

UM FINAL CHEIO DE IDEIAS, CONSTATAÇÕES E PROPOSTAS

pantes mais interados dos objetivos de Almeida Machado".

Sobre este último aspecto, algumas das conclusões dos grupos, visando a implantação do Sistema Nacional de Saúde, giravam em torno de um consenso e da possibilidade de ser feita uma "fusão" com os serviços médicos-assistenciais da Previdência. De acordo com o secretário Woodrow Pantoja, do Rio de Janeiro, não há opção para a não-implantação do SN-S, partindo-se da hierarquização dos órgãos e entidades envolvidas no setor. Também para o deputado Fábio Fonseca, o Sistema Nacional de Saúde, face à sua flexibilidade e objetivando parâmetros verticais e horizontais de hierarquização, está "mexendo na célula mater que são os sistemas de coordenadorias regionais".

O parlamentar antepôs um bloqueio à possível estruturação do Sistema Nacional de Saúde, "que não vem dos ministros de estado, mas do escalão administrativo que está contando tempo para se aposentar". Neste setor de recursos humanos, o parlamentar atribui a responsabilidade ao DASP que não soube atenuar o tempo de aposentadoria para seis a oito meses antes do previsto impedindo assim a ascensão mais rápida dos jovens e desestimulando a formação de lideranças locais. Como exemplo da integração interministerial, Fábio citou a atuação do Ministério do Interior na erradicação da doença de Chagas. Através de slides e fita cassete, o homem do campo está sendo ensinado a transformar sua casa de palha em pau e telha.

Já ao término do dia de ontem, o último da V Conferência, o ambiente e o clima geral não apresentavam mais a mesma euforia dos primeiros dias. Poucos eram os secretários de Saúde dos estados, coordenadores, representantes de entidades e observadores em geral. Os que restaram, preparavam suas malas para deixar Brasília ontem mesmo. Uma outra reunião aproveitara o final da semana para discutir aqui mesmo das intensas atividades desenvolvidas de compreensão e debate durante os quatro dias de realização da V Conferência Nacional de Saúde.

(A múltipla imagem)

Todos os comentários dos participantes com relação à imagem do ministro Almeida Machado - coincidiram em um ponto: a idéia de considerá-lo precursor da difusão da saúde pública no Brasil. Da mesma opinião foi o deputado Fábio Fonseca (MDB-MG), presidente da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados e um dos coordenadores de grupo da V Conferência, que referiu-se ontem a Almeida Machado como "o homem que projetou não o seu Ministério mas a importância que é devida ao homem brasileiro".

Para o parlamentar, que criticou recentemente a atuação das multinacionais no setor de fabricação de medicamentos, Almeida Machado tirou o Ministério da Saúde do ostracismo através da busca de coordenação e integração perfeita entre os poderes Executivos e Legislativo, "ai não indo críticas às administrações anteriores". Fábio Fonseca acentuou a descentralização do Ministério da Saúde, dando autonomia hoje às cinco macro-coordenadorias regionais e desburocratizando ações, ao mesmo tempo que congregando todo o Ministério em Brasília. (Para alguns assessores de Almeida Machado, é a primeira vez que o Ministério trata de projetos e ações paralelas. Os secretários de Saúde dos estados preferiram referir-se ao ministro como "o prático da interiorização da saúde pública").

"Não resta dúvidas que a intenção prioritária do ministro Almeida Machado na realização da V Conferência era 'consolidar e fortalecer os seus homens de base' - como ele mesmo demonstrou - sem falar do inesperado apoio dado pelo presidente Geisel, ao aprovar em uma só semana do mês passado a lei do Sistema Nacional de Saúde e a Programação Especial de 300 milhões de cruzeiros, ambas constituindo os temas da V Conferência. Some-se a isso o fato de que há oito anos esta não era realizada, quando a instituição da Conferência previu a reunião das autoridades ligadas ao setor saúde cada dois anos".

Se, para Fábio Fonseca, Almeida Machado deu autonomia e acreditou nos serviços a nível de coordenadorias, os assessores do Ministério da Saúde acreditam que o ministro está pondo em prática uma nova orientação política voltada para a interiorização e racionalização de recursos humanos e financeiros, "tangenciando" o erro de, por exemplo - comentou um secretário - "construir hospitais em lugares estrategicamente mal localizados e lutar contra a migração vertical de médicos para os grandes centros. A nova orientação tem caráter hierárquico a nível de entidade executora e não prescinde da permanência de profissionais, ressaltavam os partici-

AS CONCLUSÕES

Sistema Nacional de Saúde

(As necessidades)

Os grupos de estudo da V Conferência consideraram que a adoção de um modelo de "regionalização de serviços" é fundamental na implementação do Sistema de Saúde, com a integração indispensável de todas as unidades a nível operativo, tanto públicas quanto privadas. Para tanto recomendaram que seja dada ênfase ao aproveitamento da capacidade instalada do setor público na regionalização de atividades.

Por outro lado, salientam que esta regionalização é válida quando não existe dicotomia das ações preventivas e curativas, sendo necessário considerar, nelas, os aspectos de saneamento básico e da melhoria da habitação.

Esta interiorização atenderia a impossibilidade de fixação de medidas de menor densidade demográfica, através de ações básicas de saúde e de estruturas permanentes e simplificadas, integrando órgãos e entidades do setor. Com isto se visaria as ações simplificadas de assistência médico-sanitária voltadas prioritariamente ao grupo materno-infantil; o uso de pessoal auxiliar recrutado e selecionado em nível local, devendo dar a eles treinamento ajustado às ações a serem executadas e ainda, a supervisão deste pessoal por grupos de técnicos de acordo com mecanismos pré-estabelecidos.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Um sistema nacional de vigilância epidemiológica somente poderá ser implantado se o Governo Federal baixar lei concedendo franquias postal e telegráfica para a notificação de casos suspeitos de doenças transmissíveis. Esta recomendação dos grupos de trabalho deverá se unir a outras, também explicitadas, como a gradual ampliação e dinamização da rede de postos de notificação, "dando ênfase à notificação voluntária", a exemplo do conseguido pela erradicação da malária. O amparo financeiro e a capacitação técnica de pessoal promovidos pelos órgãos centrais foram considerados de igual importância.

Preparar pessoal qualificado e aproveitar o já existente, proporcionar aos profissionais de saúde facilidade para confirmação laboratorial e aos notificantes pronta resposta à notificação recebida - foram outras recomendações apontadas.

Mas uma das conclusões de maior relevância está na obrigatoriedade que os órgãos de saúde oficiais passariam a ter na notificação de casos. Além disso, as notificações seriam vinculadas aos pagamentos de contas da Previdência Social.

Observaram ainda, os grupos, a desatualização da informação disponível e restrita às capitais de estados, além da falta de vinculação em nível satisfatório entre as atividades dos Serviços de Epidemiologia e Estatística e a execução das medidas de controle das doenças transmissíveis. A atual inexistência de normas, o insuficiente apoio do Governo Federal aos serviços estaduais, a falta de integração dos órgãos federais no setor - entravam o processo de informação. Houve ainda críticas à inexistência de difusão de informações sobre a situação epidemiológica no exterior, como no caso da cólera, por exemplo.

Atendimento municipal

Cerca de 40 por cento dos municípios brasileiros não dispõem de qualquer infra-estrutura de saúde, nem conta com médico residente. No Maranhão, por exemplo, a proporção no interior, é de um médico para cada 40 mil habitantes. Além disso, a pequena disponibilidade existente é, em geral, distribuída irregularmente, sendo acessível apenas a 20 ou 30 por cento da população. Em Estados do Norte e Nordeste, o número de falecimentos sem atestado médico corresponde a mais de 50 por cento do obtuário geral.

Esta afirmação feita por Aldo Villas Boas, do Ministério da Saúde, ao defender o último tema da Conferência - Programa de Extensão das ações "as Populações Rurais, segundo participantes, constitui um dos melhores - se não o melhor, dos assuntos abordados. E explicaram: neste programa ficaram apresentadas ações que estão e estarão sendo postas em execução, dentro de uma verdadeira integração, notadamente sob o aspecto do Ministério da Saúde e da Previdência Social, nas instalações de minipostos e infra-estrutura básica. Acrescentaram ainda que, a proposição de se criar uma coordenação isolada com vistas à implantação do Sistema Nacional de Saúde - e ela existiria enquanto se processasse esta implantação - da qual participariam representantes de cada Ministério, se aprovada, será o ponto essencial e mais acertado para a prática verdadeira do Sistema. Com isso, por conseguinte, estaria assegurada a presença atuante e, também, garantido o controle, por parte do Ministério da Saúde, de todo o sistema.

A população do Brasil rural é de aproximadamente 42 milhões de habitantes, o que corresponde a cerca de 40 por cento da população do país. Contudo, apesar de se verificar que o percentual da população rural está diminuindo, o seu número absoluto, a despeito inclusive da migração, continua aumentando, e será de magnitude apreciável nos próximos dez anos. As características desta população hoje, segundo demonstrou Aldo Villas Boas, com relação ao setor saúde - e por conseguinte suas repercussões sócio-econômicas - são precárias. A mortalidade geral e infantil são elevadas. No grupo de menores de cinco anos ocorrem 50 por cento de óbitos e, entre suas principais causas estão as doenças infecciosas e parasitárias, as interites e outras enfermidades diarreicas associadas à falta de proteínas e calorías e às anemias nutricionais. Quanto à mortalidade prevalecem as doenças transmissíveis com aproximadamente 370 casos por cem mil habitantes que, segundo o expositor, constituem problemas de saúde que causam sérias preocupações.

Nestas áreas rurais, entre sete milhões e 600 mil domicílios somente 2,47 por cento estão ligados à rede geral de distribuição de água, e 26 por cento são abastecidos por poços ou nascentes. Quanto às instalações sanitárias 1,6 por cento possuem fossas sépticas, 23 por cento fossas rudimentares, e 75 por cento não dispõem dessas instalações. Estudos recentes ainda, acusa Aldo Villas Boas, mostraram que 70 a 95 por cento das habitações rurais lançam os seus despejos na superfície, pois elas não possuem instalações sanitárias, ou as que possuem são inadequadas, o que condiciona o aparecimento de doenças evitáveis, debilidade e morte.

Nas pequenas localidades, cidades e vilas apenas 29 por cento dos domicílios estão ligados à rede de abastecimento de água; cerca de 70 por cento não possuem banheiros e mais de 40 por cento não têm privadas. Das escolas, 75 por cento não têm bebedouros, 49 por cento lavatórios, 59 por cento de filtros e 27 por cento instalações sanitárias. Com isso é frequente em extensas áreas a esquistossomose, da febre tifóide, da amebíase, das gastroenterites, do tracoma e de outras.

O atendimento destas populações acusou o expositor, é muito precário e se concentra em distritos sedes de municípios de municípios polo de região, com prejuízo não só de outros municípios, como de suas mesmas populações, localizados em outros distritos. Agrava ainda mais esta situação a total inexistência de integração a maioria, mantida sempre por organismos desprovidos de normas e padrões para a operação das mesmas e prestam poucos benefícios, desenvolvendo ações paralelas, competindo em função da reduzida clientela.

O Programa de Extensão Rural, em desenvolvimento há algum tempo, baseia-se na experiência adquirida na prestação de serviços às populações do interior do país, de acordo com as condições sócio-econômicas de cada região. O objetivo visado é criar condições que facilitem incorporar à economia de mercado grande parcela da população brasileira. A extensão constitui-se na realização de serviços com uma organização básica, hierarquizada sob a forma de sistema, capaz de expandir atividades de saúde e saneamento em benefício de pequenas comunidades desprovidas de recursos médico-sanitários, através da implantação e a operação de uma rede de pequenas unidades periféricas que executam ações básicas.

Assistência rural

O ministro Almeida Machado, ao final da exposição de Aldo Villas Boas sobre extensão rural, afirmou que "poderíamos definir como 'prioridade humana' e assistência à população rural". E acrescentou que para quem mora na cidade a população rural é alguma coisa distante que se presta às vezes, para exploração de ordem demagógica, mas que não está pesando nas nossas necessidades diárias.

Para o ministro a primeira linha de defesa da população urbana parece estar mesmo na população rural. A atuação da Fundação de Serviços de Saúde Pública - FSESP - "cujo encaminhamento não se restringiu à demagogia - apenas atuando paliativamente, fazendo a valorização do homem local, porque ele participa ativamente, é o ponto certo para resolver os problemas da zona rural".

Um outro fator importante para os serviços nesta área, salientou o ministro, foi de que, no início deste ano o Ministério da Saúde dispunha de uma verba de 680 milhões de cruzeiros, enquanto que hoje, só a FSESP conta com 400 milhões. O aspecto pode ser comparado ainda à atuação desta Fundação durante seus 33 anos, construindo 450 serviços de abastecimento de água e, só este ano, fez 400. Acrescenta ainda o ministro que os desafios que foram colocados diante da FSESP esse ano é algo que assustam a mim mais que ela própria. Dentre estes desafios citou o Projeto de Rondônia, que vai estender rede de seus serviços ao longo de 750 quilômetros de rodovias - de Porto Velho a Vilhena - na sua primeira etapa; e o Projeto do Alto Solimões - de Tefé a Benjamim Constant - em uma distância de cerca de 900 quilômetros.

Cólera

Em conversa informal com a imprensa, o ministro Almeida Machado voltou a falar ontem, minutos antes do seu discurso de encerramento da V Conferência, sobre o perigo que a cólera ocorrida em Portugal se alastre até o Brasil. Segundo o ministro da Saúde, "há barreiras políticas mas não epidemiológica entre países".

Também na tarde de ontem foi assinado um acordo de capacitação de recursos humanos entre os ministérios da Saúde e MEC e a Organização Pan-Americana de Saúde. O acordo faz parte de um plano mais amplo de recursos humanos e terá vigor até 1978, prevendo para a sua supervisão uma comissão de coordenação e um grupo técnico constituído por membros da OPS, "de comum acordo com o MS para o acompanhamento e execução".

A cobertura da V Conferência Nacional de Saúde esteve a cargo dos repórteres Aristel Fagundes e Alexandre Costa da editoria de Governo do Jornal de Brasília.