruzilhadas (Recife), PE; Porto Nacional, Goiás⁶⁰ — o país não dispõe de órgãos que possam arcar com o componente institucional da execução de um amplo e abrangente programa de saúde envolvendo serviços diretos às pessoas. Uma rara senão única e honrosa exceção a esse quadro é identificada na Fundação Serviços de Saúde Pública, jurisdicionada pelo Ministério da Saúde. Este órgão, criado em 1942 com a finalidade de apoiar, do ponto de vista sanitário, o esforço de exploração de borracha na Amazônia, foi pouco a pouco adquirindo características de uma singular personalidade institucional, com técnicas próprias, sistema de recrutamento, treinamento e reciclagem de pessoal e, acima de tudo, uma grande eficácia na execução dos serviços que a ela competiam. Por essas razões, conta a entidade com um grande respeito por parte de técnicos nacionais e estrangeiros, sendo escola de inúmeros sanitaristas nacionais e ponto de irradiação de técnicas e doutrina e mesmo de uma certa “mística” de saúde pública.⁶¹ As tentativas de transferência da tecnologia referente à organização e operação de serviços de saúde dessa entidade para as secretarias de saúde dos estados, realizadas principalmente na década de 50 por intermédio dos Serviços Cooperativos de Saúde, não tiveram maior sucesso, pela tendência, nos estados menos desenvolvidos, de utilização dos serviços de saúde para fins político-partidários, vulnerando sua credibilidade, e ainda pela impossibilidade de os estados manterem níveis salariais compatíveis com a operação de uma equipe multiprofissional em regime de dedicação exclusiva. Além dos compromissos de prestação direta de serviços já mencionados em outro ponto deste trabalho, tem a Fundação conduzido ações de coordenação de programas nacionais da maior importância, como é o caso dos Programas de Vigilância Epidemiológica, de Controle da Raiva, Centros de Informações para a Saúde

⁵⁹ Brasil. Portaria Interministerial 001/78. Saúde/Previdência. Dispõe sobre a execução de serviços básicos de saúde. *Diário Oficial da União*, p. 1922-24, 31 jul. 1978.

⁶⁰ OPS-HEW. *Health planning — an international view report of a 1977 international workshop* — Copenhagen, May 31/June 4, 1977. Washington, 1977; Azevedo, Antonio Carlos de. Integração de saúde a nível periférico — experiência em comunidade da Amazônia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 7, 1973.

⁶¹ Peçanha, Angela M. Menezes. Um estudo de desenvolvimento institucional. *Revista da Fundação Sesp*, Rio de Janeiro, Fundação Sesp, 21(1):63-115, 1976.

no Nordeste e Amazônia e Programa Nacional de Imunizações. Operando, em 1976, por intermédio de Serviços Autônomos de Água e Esgotos (administração municipal sob orientação técnica da FSESP), 256 sistemas de abastecimento de água e, diretamente, 206 Unidades de Saúde, a entidade tem porte a fim de servir de elemento de agregação ao sistema nacional de saúde, se assim o desejar.

Evidentemente certas características atuais da instituição, como sua acentuada centralização administrativa, com escassa margem de decisão para as diretorias regionais, dificuldade de remuneração adequada de pessoal profissional, especialmente em algumas áreas remotas do país, constituem-se em óbices para que a FSESP possa assumir o papel que lhe está reservado no sistema nacional de saúde.

Utilização desse tipo de instituição atenderá à necessidade de o SNS ter um componente estatal técnico e operacionalmente robusto, apontado por tantos estudos.⁶²

A opção por fórmula institucional centralizada corre, em princípio, o risco de conformar um antagonismo à atual tendência governamental da ênfase à descentralização, embora as realidades próprias do setor saúde pudessem levar à escolha desse tipo de solução.

Na hipótese de se optar pela descentralização dos serviços estaduais de saúde, delegando sua operação às próprias unidades federadas e mesmo a certos municípios, a FSESP prestar-se-ia perfeitamente à demonstração e ao apoio à formação de tais órgãos, com características institucionais que os capacitasse a assumir a liderança do sistema estadual ou municipal de saúde sem as grandes debilidades atualmente encontradas nas secretarias. Ainda nesta hipótese, a FSESP poderia realizar pesquisas visando a otimizar a relação custo/efeito das ações e oferecer padrões de qualidade, funcionamento e custos para o setor privado. Este último papel tem sido apontado como um dos mais importantes a serem desempenhados pelo Estado nas proposições recentes de política nacional de saúde.⁶³ Evidentemente, para cumprir esse amplo espectro de atuação, a FSESP teria que sofrer transformações organizacionais de certo porte (descentralização, criação de órgão de pesquisa e consultoria, operação de serviços urbanos de saúde, entre outras). Dentro de uma formulação deste tipo, poder-se-ia delimitar perfeitamente o espaço de atuação do setor privado, voltado principalmente para as tarefas curativas e sempre que possível "sob encomenda", visando a desestimular a multiplicação da demanda. De fato, não tem o menor sentido o Brasil prosseguir com um modelo que está levando países muito mais desenvolvidos à insolvência.⁶⁴

A formulação institucional sugerida segundo um modelo "FSESP modificado" teria várias alternativas de solução no caso real: desde um extremo de centralização (tipo serviço nacional de saúde) até o estímulo à formação de entidades estaduais ou mesmo municipais, dentro, entretanto, de políticas, programas e controle federais. A faixa aberta ao setor privado teria uma amplitude maior ou

⁶² Atallah, J. F. op. cit.; Castelo Branco, F. G. A. *Saúde e saneamento — políticas e estratégias para o decênio 1978-87*. Escola Superior de Guerra, Rio de Janeiro, 1977; Brasil. EMFA. Escola Superior de Guerra. *Relatório de grupo — Saúde e saneamento*. Rio de Janeiro, ESG, 1977. (TE 1977, Tema 17.)

⁶³ Azevedo, Antonio Carlos de. *Política Nacional*. . . op. cit.

⁶⁴ Abel-Smith, Bryan. *Assistência médica — lições que a Europa nos dá*. Palestra no Conselho Federal de Medicina — Ministério da Previdência e Assistência Social. Rio de Janeiro, Proasa/Fundação Getúlio Vargas, 1978. mimeogr.

menor, segundo a política de governo da capacidade já instalada e da eficiência desse componente do sistema.

4.2 Aspectos organizacionais

O mosaico de instituições do setor público e do setor privado que constituem atualmente o Sistema Nacional de Saúde tem passado por transformações significativas na presente década. Além das já mencionadas mudanças na área da Previdência Social, que culminaram com a criação do Inamps, destacariamos o processo de modernização administrativa por que passa o Ministério da Saúde, bem como o de algumas secretarias sob a influência desse Ministério (Amazonas, Acre, Pará, Território Federal do Amapá, Rio Grande do Norte e Espírito Santo, entre outras). Essa modernização visa a preparar as entidades para o exercício de seu novo papel no sistema de Saúde (Lei n.º 6.229), como também, no caso das Secretarias de Saúde, capacitá-las a exercer a função de órgão central do Sistema a nível do Estado, como previsto na lei mencionada. Neste ponto, deparamo-nos com obstáculos que se relacionam com a participação do nível estadual nas funções de governo como um todo. Uma maior participação estadual no Sistema de Saúde teria que estar relacionada a uma modificação do próprio papel do nível estadual no governo como um todo, especialmente quando pensamos naqueles estados menos desenvolvidos do país. Ao enfocar os aspectos organizacionais, nunca é demais lembrar que uma das razões que levaram a Previdência Social a repousar cada vez mais no setor privado para a prestação de serviços de saúde às pessoas relaciona-se ao crescimento explosivo da massa previdenciária em cerca de 150 mil novos segurados ao mês em época recente, crescimento esse impossível de ser acompanhado por entidades sob administração governamental direta, em face das limitações de caráter legal, principalmente referentes à contratação de pessoal.

Ainda do ponto de vista organizacional convém mencionar a inadequação do modelo consultório ou ambulatorio, no qual a clientela busca a solução de problemas, geralmente em nível exclusivamente curativo, quando o país já conta com número considerável de experiências de utilização de uma solução mais dinâmica e eficaz: o posto ou o centro de saúde, unidade, no primeiro caso, sem, e no segundo, com médico, onde o serviço de saúde, por intermédio de visita domiciliar ou de visitas de saneamento, vai em busca da clientela sadia ou doente, visando ao precoce equacionamento dos agravos à saúde a nível do indivíduo ou do ambiente que o cerca, abrangendo aspectos de promoção, prevenção e recuperação da saúde e não de mera cura da doença ou mesmo alívio dos sintomas.

Ao que tudo indica, os inegáveis esforços do Governo federal, com a criação do Conselho de Desenvolvimento Social; a nível do Ministério da Saúde, com reflexos nas secretarias estaduais; do Ministério da Previdência e Assistência Social, com a criação do Sinpas, não têm conseguido impedir uma crescente e incontrolada participação do setor privado na área de assistência médica, oferecendo padrão de serviços aquém do desejado, com custos extremamente elevados para a nação, e a extrema polarização das ações nos aspectos meramente curativos. Os esforços financeiros e organizacionais do Governo federal não têm sido correspondidos por respostas institucionais que dêem operacionalidade às ações de saúde com a eficácia que os problemas deste grande país exigem. Os remé-

dios parecem assim estar mais a nível institucional, já que o ciclo organizacional de medidas governamentais vem cumprindo suas perspectivas, sem as respostas necessárias.

4.3 Aspectos programáticos

Uma das características elementares da ação de saúde, para que seja eficaz, é sua vinculação a uma orientação programática cujas vantagens podem ser resumidas na alocação de recursos àquelas atividades locais em que se obtiver o melhor efeito para a saúde da população. Um seminário realizado pela OPS e pelo Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar (HEW) do governo americano, em 1977,⁶⁵ revela a importância que muitos países, especialmente os mais desenvolvidos, atribuem ao planejamento em saúde como saída para os dilemas relacionados aos custos crescentes no setor, desacompanhados de sensíveis melhoras na sua eficácia social. Esse encontro, examinado o assunto a nível de 16 países, relacionou como principais problemas encontrados:

- a) ausência de diretrizes ou políticas nacionais;
- b) ambivalência de políticas — aumento de abrangência de serviços *versus* estímulo à liberdade de iniciativa da prática médica;
- c) melhoria de qualidade *versus* controle exclusivamente a nível de utilização de serviços;
- d) desejo de melhoria no estado de saúde da população *versus* ausência de medidas visando à provisão de medicina preventiva.

O documento chega a identificar uma verdadeira “esquizofrenia” a respeito da assistência médica. Além da clara definição de saúde, seus objetivos e metas a atingir e do delineamento do processo de planejamento a utilizar, aquele documento enfatizou a necessidade do acoplamento do planejamento em saúde ao processo global de planejamento a nível de governo.

No país, o planejamento e a programação em saúde são fragmentários. Além dos grandes programas nacionais do Ministério da Saúde, que já tivemos a oportunidade de mencionar e que possuem dimensionamento de metas, processos, meios de acompanhamento, mas que só bem recentemente têm sua implantação progressivamente realizada, os vultosos recursos da Previdência Social são empregados apenas sob programação financeira, ficando o tipo de serviços a realizar ao sabor da disponibilidade de serviços e ao arbítrio dos prestadores.

Ao se optar pela fórmula institucional a ser adotada (centralizada ou descentralizada), indispensável seria complementar essa opção com a única solução programática possível — a transformação das atividades “sob demanda” no emprego de recursos “segundo programas” que viessem equacionar os problemas básicos da população (controle da tuberculose, de outras doenças transmissíveis, assistência à mãe e à criança e outros).

Evidentemente haveria todo o interesse em que tais programas fossem gerados a partir do prestador local de serviços, com a indispensável participação da comunidade.

⁶⁵ OPS-HEW, *Health planning...* op. cit.

4.4 Aspectos operacionais

O compromisso básico de um serviço de saúde eficaz seria o de superar o dilema da produtividade e da transformação do estado de saúde da população. A ineficiência dos atuais serviços existentes no país, como em outros países ocidentais, liga-se ao fato de a produção de serviços ser insuficiente, onerosa, e de os serviços produzidos não serem os adequados às necessidades da população. No caso brasileiro, essas realidades são levadas a um nível paroxístico, devido às deformações históricas do sistema e à inadequação qualitativa e quantitativa dos profissionais e técnicos. Um sistema adequado ao país deveria, progressivamente, induzir à modificação da formação de profissionais, técnicos e auxiliares de saúde, com ampla utilização de pessoal auxiliar tanto a nível rural quanto urbano, adequando-se não só aos problemas existentes como ainda utilizando mais intensivamente mão-de-obra e oferecendo empregos. Nesse sentido há experiências bastante bem-sucedidas no país, já mencionadas,⁶⁶ sem lembrar, num nível abrangente, o trabalho da Fundação Sesp. Tal orientação tem sido estimulada em programas como o de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (MS/MPAS/Seplan) não obtendo resultados satisfatórios ainda, ao que tudo indica, devido à debilidade institucional e organizacional dos executores diretos (Secretarias Estaduais).

Nunca é demais mencionar a indispensabilidade da maior participação possível da comunidade a todos os níveis da formulação e operação de serviços de saúde. Essa participação não visa à mera aceitação da programação, mas a torna profundamente identificada com a realidade social e, portanto, com perspectivas reais de eficácia.

Na compatibilização do envolvimento comunitário com o cumprimento da programação estabelecida a níveis superiores repousa, sem dúvida, a grande tarefa do administrador de saúde, no seu sentido mais amplo.

5. Conclusões

A saúde revela-se um dos pontos mais débeis do desenvolvimento nacional na atualidade brasileira. A população exhibe níveis de saúde inusitadamente baixos, inclusive dentro da realidade latino-americana, aproximando-se mais daqueles exibidos por países africanos e, portanto, em desacordo com o *status* de país em desenvolvimento acelerado. As causas de tal situação ligam-se, de um lado, a um passivo social acumulado em nossa história colonial e, de outro, à incapacidade do modelo desenvolvimentista adotado para solucionar precocemente alguns problemas sociais (já que outros, como o analfabetismo, tiveram uma evolução bem mais favorável). Ao lado de uma nosologia onde predominam doenças importadas ao longo da história colonial, não raro relacionadas aos ciclos da economia do país, vige modelo assistencial desenvolvido tendo em vista condições de países mais adiantados, no que se refere à grande maioria das entidades de saúde e à formação quantitativa e principalmente qualitativa do pessoal sanitário. O país assiste, por outro lado, na conjuntura internacional, ao presente dilema dos países industrializados com seus sistemas de saúde cada vez mais sofisticados, onerosos e ineficientes, em muitos deles atingindo as raias da insolvência. De

⁶⁶ OPS-OMS. *Investigação de mortalidade...* op. cit.; Azevedo, Antonio Carlos de. *Integração de saúde a nível...* op. cit.

fato, raros países ocidentais, como a Inglaterra, possuem sistemas de saúde aceitáveis, ainda que submetidos a intensas críticas por parte das sociedades a que servem. Resta à imaginação criadora e à coragem realizadora dos brasileiros a instituição de um sistema de saúde eficaz e adequado à realidade nacional. Muitos e decisivos passos já foram dados nesse sentido. Apenas para enumerar os principais, apontaríamos a criação da Previdência Social Unificada; da Ceme; a institucionalização do Sistema Nacional de Saúde e do de Previdência e Assistência Social, com a individualização, neste, do órgão voltado exclusivamente à assistência médica, o Inamps; a modernização administrativa em curso no Ministério da Saúde e algumas secretarias estaduais de saúde e, finalmente, a crescente convergência de atuação entre os Ministérios da Saúde e Previdência e Assistência Social.

Embora o equacionamento dos grandes problemas de saúde do país devesse, a certa altura, prever um envolvimento financeiro mais significativo do PNB do que o que se observa na atualidade, não é nesse campo propriamente que se situam os problemas mais prementes, em especial se se identifica a insuficiente capacidade de gasto dos órgãos de saúde. Tivemos a oportunidade de apontar deficiências e perspectivas de solução em aspectos institucionais, organizacionais, programáticos e operacionais do Sistema. Ao equacionar tais deficiências, haveria diversas alternativas que o presente trabalho não se demora em especificar, limitando-se, como parece mais conveniente, ao delineamento de traços gerais. Em face da experiência nacional e internacional, não parece possível fugir à indispensabilidade da participação institucional do Estado no sistema, de forma robusta. O espaço reservado ao setor privado poderá ser dimensionado segundo diferentes alternativas, levando em conta a capacidade instalada, a eficiência desse tipo de serviços, a evolução que possa vir a ser observada nesse componente do sistema e, finalmente, opções de governo como um todo.

Em linhas gerais delineiam-se dois tipos polares de solução, admitindo, evidentemente, alternativas intermediárias. São eles: — instituição centralizada responsável por todos os serviços de saúde a pessoas, que envolvam a participação financeira do Estado — modelo Serviço Nacional de Saúde; na outra extremidade do espectro de alternativas, teríamos os órgãos estaduais e mesmo municipais de saúde independentes, recebendo recursos e orientação normativa de nível federal. Guardados os aspectos organizacionais, programáticos, operativos e principalmente institucionais mencionados, poder-se-ia localizar o modelo adequado em qualquer ponto desse espectro, dependendo basicamente de opções políticas do governo como um todo.

Dadas as tradições do país de enfrentar e resolver problemas sanitários (febre amarela, varíola, meningite e outros), não parecem faltar particularmente recursos tecnológicos ao equacionamento de um sistema de saúde eficaz. As grandes carências se relacionam aos aspectos institucionais, ressaltando-se, entretanto, como modelo a ser modificado e ampliado (atende presentemente a cerca de 10% da população nacional), a Fundação Sesp, o que poderia ser feito em diferentes alternativas de envolvimento federal. Esse tipo de solução deveria envolver ainda a operação de pequenos serviços de abastecimento de água e esgotos acoplados à operação da unidade de saúde, visando a uma cobertura abrangente da população carente. A otimização do Sistema Nacional de Saúde e, portanto, do Plano Nacional de Saúde, envolveria ainda modificações quantitativas e principalmente qualitativas no aparelho formador de recursos humanos para a saúde, com ênfase nos problemas vigentes no país, nos aspectos promocionais, preventivos e, especialmente, na formação de pessoal auxiliar.

Finalmente, e mais importante, é indispensável a participação da comunidade em todas as fases do processo de provisão de serviços de saúde. Somente este componente, com todas as dificuldades operacionais que envolve, poderá trazer os elementos fundamentais de adequação, aceitabilidade e finalmente eficácia social plena às ações de saúde no país.

Bibliografia

- Abel-Smith, Bryan. *Assistência médica — lições que a Europa nos dá*. Palestra no Conselho Federal de Medicina — MPAS. Proasa/Fundação Getúlio Vargas, 1978. mimeogr.
- Almeida Machado, Paulo. *O Modelo*. Painel Programa Especial de Controle da Esquistossomose. Brasília, Ministério da Saúde, ago. 1977.
- . *Política nacional de saúde*. Conferência na Escola Superior de Guerra, 10 jul. 1978. (T 130.)
- Almeida, Wanderley Manso de. *Abastecimento de água à população urbana*. Rio de Janeiro, Instituto de Planejamento Econômico e Social/Instituto de Pesquisas, 1977.
- Araújo, J. D. O direito à saúde — um problema de administração e de política. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 13(4):21-38, out./dez. 1979.
- Arruda, B. K. G. *O Problema alimentar e nutricional e o Pronan*. Conferência pronunciada na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em Brasília, em 3 de maio de 1978. Brasília, INAN, 1978. mimeogr.
- Atallah, J. F. *Propor políticas e formular estratégias para o decênio 1978-87 com relação à saúde e saneamento*. Rio de Janeiro, Escola Superior de Guerra, 1977. mimeogr. (Tema 17.)
- Atuação do Governo em todos os setores do Estado. *Veja*, São Paulo, n. 516, 26 jul. 1978 (encarte).
- Azevedo, Antonio Carlos de. Integração de saúde a nível periférico — experiência em comunidade da Amazônia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 7, 1973.
- . *Política nacional de saúde*. Tema oficial da VI Conferência Nacional de Saúde, Brasília, Ministério da Saúde, agosto 1977.
- . *Situação de saúde na Amazônia*. Brasília, Ministério da Saúde, 1977. mimeogr.
- Bastos, M. Villela. *Saúde e Previdência Social no Brasil — o impacto da Previdência Social na organização de serviços médicos*. Seminário: A função do Estado no desenvolvimento de Serviços de Saúde. Rio de Janeiro, Proasa/Fundação Getúlio Vargas, set. 1978.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Estudo de gastos do setor público com a função saúde*. Rio de Janeiro, 1973.
- . Secretaria de Planejamento da Presidência da República. *II Plano Nacional de Desenvolvimento*. Brasília, 1974.
- . Ministério da Previdência e Assistência Social. *Sistema Nacional de Saúde — contribuição para a discussão do tema oficial*. V Conferência Nacional de Saúde. Brasília, MPAS, ago. 1975.
- . Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. Abastecimento de água e níveis de saúde em cidades da Paraíba. *Revista da Fundação Sesp*, Rio de Janeiro, Fundação Sesp, 21(2):101-86, 1976.
- . Ministério da Educação e Cultura. DAU. *Estudos sobre a formação e utilização de recursos humanos na área de saúde*. Brasília, MEC/DAU, Depto. de Doc. e Divulgação, 1976.
- . Ministério da Saúde. Superintendência das Campanhas de Saúde Pública. *Situação atual do controle das endemias*. Brasília, 1977. mimeogr.
- . Seplan/FIBGE. *Anuário Estatístico — 1977*. Rio de Janeiro, 38:138, 1977.
- . Ministério da Saúde. *Painel — Programa Especial de Controle da Esquistossomose*. VI Conferência Nacional de Saúde. Brasília, ago. 1977.
- . Presidência da República. Ernesto Geisel. *Mensagem ao Congresso Nacional*. Brasília, Imprensa Nacional, 1978.
- . EMFA. Escola Superior de Guerra. (TE 1977 Tema 17.) *Relatório de grupo — saúde e saneamento*. Rio de Janeiro, ESG, 1977.
- . Ministério da Educação e Cultura. DAU. *Documento do ensino médico*. Brasília, MEC, 1977.

- . Portaria Interministerial 001/78. Saúde/Previdência. Dispõe sobre a execução de serviços básicos de saúde. *Diário Oficial da União*, p. 1922-24, 31 jul. 1978.
- Castelo Branco, F. G. A *Saúde e saneamento — políticas e estratégias para o decênio 1978-1987*. Rio de Janeiro, Escola Superior de Guerra, 1977. (Tema 17.)
- Castro Netto, F. P. Informação pessoal. Manaus, agosto de 1978.
- Castro, J. Coordenador de Saúde do Nordeste — MS. Informação pessoal. Brasília, agosto 1978.
- Cooper, M. H. & Culyer, A. J. *Health economics — selected readings*. Middlessex, Engl., Penguin Books, 1973.
- Fagundes Neto, U. *Avaliação do estado nutricional de crianças índias no Alto Xingu*. Tese de doutorado. Escola Paulista de Medicina, Departamento de Pediatria, São Paulo, 1977.
- Fonseca Filho, O. Panorama sanitário brasileiro. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 8(5):511-46, 1964. Apud *Brasiliensia Documenta Medica*. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 1975.
- Franco, S. R. N. S. Secretário Nacional de Ações Básicas de Saúde. Informação pessoal. Brasília, agosto 1978.
- Illich, I. *A Expropriação da saúde — Nêmesis da medicina*. 2. ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
- Langoni, C. G. Desigualdade com mobilidade. *Veja*, São Paulo, (525):60-2, 27 set. 1978 (encarte).
- Laurenti, R. & Pastorelo, E. F. A mensuração das condições de saúde nas comunidades. In: Paretta, I. M. M. et alii. *Saúde da comunidade*. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976.
- Leavell, H. & Clark, E. G. *Medicina preventiva*. Rio de Janeiro, McGraw-Hill do Brasil/Fename, 1976.
- Macedo, C. G. *Extensão de ações de saúde através de serviços básicos*. VII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1980.
- Mascarenhas, R. S. A organização da assistência à saúde e da atenção médica como condicionamentos de saúde das comunidades. In: Paretta, I. M. M. et alii. *Saúde da comunidade*. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976.
- Motta, E. *Situação atual do controle das grandes endemias*. Conferência proferida na Delegacia de Sergipe da Adesg. Brasília, set. 1977. mimeogr.
- ; Marques, A. C. et alii. *Dificuldades do controle da malária na Amazônia*. Brasília, Ministério da Saúde/Sucam, 1977. mimeogr.
- Organização Mundial de Saúde. *World Health Statistics Report*. Genebra, 30(4), 1977.
- Organização Pan-Americana de Saúde-HEW. *Health planning — an international view report of a 1977 International Workshop*, Copenhagen, May, 31/June, 4, 1977. Washington, 1977.
- . Organização Mundial de Saúde. *Investigação de mortalidade na infância no Brasil — descobertas e atividades*. Washington, 1977. (Publicação Científica, n. 343.)
- . *Coordinación entre los sistemas de seguridad social y salud pública*. Washington, 1977. (Discusiones Técnicas, CD/25/DT/1.)
- Peçanha, Ângela M. Menezes. Um estudo de desenvolvimento institucional. *Revista da Fundação Sesp*. Rio de Janeiro, 21(1):63-115, 1976.
- Os grandes gastos no campo social. *Veja*, São Paulo, n. 525, 27 set. 1978 (encarte).
- Science and the citizen. *Scientific American*, 238(3):69, Mar. 1978.
- Singer, Paul et alii. *Pesquisa sobre economia da saúde no Brasil*. São Paulo, Cebrap, 1977.
- Stepan, Nancy. *Gênese e evolução da ciência brasileira — Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*. Rio de Janeiro, Artenova, 1976.
- The beneficent monster. *Time*, p. 29, June 12, 1978.
- Vianna, M. P. O papel do BNDE no fortalecimento da empresa nacional. Conferência na Escola Superior de Guerra. Rio de Janeiro, julho 1978. (T 222.)
- Velloso, L. A. Paranhos. *A Previdência Social no Brasil*. Palestra proferida no I Fórum de Previdência com as Universidades, na Universidade Federal do Ceará, em Fortaleza, em 25 de maio de 1977. Rio de Janeiro, Ministério da Previdência e Assistência Social, Coordenação de Comunicação Social, 1977.