DIA NACIONAL DA SAUDE

ALMEIDA MACHADO

O importante é ter vencido a inércia no campo da saúde

As condições precárias da população e o trabalho das lavadeiras nos rios contaminados são examinados por Almeida Machado

O Brasil ocupa hoje, dentro do concerto dos países em desenvolvimento, uma posição privilegiada. Cada um dos nossos programas contra as grandes endemias é o maior do mundo e também em primeiro lugar está o nosso Programa Nacional de Imunizações. O número de serviços de abastecimento de água e de melhorias sanitárias da habitação construídos no Brasil não tem paralelo. A mortalidade infantil está decrescendo, não ainda com a velocidade que todos desejaríamos, mas entrou em decréscimo, o que não se observa em muitos países. E esse decréscimo será mais evidente num futuro próximo à medida que avancem os programas de melhoria da habitação e da extensão de saneamento básico.

●●●

Com essas declarações, o Ministro da Saúde, Almeida Machado, traçou um quadro comparativo da situação do setor no Brasil e nos países em desenvolvimento, ao analisar detalhadamente cada aspecto da atuação de seu Ministério ao longo desses quase cinco anos de Governo. Para ele, ainda há muito o que fazer, mas o importante a se considerar não é o quanto já foi feito e sim o fato de que a inércia em que se encontrava a área de saúde no País foi vencida e daqui para a frente a aceleração é irreversível, embora o Ministério ainda enfrente quatro grandes problemas para cumprir suas atribuições satisfatoriamente.

O primeiro deles é a falta de verbas; o segundo, a falta de educação sanitária da população e, portanto, de conceito de prioridades. Em seguida, a resistência do comportamento administrativo de nosso país, que demora muito a assimilar as inovações revolucionárias que visam promover o desenvolvimento global da nação através de um novo enfoque, utilizando-se de ações multisetoriais. Esse tratamento sistêmico da saúde pública, quando consegue vencer as barreiras inter-setoriais obtém resultados da magnitude do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição — Pronan. Finalmente, a deficiência de pessoal capacitado em todas as áreas, inclusive a carência de pesquisadores conscientes de seus deveres para com a comunidade.

Anteriormente, as ações de saúde pública no Brasil se destacavam somente nos momentos de crise e, uma vez superados, voltava-se ao abandono com evidentes prejuízos para o estado geral de desenvolvimento do País. Um dos fatores principais para o surgimento dessa situação foi sem dúvida a descontinuidade administrativa que impediu um planejamento de base, o estabelecimento de uma doutrina e a estruturação do Ministério. Sendo assim, "não é de se estranhar que ele tenha navegado durante anos sem rumo e à mercê das borrascas, fazendo com que a saúde fosse, durante muito tempo, moeda barata para barganhas eleitoreiras a nível local".

Ao iniciar sua administração, Almeida Machado se propôs, como meta principal, estruturar o Ministério da Saúde de acordo com uma doutrina de saúde pública.

— O trabalho se desenvolveu metodicamente, em quatro etapas: a definição das atribuições do Ministério — efetivada pela Lei 6.229/75; eleboração de instrumentos de ordem jurídica que assegurassem a legalidade das ações a serem adotadas — surgiram daí, entre outras, a lei que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos e Correlatos e a que criou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; em seguida, dando continuidade à estruturação do Ministério, passou-se à modernização administrativa, concretizando-se a descentralização e a administração por objetivos; finalmente, a quarta etapa — indispensável à conclusão de todo o trabalho de estruturação — foi a criação e implantação da carreira de saúde pública, para dotar a estrutura de agentes executores.

'SAÚDE NÃO É MAIS MOEDA BARATA PARA BARGANHAR VOTO'

As quatro etapas foram cumpridas e o edital abrindo o primeiro concurso para sanitaristas já foi assinado pelo diretor-geral do Dasp no dia 26 passado e publicado no "Diário Oficial", achando-se abertas as inscrições para os diversos níveis da carreira.

Outros objetivos consistiam no estabelecimento de uma doutrina de saúde pública, na introdução da informática em saúde e na modernização dentro de um conceito global das ações básicas de saúde. A doutrina de saúde pública, alicerçada na análise multiprofissional dos problemas e na execução também multiprofissional de tarefas de alcance coletivo, sem excluir o atendimento supletivo das necessidades individuais, está sendo implantada. Os problemas de saúde, mesmo as grandes endemias, são enfrentados de maneira global, dentro de uma concepção sistêmica e com critérios que preservem a ecologia. Assim, nas campanhas contra as grandes endemias, foi introduzida com êxito a melhoria da habitação rural.

Como em toda parte, saúde pública é atividade que dispõe de parcos recursos, sendo necessário desenvolver a capacidade de administrar a escassez, buscando a simplicidade, identificando prioridades e optando pelo bom, quando o ótimo se mostra inatingível. Exemplo típico é a melhoria da habitação rural, variando conforme as endemias prevalentes na região. Em área malárica, necessita-se, antes de mais nada, de pelo menos duas paredes nas quais se possa aplicar o DDT. Em área de peste, precisa-se de cimento para o piso, de forma que os ratos não possam cavar suas galerias dentro da casa; em área chagásica é preciso eliminar as fissuras nas quais se coloniza o barbeiro e, em área de esquistossomose, precisa-se de água potável, chuveiro, privada e tanque de lavar roupa.

— O ótimo seria oferecer uma casa perfeita a todo morador rural, mas este ótimo é inatingível. Contentamo-nos, assim, com o bom — o exequível, ou seja, a execução da melhoria mais necessária nas condições epidemiológicas do momento, mantendo-se o custo dentro dos limites suportáveis, uma vez que aquela população não pode contribuir financeiramente para o programa.

Outra característica da doutrina de saúde pública, com um enfoque de sistema, se verifica na manutenção do homem em seu ambiente sem deslocá-lo para conjuntos habitacionais, onde ele não contaria com os mesmos recursos de subsistência. Também é característica dessa doutrina a nova orientação do Pronan, que dá mais ênfase à produção de alimentos pelo lavrador de baixa renda do que à simples distribuição paternalista desses alimentos.

Em todos os países em desenvolvimento, conforme se constata nas assembléias mundiais de saúde, a maior lacuna é a carência de informação para a saúde. A partir da declaração de óbito padronizada em âmbito nacional, do sistema de vigilância epidemiológica e subsistema de laboratórios de saúde pública, já se começa a dispor de informações atuais e abrangentes. Os centros regionais de estatística para a saúde no Norte (Belém), Nordeste (Recife) e Sul (Porto Alegre) já estão fornecendo dados em linguagem de computador e até outubro estará funcionando o Centro de Processamento de Dados do Ministério da Saúde. A própria vigilância sanitária de medicamentos está sendo processada eletronicamente e até 1979 o registro de produtos que não contenham substâncias novas estará sendo expedido por computação.

— Em resumo, à luz da nova doutrina, chegamos à conclusão de que para a saúde da comunidade existem fatores de ordem ambiental e sócio-econômica que são muito mais importantes do que os medicamentos — indiscutivelmente úteis quando se trata da saúde individual — afirma o Ministro.

Entretanto, se os objetivos básicos foram plenamente atingidos, ainda persistem falhas não superadas. Primeiramente, ainda há muito o que fazer para se entrosar de fato a ação dos órgãos estaduais de saúde com a política de saúde pública. Houve progressos indiscutíveis mas ainda estamos longe do desejável. Também até hoje não foi encontrada a fórmula para o engajamento continuado e metódico dos municípios no esforço pela saúde da comunidade. A campanha contra a hanseníase progrediu muito menos do que o desejado. A decisão de anos atrás, transferindo a responsabilidade executiva do Ministério para os Estados, nem sempre foi bem sucedida à vista de carências locais.

Todo o esforço despendido para a implantação da prevenção das incapacidades físicas trouxe modestos resultados e, o que é pior, "multiplicaram-se os aparelhinhos", sofisticando-se desnecessariamente uma atividade que deve ser essencialmente singela para a utilização diária a domicílio.

Em todo o caso, alguns poucos asilos-colônias já começaram a se transformar em cooperativas e já surgiram, embora esparsos e pouco numerosos, exemplos de melhor aceitação do doente pela comunidade. As autarquias municipais, garantindo o abastecimento de água também aos distritos a custos compatíveis com a realidade local, têm a sua sobrevivência cada dia mais difícil à medida que se expandem as companhias estaduais de água que não se interessam pelos distritos, vilas e povoados, onde está a maior necessidade da saúde pública. Ainda assim, não foi feita alteração nos objetivos e metas propostos inicialmente e, quando em 1975, pela primeira vez na sua história, o orçamento do Ministério da Saúde cresceu mais que o orçamento da União, se confirmou a decisão do Governo Geisel de considerar o homem brasileiro objetivo supremo do planejamento nacional.

Atualmente, existe a preocupação de se encontrar mecanismos que possibilitem o incentivo de investimentos no setor saúde, principalmente na saúde pública, mas sempre se esbarra em realidades econômicas insuperáveis. Essa preocupação se justifica quando se sabe que o instrumental de que dispõe o Ministério da Saúde é suficiente e eficaz para combater as grandes endemias — as análises de avaliação feitas pelos peritos da Organização Mundial de Saúde o comprovam. No que diz respeito ao saneamento básico e melhoria da habitação rural, seriam necessários mais recursos para que o programa atingisse um volume mais significativo. Mas é preciso admitir que a melhoria da qualidade de vida no interior é o melhor recurso para conter o êxodo rural e a pressão crescente sobre as áreas metropolitanas.

'DAQUI PARA A FRENTE, A ACELERAÇÃO É IRREVERSÍVEL'

Em termos de mão-de-obra especializada, o pessoal de nível superior está sendo capacitado em oito cursos, dos quais seis foram criados no atual Governo. O pessoal de nível médio é recrutado pela Fundação de Serviços de Saúde Pública — FSESP — e Superintendência de Campanhas de Saúde Pública — Sucam — nos próprios locais de atuação e treinado em centros de treinamento credenciados. Dentro dessa sistemática, foram lotadas as unidades da FSESP no Alto Solimões, Transamazônica, Sudeste do Pará, Norte de Goiás, Vale do Turi, no Maranhão, Serra do Mel, no Rio Grande do Norte, zona açucareira do Nordeste e Vale do São Francisco.

Este é o modelo do Ministério da Saúde. A sua grande vantagem — recrutar o elemento a nível local — consiste na sua melhor capacidade de diálogo com a comunidade. Ele fala a mesma língua, tem as mesmas tradições e até mesmo as mesmas superstições. No Alto Solimões foram utilizados índios que, após o treinamento em centros da Transamazônica ou do Nordeste, estão desempenhando magnificamente a sua tarefa.

● **GRANDES ENDEMIAS** — Segundo Almeida Machado, até o final do mandato do atual Governo toda a área endêmica de esquistossomose, que vai do Maranhão a Sergipe, já terá concluída a sua fase de ataque. O Programa de Erradicação e Controle da Esquistossomose compreende três fases: a primeira, e mais difícil, é a fase preparatória, que depende do reconhecimento geográfico da região, exigindo o mapeamento de todas as moradias das áreas rural e urbana, de todas as coleções hídricas (córregos, lagoas, poços e cacimbas), da caracterização de cada uma delas sob os pontos de vista malacológico e epidemiológico, seguindo-se o inquérito coproscópico para determinação da prevalência e estudos da dinâmica populacional do caramujo.

Terminada essa fase preparatória, passa-se ao ataque, que é desenvolvido em duas frentes: o ataque ao caramujo, para manter a sua população no máximo a um milésimo do original durante pelo menos seis meses, e o ataque ao **xistossoma mansoni**, medicando-se a população para reduzir o índice de prevalência a um máximo de quatro por cento.

A terceira fase é a de vigilância para conservar os resultados obtidos. Até o final do Governo toda a área atualmente sob a ação do Programa deverá estar em fase de vigilância, prevendo-se a execução de melhorias sanitárias da habitação em pelo menos 50 por cento das moradias na área programada. Paralelamente, é dinamizada a educação sanitária com nova metodologia e novos métodos de avaliação, contando também com as patrulhas de saúde. No momento, encerrou-se a fase de ataque no Rio Grande do Norte, onde a prevalência, que era de 43 por cento, caiu para 3,4 por cento e muitos municípios estão a zero por cento. No município de Touros, onde a prevalência era de 69 por cento, hoje está em 1,5 por cento.

Na Paraíba, em Pernambuco e Sergipe o Programa está na fase de ataque. Mais de um milhão de pessoas foram tratadas sem acidentes, comprovando-se a eficiência do Oxaminiquine (Mansil). Para comprovar isso, o Ministro lembrou que em Pernambuco houve um caso de uma senhora que morreu no dia da medicação. A "causa mortis" foi edema pulmonar agudo, acidente que não tem a menor relação com o tratamento ministrado, mesmo porque "tratando-se um semelhante número de pessoas, tais coincidências terão que ocorrer".

Do Ceará a Sergipe realiza-se um trabalho em 270 municípios (19.927 localidades), 1,4 milhão de prédios e 4,7 milhões de pessoas), dos quais em 241 já foram concluídos o levantamento geográfico, os trabalhos de coproscopia e malacologia, tendo-se realizado o tratamento em 113 municípios distribuídos por quatro Estados: Rio Grande do Norte (já realizados), Paraíba, Pernambuco e Sergipe. Foram encontradas e pesquisadas 57.330 coleções hídricas entre as quais 11.967 foram identificadas como criadouros de caramujos.

● **DOENÇA DE CHAGAS** — No combate à doença de Chagas o Ministro da Saúde destacou a remodelação total da campanha que passou a ser executada em áreas contínuas e contíguas em ciclos semestrais. Até então, saltava-se de um local para outro conforme as pressões e, sem um planejamento racional. A campanha iniciada em 1975 prossegue metodicamente, já tendo atingido 80 por cento da área chagásica conhecida e, simultaneamente, realiza-se um inquérito sorológico em âmbito nacional que permitirá a delimitação precisa da área chagásica e a avaliação de sua prevalência. A campanha mereceu elogios do Comitê da OMS que percorreu o Brasil do Rio Grande do Sul ao Piauí em seu trabalho de avaliação e um dos pontos salientados pelos técnicos da OMS foi a integração do Ministério com as Universidades e órgãos de pesquisas. Até o final do ano, uma outra missão da OMS virá realizar a avaliação do Programa Especial de Controle da Esquistossomose-PECE.

● **SANGUE E DERIVADOS** — Com relação ao problema do sangue e seus derivados, que tanta polêmica causou em um certo período do ano passado, o Ministro afirmou que foram visitados todos os bancos de sangue do país por pelo menos duas comissões parlamentares e nada foi comprovado em termos de contrabando de sangue ou hemoderivados, registrando-se, no entanto, que existe em tensão limitada um comércio indesejável de sangue.

Esse comércio — ressaltou — é antes uma exceção que não pode ser utilizada para expor à execração pública profissionais honestos que com muito sacrifício fazem o impossível para suprir a deficiência de meios e bem exercer a sua profissão. Falou-se muito na necessidade de regulamentação, uma vez que é grande a quantidade de sangue transfundido sem o necessário controle de qualidade, transfundindo-se simultaneamente as doenças de Chagas, hepatites, sífilis e outras, mas o controle de qualidade exigido é inexequível à vista da carência de meios materiais.

O sangue integral é utilizado, quando uma fração seria mais indicada e o Brasil não dispõe de estoques de sangue e hemoderivados devido à mesma carência de recursos materiais. Assim, antes de propiciar os recursos, não teríamos autoridade moral para impor o controle de qualidade.