A alarmante estatística médica

Volnei Garrafa

Apesar dos esforços que tem sido dispendidos nos últimos anos no sentido de que as autoridades responsáveis-direta ou indiretamente — pelo setor saúde da maioria dos países pobres do mundo passem a encarar os problemas dessa área de forma preventiva e mais abrangente, os resultados têm sido inexpressivos, uma vez que o atendimento curativo e/ou reparador recebe cada dia maior atenção. Como tal quadro tem persistido insistentemente, certamente existem razões para tal permanência, uma vez que as coletividades não vêm recebendo os benefícios ou atenções necessárias e pertinentes, apesar dos esforços de alguns organismos internacionais. O tradicionalismo é realmente difícil de ser superado e suplantado; no entanto, parece não residir aí a razão principal da resistência observada a alterações mais profundas e concretas no sentido do combate aos agravos à saúde. Se a medicina curativa e reparadora tem resistido durante tanto tempo, apesar de sua comprovada ineficácia a nível global, deve haver fortes motivos para a manutenção deste enfoque que beneficia minorias privilegiadas em detrimento da população majoritária.

A resistência dos dirigentes em efetuar mudanças mais profundas, pode ser interpretada à partir de diversos ângulos: o desconhecimento e despreparo destes com relação a novos métodos e técnicas; o receio ou medo à perda do poder; o comprometimento com ideologias alheias aos interesses do homem coletivamente considerado; o comprometimento econômico, principalmente relacionado às empresas multinacionais; outros.

A Organização Mundial da Saúde tem demonstrado muita preocupação com a resistência verificada com relação às inovações; seu Diretor Geral há três anos atrás já mencionava o "informe devastador sobre os estados dos serviços de saúde pública no mundo", emitido pelo Conselho Executivo da Organização. O referido informe relatava «a insatisfação observada tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento, devido a falta de satisfação das expectativas dos povos e incapacidade dos serviços de saúde para fornecer um nível de cobertura nacional adequado às demandas explícitas e necessidades variáveis das distintas sociedades; existe uma grande diferença entre os variados países e seus distintos grupos sociais". Na mesma época o Diretor da O. M. S., em discurso pronunciado na comemoração do centenário da Faculdade de Medicina da Universidade de Genebra, lembrou que "em sua maior parte, as Faculdades de Ciências da Saúde preparam profissionais não para ocupar-se da saúde do povo, mas sim para o exercício profissional cego a tudo o que não seja doença e tecnologia para combatê-la. Esta tecnologia, que alcança preços astronômicos através de constante encarecimento, está orientada para um número cada vez menor de pessoas selecionadas, as quais se encontram já nas etapas finais de suas vidas".

O mesmo Diretor da O. M. S., em discurso pronunciado durante a 30a. Assembléia Mundial da Saúde, defendia uma revolução social no setor da saúde da comunidade: "Tenho convicção de que a política de saúde deverá ser determinada por objetivos sociais e não, como se faz com frequência, baseando-se em uma tecnologia médica aplicada sem se considerar sua razão e consequências sociais". Prosseguindo, ressaltou que "não podemos permitir-nos ao luxo de seguir empregando indiscriminadamente métodos, aparelhos e medicamentos; em uma época em que tanto se tem lutado para desterrar o colonialismo político, seria incorreto que seguissemos tolerando o neocolonialismo tecnológico no setor saúde. Temos que romper as cadeias que nos fazem dependentes de uma tecnologia de saúde de utilidade social discutível e excessivamente complexa e custosa, aperfeiçoando outro tipo de tecnologia mais adequada e que esteja bem fundamentada tecnicamente, resulte culturalmente aceitável e seja factível desde o ponto de vista financeiro". Concluindo, lembrou o Dr. Mahler que esta proposta de mudança concreta certamente "envolve tremendas consequências de índole profissional, comercial, e por conseguinte, política, já que certamente se entrará em conflito com os interesses das industrias e profissões médicas afins".

Para que os próprios organismos internacionais chegassem ao consenso da representatividade do homem como sujeito de qualquer atividade programada no setor saúde, respeitando-se sua cultura, hábitos e costumes, passaram-se vários anos durante os quais muitas distorções foram verificadas. Por ocasião do 75º aniversário da Organização Panamericana de Saúde, seu Diretor, seguindo a nova filosofia acionada pela OMS, reconhecia de forma sincera que: "Anteriormente, nos programas de desenvolvimento, a OPS utilizava as comunidades para alcançar objetivos previamente estabelecidos pelo pessoal técnico, sem levar em consideração as necessidades e aspirações das próprias comunidades. Eram ignoradas s atitudes e o comportamento dos seus próprios membros; as promessas não eram cumpridas e criava-se desta maneira uma sensação de desconfiança e frustração, que os especialistas interpretavam erroneamente como apatia ou indiferença por parte da comunidade. O problema se devia de certa forma ao fato de que os programas eram elaborados sobre bases obtidas de experiências com países desenvolvidos e que, portanto, não resultavam apropriadas para as condições culturais, sociais e políticas dos países em vias de desenvolvimento".

SAÚDE NO BRASIL

Segundo dados expostos pelo jornalista F. Cupertino, a média de consumo diário **per capita** de calorias no Brasil, oscila entre 1.400 e 2.100, quando a norma internacional fixada pela FAO está entre 2.300 e 3.100, dependendo da idade e tipo de atividade exercida pela pessoa. De qualquer maneira, cerca de 12 milhões de crianças brasileiras em 1974, apresentavam problems de desnutrição; uma pesquisa realizada pela OMS mostrou que 69% das 600 mil crianças que morriam anualmente na época em todo o país antes de completar 5 anos de idade, eram vitimadas por doenças causadas ou agravadas diretamente pela má nutrição. O consumo **per capita** de leite pela crianças brasileiras, em geral não ultrapassa a média de 1 décimo de litro diário, contra 5 décimos no Canadá e 1,5 litros na Finlândia, por exemplo.

A problemática nutricional brasileira refere-se fundamentalmente à baixa quantidade de proteínas ingeridas, principalmente de origem animal; o brasileiro consome em média 19 gramas de proteína animal por dia, contra 59 gramas dos argentinos. A V Conferência Nacional de Saúde revelou que menos de um terço das crianç entre 6 meses e 5 anos de idade no Brasil, poderiam ser suficientemente alimentadas; estudos da Fundação SESP e CEME mostraram que 29,8% das crianças de uma certa amostra eram normalmente nutridas, 37,7% desnutridas de 1º grau; 21,8% de 2º grau; e 10,7% de 3º grau. Em outras palavras, o número de crianças com alto grau de desnutrição (dois últimos grupos), era superior ao das crianças normais: a triste conclusão é de que 7 em cada 10 crianças brasileiras não são adequadamente alimentadas em virtude da miséria em que vivem. Um levantamento realizado nos postos de puericultura e ambulatórios de Diadema, cidade periférica de São Paulo, revelou que mais de 90% da população (crianças e adultos) estavam contaminados por verminose, sendo que a maior parte era poliparasitária.

Com relação à Odontologia, um estudo realizado entre indivíduos do grupo etário de 15 anos mostrou que esses possuíam 41% dos seus dentes cariados. Por outro lado, o grupo etário de 20-25 anos apresentava o mais alto índice de prevalência média de cárie do mundo (CPOD = 18,21). Uma de quatro pessoas entre 30 e 40 anos de idade e três de cada quatro entre 60-65 anos, necessitavam próteses. Pesquisa realizada pela Fundação Educacional do Distrito Federal em abril de 1978, mostrou uma média de 2,1 dentes permanentes atacados pela cárie dental por criança aos 7 anos, índice que passou a 4,3 dentes aos 9 anos e 10,1 aos 12 anos. Sabe-se, por outro lado, que aos 25 anos o brasileiro já perdeu em média 9 dentes permanentes, chegando aos 55 anos com apenas 8 elementos na boca. Do total de dentistas disponíveis no país em 1977, aproximadamente 30% trabalhava nas três principais instituições de saúde da nação (Inps, Funrural e Fsesp). No entanto, a maioria do trabalho odontológico oferecido tinha caráter mutilador e/ou reparador (em 1977, do total de gastos odontológicos das três instituições assinaladas — 103 milhões de dólares — somente 0,38% foi invertido em flouretação de águas de abastecimento público.

Na área específica da estomatologia (estudo das doenças da boca), foi relatado o fato de que entre os 3.319 casos de tumores malignos epiteliais primários dos tecidos bucais admitidos no Instituto Central de Câncer de São Paulo entre os anos 1953 e 1970, somente 8,4% tratavam-se de casos em estadiamento inicial da doença. Por outro lado, no estudo específico de 211 pacientes com câncer das gengivas admitidos no mesmo hospital entre 1954 e 1967, constatou-se que 118 deles (56%) procuraram dentistas antes de serem referidos ao tratamento especializado; nesses 118 casos, a suspeita correta foi estabelecida em somente 31 ocasiões (26% dos casos), perdendo os demais pacientes aproximadamene 5 meses em média para terem seu diagnóstico estabelecido. Nessa mesma casuística, o erro diagnóstico por parte dos médicos era semelhante.

Em trabalho desenvolvido em 1978 com 475 estudantes de último semestre de 25 Faculdades de Odontologia de 14 estados brasileiros, constatou-se que 76% deles não tinham tido a oportunidade de realizar uma simples biópsia. Neste mesmo trabalho, verificou-se que 74,3% dos entrevistados não tinham tido sequer a oportunidade de solicitar e analisar exames complementares em alguma ocasião (urina, antibiograma, químico de sangue, etc.), trabalhando sobre casos exclusivamente simulados; 71,4% declararam, na oportunidade, que "não estariam capacitados a solicitar e interpretar os exames complementares eventualmente necessários na prática odontológica caso já estivessem trabalhando em seus consultórios". No entanto, a maioria desses estudantes certamente recebeu uma substanciosa orientação sobre novos tipos de equipamentos sofisticados, articuladores ajustáveis, próteses esmeradas em ouro (a grama de ouro custa atualmente, em Brasília, 500 cruzeiros; o salário mínimo atual vigente em Brasília é de Cr$ 2.268,40), racionalização de tempo e gastos em consultório particular com finalidade exclusivamente lucrtivas, etc.

Nos cursos de Medicina, por sua vez, os futuros profissionais são estimulados pelo sistema educacional vigente, à especialização durante os próprios cursos de graduação. O interesse é dirigido às cirurgias sofisticadas e tratamentos delicados e trabalhosos ao redor de casos específicos e que constituem raridade. A grande maioria da imprensa leiga, assim como muitas publicações científicas do setor, contribuem para a conformação de um quadro socialmente distorcido, enaltecendo os casuísticos transplantes de órgãos, as reparações estéticas caríssimas em personalidades "colunáveis", e outros. Constituem raridade as notícias sobre programas comunitários. Os sanitaristas e homens de saúde pública, além de serem mal remunerados e reconhecidos, são desconhecidos do grande público e algumas vezes até ridicularizados pelas proposições simplificadas e racionais que sugerem, quando não perseguidos no próprio seio da "mãe" universidade.

SOFISTICAÇÃO TECNOLÓGICA

As distorções propostas e executadas em termos de programas de saúde na América Latina até alguns anos atrás, e ainda nos dias atuais, contribuem sem dúvida com apreciável parcela para o empobrecimento e ainda maior distância da população à "obtenção de saúde". A dependência econômica e tecnológica dos países latino-americanos com relação aos países ricos, cria dificuldades enormes no sentido de aplicação de tentativas mais arrojadas que procurem penetrar na essência dos problems encontrados, visando resultados mais animadores.

Além dos aspectos já analisados em edição do **Jornal de Brasília** do dia 8 de julho passado (Ideologia-Política de Saúde; Condição Socio-econômica da População; Processo de Ensino-aprendizagem), deve ser ainda considerada a imposição de equipamento sofisticado e caro na área de saúde pelos países industrializados com relação ao terceiro mundo. Este aspecto foi muito bem analisado por Richter e Barbosa-Assumpção em trabalho que trata do fornecimento e manutenção de equipamento eletrônico nos países pobres. Ressaltam esses autores que o impacto da tecnologia dispendiosa representa para a população dos países subdesenvolvidos uma tripla ameaça: uma ameaça econômica, através do desvio de recursos escassos de áreas onde trariam maior benefício e destruição da indústria nacional incipiente; uma ameaça social, com a ampliação do desequilíbrio entre os poucos que recebem atendimento e muitos que nada receberão; uma ameaça à própria vida das pessoas, na medida em que falhas operacionais e a falta de manutenção levam a acidentes e morte. Lembram os referidos autores que "é interessante observar que os poucos países pobres em que atualmene a fome e o analfabetismo foram amplamente abolidos e simples medidas melhoraram o nível de saúde de maneira espetacular, são precisamente aqueles países que não tiveram acesso à tecnologia ocidental sofisticada".

Entre os axiomas apresentados por King com relação a «Assistência Médica nos Países em Desenvolvimento», dois chamam especialmente a atenção:

3.º axioma — O benefício máximo, em termos de bem-estar da população, precisa ser obtido das verbas escassas e aptidões limitadas; a) ao avaliarmos estes benefícios, os meios não devem ser confundidos com os fins; b) a assistência à saúde precisa ser adaptada às necessidades de uma tecnologia intermediária.

4.º axioma — Os pacientes devem ser assistidos o mais perto possível de seus lares, na unidade menor e mais barata, provida do pessoal mais modesto e do equipamento mais simples, capazes de oferecer um atendimento adequado.

Ao abordar a organização de serviços de saúde, King acrescenta: «Os serviços de saúde precisam acompanhar as necessidades e os recursos do país... Se o padrão de atendimento excede o desenvolvimento econômico geral, serão adotadas normas que poderão ser mantidas somente numa pequena parte do país. Se isso acontecer, uma minoria favorecida terá atendimento ótimo, mas a maioria da população não terá atendimento algum, ou um atendimento inadequado». Em certo país africano, por exemplo, mais de 80% de toda a verba destinada pelo governo à saúde, foi utilizada na construção de um imenso hospital-escola na capital. Apesar das muitas alternativas que vem sendo divulgadas e propostas nos meios científicos, os países pobres continuam a aplicar a maior parte de seus parcos recursos na área curativo-reparadora e em sofisticação. Três obstáculos foram identificados, para explicar estas distorções: mística hospitalar, complexo de qualidade e fome de lucro.

A tecnologia ocidental é considerada como uma espécie de mágica que glorifica não apenas o próprio equipamento, mas também os profissionais que a utilizam e os políticos que «as conseguem para o povo». Mesmo entre as autoridades que detém o poder decisório, o entusiasmo pelos milagres da medicina curativa é tão grande, que em países pobres o equipamento é muitas vezes mais valorizado que os próprios profissionais. As consciências individuais dos dirigentes raramente se perguntam, por exemplo: «O que traria maior benefício para um país — 3 milhões de cruzeiros para uma unidade coronariana ou o simples ensino de dados sobre nutrição para jovens mães indigentes?».

Em algumas ocasiões, boas propostas, porém sofisticadas, são publicadas em revistas científicas de países desenvolvidos, dirigidas às suas realidades. Acontece, no entanto, que os tecnocratas de países pobres, imbuídos de um obsessivo perfeccionismo irresponsável, simplesmente adotam tais propostas, sem discussão sobre sua real utilidade para a totalidade concreta verificada nos seus países.

Dados da ONU mostraram que em 1970 os Estados Unidos haviam recebido de outros países, nada menos que 6.400 engenheiros, 2.625 cientistas e 2.211 médicos, a maioria dos quais formados às custas das pobres universidades latino-americanas e indianas. Esta evasão de cérebros e de capital investido, ocasionou uma perda de 3,66 bilhões de dólares para os países subdesenvolvidos e, logicamente um ganho para os Estados Unidos; tal inversão equivaleu-se praticamente a todo o «auxílio» prestado pelo ocidente aos países do terceiro mundo. Entre as causas apontadas para essa evasão, não está apenas a falta de fundos para melhores salários que retenham mais os profissionais, mas principalmente no ensino inadequado que utiliza recursos tecnológicos excessivamente avançados. «Treinados em instalações sofisticadas de medicina curativa, o profissional de saúde recém-formado sente-se frustrado, ou mesmo incapaz, de trabalhar com os instrumentos simples à sua disposição nas áreas remotas, onde a maioria dos profissionais é realmente necessária». Este aspecto também pode ser apontado como uma das razões para relutância dos profissionais de se fixarem em áreas rurais e mesmo urbano-marginadas.

São comuns os exemplos de administrações incompetentes que adquirem um tomógrafo pelo custo de 15 milhões de cruzeiros, ao invés de procurar instalar com a mesma quantia 10 centros de saúde ou 50 postos para o interior. Nos países pobres, a qualidade de atendimento deve ter uma dimensão adicional à sofisticação: «Não significa a aplicação ilimitada de toda a tecnologia existente a um caso determinado, e sim a utilização criteriosa dos recursos disponíveis, de forma que o melhor benefício possa ser derivado para o maior número de pessoas». «O que é realmente mais desumano: Atender aos poucos privilegiados com todo o tipo de tecnologia dispendiosa, e deixar a imensa maioria da população sem um mínimo de assistência, ou assegurar uma distribuição mais equitativa de assistência essencial?»

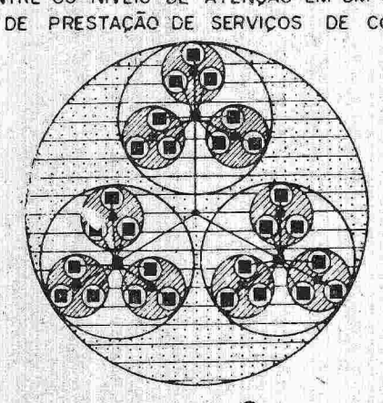
A impressionante fome de lucro da indústria médica multinacional pode ser ilustrada com inúmeros fatos na América Latina. Um grupo regional de prestação de serviços e assistência a certo equipamento radiológico foi organizado no sul do Brasil; o trabalho eficiente do grupo cessou, porém, quando tornou-se impossível a obtenção de peças de reposição junto aos representantes do equipamento, os quais estavam obviamente interessados na inutilização dos aparelhos para vender novas instalações. Certo país sulamericano organizou um «excelente» programa de ataque à determinada doença; o programa foi interrompido, no entanto, quando os executores se deram conta que estavam gastando mais na prevenção de quebras de maquinaria dispendiosa, do que jamais haviam gasto com a prevenção da própria doença.

Enquanto o National Cancer Institute dos Estados Unidos editava normas contra o uso indiscriminado do exame radiológico rotineiro da mama, «uma quantidade enorme de mamógrafos era vendida às instituições filantrópicas brasileiras, como garantia contra uma das maiores ameaças a mães, esposas e filhas». Várias bombas de cobalto ficaram por longo tempo encaixotadas no Brasil, adquiridas pelo governo, porque não havia lugar para as mesmas ou técnicos para instalá-las; no momento, os vendedores estão tratando de convencer os atuais usuários de que a maquinaria já está superada, devendo ser substituída pelos aceleradores lineares. Neste caso específico do Brasil, a situação é realmente constrangedora, pois os equipamentos foram adquiridos com o dinheiro público e cedidos pelo Ministério da Saúde a alguns hospitais; o chocante é que os radioterapeutas que utilizam os referidos aparelhos, recebem hoje pagamento da Previdência Social pelo tratamento dos paciente (o qual se dá específica e exclusivamente através do uso do aparelho, muitas vezes acionado por técnicos).

PROPOSTA PROGRAMATICA

Para se pensar na resolução dos agravos à saúde das pessoas, não se pode deixar de falar na necessidade de planificação e implementação de ações programáticas integradas que visem a maior cobertura possível, com os recursos disponíveis e possíveis de serem conseguidos. Tal enfoque pode ser obtido através do sistema de regionalização, o qual atenderia regiões geoeconômicas determinadas. Este sistema prevê a organização de módulos regionais de prestação de serviços de complexidade crescente, e foi proposto em 1920 na Inglaterra pelo Lord Dawson.

INTEGRAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO EM UM SISTEMA REGIONALIZADO MODULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COMPLEXIDADE CRESCENTE

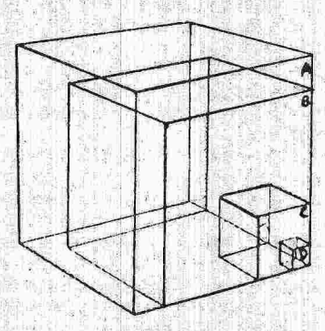


- Módulo "C" — 500.000 a 5.000.000
- Módulo "B" — 25.000 a 500.000
- Módulo "A" — 5.000 a 25.000
- Módulo "X" — ATÉ 5.000

QUADRO I

QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DE PESSOAS QUE UTILIZAM TRÊS TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR 1.000 HABITANTES

(Fonte : Taxas Anuais , EEUU, 1970)



A = População total em risco (1.000)

B = Pessoas que visitam o profissional em consultório (720)

C = Pessoas admitidas em hospital (100)

D = Pessoas admitidas em hospital especializado (10)

(*) Volnei Garrafa é cirurgião dentista (Doutor em Ciências); professor colaborador do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de Brasília e ex-presidente da Sociedade Brasileira de Estomatologia