

# Saúde: antes de tudo é necessário o aumento da renda

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), responsável pelo atendimento médico de 80 por cento da população brasileira, gastou, apenas entre abril e dezembro do ano passado, Cr\$ 47,7 bilhões. No entanto, esses investimentos — em consultas, assistência hospitalar e internações — esbarram nas condições de vida das classes mais pobres. E o país continua registrando uma alta taxa de mortalidade infantil, ligada principalmente a doenças infecciosas, consequência do baixo poder aquisitivo da população, como explica o presidente do Inamps, Harry Graeff.

A saúde é decorrência de uma série de fatores, como condições de higiene, educação do povo. Na medida em que a população for beneficiada com uma melhor distribuição de renda, tiver alimentação abundante e dispuser de água e esgoto, aí sim, o índice de mortalidade infantil certamente cairá.

A declaração é do presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, Harry Graeff, responsável pelo atendimento médico de 80% da população.

— O desenvolvimento econômico em si — disse Harry Graeff — não significa que todo o mundo é beneficiado. Beneficia, sim, e diretamente, a camada que produz a riqueza. A classe mais baixa não se beneficiou do desenvolvimento econômico em matéria de saúde, nem a nível preventivo nem a nível curativo.

Segundo Harry Graeff, o INAMPS gastou com o projeto de saúde Cr\$ 47,7 bilhões entre abril e dezembro de 1978. Foram dispendidos Cr\$ 16,6 bilhões para assegurar 147,5 milhões de consultas médicas ambulatoriais, Cr\$ 22,2 bilhões na assistência hospitalar, com a promoção de 10 milhões de internamentos. E gastou-se Cr\$ 1,5 bilhão em tratamento de acidentados do trabalho.

## Acidentes do trabalho consomem grande soma do Inamps

A maior parte dos recursos foi investida nas cidades, conseguindo-se uma média de 1,8 consulta por habitante urbano e assistência hospitalar para 11,16% da população das cidades. Para isso, foram mobilizados 22 mil médicos do INAMPS pouco menos de quatro mil hospitais e 235 mil 722 leitos. Para 1979, o orçamento para a área de assistência médica hospitalar é de 90 bilhões e 600 milhões de cruzeiros.

— No entanto, as estatísticas confirmam — disse Graeff — que não só o conjunto da população não se aproveitou do desenvolvimento econômico, como para as classes mais baixas a qualidade de vida piorou. Entre 1940 e 1950 a taxa de mortalidade infantil na região metropolitana de São Paulo diminuiu de 30% e na década seguinte decresceu de 32%, o que contrasta com os últimos 13 anos, quando aumentou de 45%. Sabe-se que as principais causas de mortalidade infantil ligam-se a doenças infecciosas, que se relacionam diretamente às carências de saneamento ambiental e à subnutrição, fatores que geralmente aparecem associados: em São Paulo, a população da capital servida pela rede de água passou de 61% em 1950 para 56% em 1973, enquanto a atendida pela rede de esgotos manteve-se estável, em torno dos 35%. Na Grande São Paulo, porém, em 1971, 35% da população era servida por esgotos e quatro anos depois a proporção caiu para 30%. No que se refere a alimentação, o livro "São Paulo, 1975, Crescimento e Pobreza", citando documento oficial, afirma:

— Nas classes de renda mais baixa, o consumo de alimentos além de dimi-

nuir quantitativamente, constitui-se de alimentos de qualidade ou tipo inferiores, de menores preços. Com a diminuição do poder aquisitivo (queda do salário real) as classes mais pobres têm suas condições de alimentação sensivelmente prejudicadas. A desnutrição pode ser causa direta da morte e atuar como fator preponderante e agravante de doenças infecciosas, aumentando a taxa de mortalidade infantil. 52% da população da capital e 73% da dos demais municípios da Grande São Paulo são desnutridos.

— Um estudo realizado em São Paulo em 1975 demonstrava a existência de uma relação entre a mortalidade infantil e salário real — diz Hélio de Albuquerque Cordeiro, chefe do departamento de medicina social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

— Quanto mais se desvalorizava o salário, — continua — maior era a taxa de mortalidade infantil. Ela estava decaindo, a percentagem era de 80 óbitos para cada 1000 crianças nascidas vivas, desceu até 60 por mil. Nos anos 68 houve de novo uma subida, chegou a 80, 75 por mil. Isso tinha relação com o aumento da população urbana decorrente das migrações do campo para a cidade, resultando no crescimento das periferias de São Paulo. Essa população de baixa renda, morando em condições muito precárias, com só 30% das casas servidas por esgoto, fez aumentar a mortalidade infantil. O que mais afeta as crianças de 0 a 1 ano é justamente a ingestão de alimentos contaminados. Tíhamos então esse quadro: de um lado uma população de baixa renda, comendo mal, aumentando a desnutrição, e de outro as doenças infecciosas, ligadas à falta de higiene e saneamento.

Identificado esse panorama, a Prefeitura de São Paulo fez um esforço para melhorar as condições de saneamento e, através do Planasa, investiu na ampliação da rede de água e esgotos. Mas, como para isso a prefeitura contraiu dívidas grandes — o Planasa funciona como o BNH, faz empréstimos, mas cobra juros e correções monetárias — a partir de 78 começou a implantação progressiva de taxas aos consumidores. Resultado: as famílias de muito baixa renda tiveram cortados esses serviços.

— Entre 75 e 78, quando não houve taxa para o saneamento, a mortalidade infantil voltou a decair. Mas de agosto de 78 para cá um leve aumento dessa percentagem foi detectado. A política social quando tem o ônus transferido para o consumidor não dá resultados — diz Hélio Cordeiro.

Nas outras áreas metropolitanas a situação é parecida a de São Paulo. Observa-se pelos dados estatísticos do IBGE que de 1960 a 1970 a proporção de municípios cobertos por serviços de abastecimento de água aumentou de 48,7 para 59,6%, enquanto que no caso de serviços de esgotos sanitários a proporção diminuiu de 32,7% para 25,1%. No Grande Rio só 39,5% dos domicílios têm instalações sanitárias ligadas a rede geral, enquanto 24% tem fossa séptica e 37,5% não tem nenhum tipo de instalação sanitária.

— No Estado do Rio de Janeiro observado como um todo — diz Cordeiro — as condições de saúde são razoáveis para um país

subdesenvolvido. A taxa de mortalidade infantil é de 70 por 1000, ou 60 mortes por 1000 nascidos vivos. Mas, quando se observa as regiões separadamente, percebe-se que em alguns municípios os níveis são semelhantes ao do Nordeste do Brasil. Em Teresópolis, por exemplo, que é até uma região turística, a mortalidade infantil é de 100 por mil. No município de Duque de Caxias, as casas com água encanada não chegam a representar 10% do total de habitações.

Um estudo do Sindicato dos Médicos do Estado do Rio de Janeiro — continua Cordeiro — mostra que mesmo nesse município a situação não tem evoluído satisfatoriamente. A participação da mortalidade infantil no número total de óbitos, que havia caído de 21,8% para 13,6% entre 1958 e 1968, voltou a crescer sensivelmente, atingindo 17,2% em 1974. Entre dezesseis capitais brasileiras para as quais existem dados mais recentes (1973, 1974 e 1975), observamos que em dez (Belém, São Luiz, Teresina, Fortaleza, João Pessoa, Recife, Aracaju, Salvador, Belo Horizonte e Porto Alegre) houve aumento dessa taxa em relação a 1970, em 5 (Manaus, Natal, Maceió, Vitória e Curitiba) notouse decréscimo e só em Goiânia a taxa manteve-se estacionária.

— Um dos mais graves problemas apresentados pelo país consiste nas condições precárias de nutrição da população. Intimamente associada com a ocorrência de mortes e incapacidade de outras etiologias, a desnutrição ela própria é ainda responsável pelo elevado número de óbitos — dizem José Carvalho de Noronha e Reinaldo Guimarães em artigos sobre "As Atuais Condições de Saúde da População Brasileira e seus determinantes".

— Os dados de mortalidade por desnutrição — continuam — são impor-



Harry Graeff

tantes porque teoricamente são inteiramente redutíveis, mas o que se verifica é o aumento dessa taxa em 5 capitais importantes como Fortaleza, Vitória, Rio de Janeiro, Curitiba e Porto Alegre (não se obtiveram dados para São Paulo). Em 1971, de acordo com os dados do relatório da CEME, a desnutrição era a 9ª causa de morte para maiores de 1 ano, com uma taxa de 21,52 por 100 mil habitantes e era a 6ª causa mortis para as crianças de 1 a 4 anos com uma taxa de 27,49 por 100 mil.

— Os altos índices de mortalidade de crianças de zero a um ano tem como causas associadas desnutrição e infecção — diz Hélio Cordeiro. — Nos pré-escolares aparece como causa importante o sarampo, quer dizer, não o sarampo em si normal em toda criança, mas a complicação do sarampo, como por exemplo as broncopneumonias, que são consequências do sarampo numa criança desnutrida. Nos escolares percebe-se a repercussão tardia da desnutrição da dificuldade de aprendizagem como consequência do baixo desenvolvimento cerebral ocasionado por carências alimentares até três anos de idade. São comuns também verminoses, deficiências oculares, uma série de pequenos problemas, que não causam a morte, mas dificultam o rendimento escolar.

— Lá pelos vinte anos — diz Cordeiro — a violência aparece como principal causa de morte. São acidentes de trânsito, brigas com assassinatos, suicídios, etc. Na faixa adulta estão presentes as doenças crônicas, principalmente pressão arterial



As crianças são as maiores vítimas das doenças, por desnutrição e falta de saneamento

alta, enfarte, derrame cerebral e câncer. Algumas delas têm ligação com a estrutura de classe da sociedade. O câncer de colo uterino, que junto com o câncer da mama, são os mais frequentes nas mulheres, sempre foi pensado como próprio de pessoas de alta renda. Mas, um estudo feito na Escola de Saúde Pública do Rio de Janeiro mostrou que o câncer uterino era mais comum nas mulheres que moram em regiões administrativas de baixa renda porque está ligado a infecções vaginais repetidas, a uma assistência ginecológica deficiente etc. A hipertensão arterial também é mais comum nas pessoas que são submetidas a condições stressantes de trabalho, número excessivo de horas de trabalho, ou seja também é mais frequente em pessoas de baixa renda.

As doenças transmissíveis, apesar de já não constituírem o principal

grupo de causas de óbito no país, em 1971, segundo dados do relatório da CEME, ainda ocupam o 3º lugar, sendo responsáveis por 13,6% das mortes. Se for excluído o grupo de sintomas e estados mal definidos (ao qual são atribuídos 21,6% dos óbitos), a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias passa a ocupar o 2º lugar entre os grupos de causas de morte.

Uma grande parcela dos gastos do INAMPS é dedicado às doenças e acidentes de trabalho. Em torno dos anos 74, 75, no Brasil, tinha-se uma média de 4 mil 966 acidentes por dia útil de trabalho. Isso vitimava 16% da população de trabalhadores inscritos no INPS. Entre 100 indivíduos 3,1 ficavam incapacitados permanentemente para o trabalho e 0,2% morriam. Para avaliar o custo disso, a média de tratamento era de 17 dias, sendo que 9 dias de hospitalização. O preço médio unitário por acidente era de mil 454 cruzeiros e 75 centavos.

Vem ocorrendo um acentuado aumento dos acidentes de trabalho no Brasil. O Estado de São Paulo, longe de fugir à regra, concentra grande proporção de acidentados: 712 mil em 1973, 780 mil no ano seguinte, o que corresponde a um índice de 1/4 em relação a força de trabalho registrada, fato que ganha sua real significação quando se tem em conta que na França essa relação é três vezes inferior.

De quase 4 mil acidentes na indústria paulista, que tiveram suas causas pesquisadas em detalhe, 23% foram devidos às falhas humanas, enquanto nos casos restantes houve "uma condição insegura, isolada ou associada, como origem do acidente".

Mas os acidentes não decorrem apenas das condições técnicas de segurança no trabalho, mas também do cansaço já inerente às tarefas industriais e ainda agravado pelas jornadas

de trabalho prolongadas e pelas contingências da vida do operário fora da fábrica, como o tempo dos deslocamentos, a subnutrição e o próprio nível de saúde.

Ray H. Elling, professor norte-americano e especialista no assunto, fez observações sobre o assunto durante o congresso sobre Epidemiologia de Doenças Não-Infecciosas, realizado recentemente na Alemanha.

— E mais do que evidente que a saúde dos trabalhadores compartilha das condições gerais de saúde da população (...) Os piores níveis nutricionais dos trabalhadores associados a altos índices de doenças debilitantes, a falta de organização sindical, a ausência de interesse, reconhecimento ou de ação oficial no que diz respeito à poluição e aos perigos à saúde ocupacional, bem como a inexperiência dos trabalhadores a respeito

do meio ambiente industrial e a falta de serviços e pessoal de saúde no interior das fábricas são todas condições relacionadas aos próprios países subdesenvolvidos que nos levam a supor que os perigos à saúde ocupacional produzidos pela industrialização serão no mínimo tão grandes e provavelmente maiores nos países subdesenvolvidos do que nos desenvolvidos.

Anamaria Arouca, do Instituto de Medicina Social da UERJ, observa que ainda são insuficientes as pesquisas e a legislação brasileira sobre doenças do trabalho. Enquanto na França são 48 as doenças reconhecidas como decorrentes de atividade profissional, no Brasil só 18 doenças do trabalho são catalogadas. Há poucas informações sobre o assunto, mas é claro que o mesmo tipo de atividade profissional gera o mesmo tipo de doença seja o país desenvolvido ou não.

— Mortes observadas por câncer excedem por mais de duas vezes o esperado entre trabalhadores que lidam com cloreto de vinil, no período compreendido entre 10 e 24 anos após a primeira exposição. Pintores de parede têm um excesso significativo de câncer no pulmão. Embaladores de alimentos que trabalham com cloreto de polivinil referem sintomas nos dias de trabalho e melhora nos fins de semana. Trabalhadores masculinos da indústria de borracha têm um índice de mortalidade por câncer no estômago e leucemia linfática inusitadamente alto. Mortes observadas por câncer no aparelho respiratório excedem as mortes esperadas nos trabalhadores de asbesto de 58 (observado) para 21,7 (esperado). A lista seria quase interminável.