

A saúde no ano 2 000

IRANY NOVAH MORAES

Na Grécia antiga, o mais famoso oráculo de todos os tempos estava em Delfos. Sobre uma pedra de características peculiares e denominada Onfalos, tida como o umbigo do mundo, a sacerdotisa de Apolo, no santuário do deus, recebendo exalações vindas das profundezas da terra, em "trance", proferia frases que, interpretadas por sacerdotes exegetas, respondiam às perguntas dos consulentes acerca do futuro. Nesse encontro do homem com o divino, desvendava-se o destino de cada um.

Nos tempos modernos, o homem ainda continua ansioso por saber o futuro. Todavia, esse processo de "cognição" nem sempre se traduz por profecias; na área das ciências, por exemplo, seu veículo fundamental são as previsões.

De fato, a predição pressupõe o conhecimento de algo que certamente há de ocorrer — crê-se, ao menos, nisso: a previsão, mais afeita ao espírito científico, pressupõe que algo provavelmente poderá ocorrer, dadas determinadas circunstâncias.

A predição implica profecia, esta joga com a crença de que o futuro do homem está dado, e nada poderá torná-lo diferente. A previsão deixa, em aberto, a possibilidade de mudança da situação prevista, desde que o homem, com seu trabalho e inteligência, procure atuar sobre os fatores favoráveis ou desfavoráveis à superveniência do evento que lhe interessa evitar ou reforçar. Com a predição, estamos no universo da magia; com a previsão, no mundo da ciência.

Com esperanças de previsão, apesar do nome que adora, é que o Método Delfos foi desenvolvido pela Rand Corporation, nos Estados Unidos, há mais de duas décadas. Ele combina as vantagens da mesa-redonda com as da *enquete* por questionário. O Método Delfos consiste em enviar uma série de perguntas a um certo número de especialistas, em enviá-las de volta aos consultados para confronto destas com as suas respostas em retazer, após reuniões conjuntas, a síntese. E, finalmente, em redigir um documento que reúna as idéias que alcançaram consenso.

Este método tem as vantagens de apresentar um questionário anônimo, permitir tempo para reflexão e possibilitar a unanimidade em torno de certas questões.

Trata-se de técnica de opiniões que, adotada em futurologia, terá que passar pelo crivo do tempo para comprovar sua eficiência.

Adotando essa metodologia, Philip Selby publicou uma "enquete" internacional sobre a saúde do homem na década 1980-1990 denominada *La Santé Demain* (Sandoz Editions-1974). Este estudo prevê o que será a saúde nos países desenvolvidos.

Os acontecimentos dos dias de hoje têm comprovado as previsões feitas para esta década (Rev. Problemas Brasileiros de Fevereiro de 1981).

Os países desenvolvidos terão um futuro promissor. Tal prognóstico não implica em que os não-desenvolvidos do Terceiro Mundo fiquem como estão, o que talvez seja otimismo sem fundamento.

A distância entre os dois mundos ficará cada vez maior. As dificuldades para atravessar o abismo que os divide podem tornar-se piores.

O Futuro

O estudo a que me referi prevê, para os países desenvolvidos, uma situação privilegiada. Algumas doenças desaparecerão. Outras serão controladas e algumas poucas serão reduzidas.

Ao lado dessa grande segurança de saúde a vida se vai tornando mais longa e o cidadão chega à idade avançada.

Todavia, quanto mais se desenvolve a tecnologia que o protege mais ela o conduz a uma vida sedentária, à inatividade cada vez maior. As possibilidades econômicas estimulam uma ingestão maior de alimento e o conforto o imobiliza. Os dois fatores conduzem à obesidade, que tem, no fumo e no álcool, agravantes. E a vida mais longa, associada aos fatores referidos, propicia

condições para maior incidência de arteriosclerose.

As doenças cardiovasculares estão representadas fundamentalmente pela arteriosclerose, doença degenerativa de causa desconhecida que, lesando a parede da artéria, enfraquece-a, possibilitando sua dilatação ou o estreitamento de sua luz. A dilatação da artéria leva ao chamado aneurisma e o estreitamento de sua luz pode chegar à obstrução total pela trombose. Nestes casos, no órgão irrigado pelo vaso afetado vai faltar sangue (isquemia). Se a falta for súbita, ocorrem os chamados infartos, que levam à morte do tecido e, às vezes, do paciente.

Todos os órgãos podem ser vítimas desse processo — coração, cérebro, rins etc. Evidentemente, a manifestação clínica vai depender do órgão afetado. A doença é sistêmica, de instalação lenta, progressiva e inexorável. A este problema estão associados os processos de envelhecimento.

O câncer será parcialmente controlável, pois os tipos dependentes de etiologia viral poderão ser evitados e também outros, suscetíveis às vacinas, serão controlados. Os métodos de detecção precoce do mal estarão bem desenvolvidos e os resultados de tratamento terão melhor êxito.

As doenças mentais serão o grande problema do futuro, uma vez que hoje há nítido recrudescimento, decorrente, acredita-se, das grandes transformações sociais. A migração de população rurais para zonas urbanas, em condições precárias de preparo e de difícil adaptação, leva à violência, a suicídios e a desvios sexuais. As neuroses e as psicoses terão curva ascendente de incidência. Alguns destes males poderão ter sua causa comprovada como sendo devidas a perturbações enzimáticas. As pesquisas de novos métodos educacionais desenvolver-se-ão na esperança de dirimir muitos destes problemas.

As doenças hereditárias serão minimizadas pela grande manipulação genética, que se prevê com resultados eficientes.

As doenças virais serão controladas por vacinas específicas e, provavelmente, outras de grande espectro. As doenças venéreas serão combatidas pela educação sexual.

Assim, para os países desenvolvidos, restarão, no futuro, três grandes problemas: as doenças cardiovasculares, o câncer e as moléstias mentais; para os países do Terceiro Mundo a fronteira de separação será maior. Os primeiros desinteressar-se-ão do problema dos demais e, sem ajuda, estes ficarão em pior situação.

É preciso desautorar a assertiva de que o desenvolvimento torna o rico mais rico e o pobre mais pobre. Para tanto urge começar hoje a guerra contra o subdesenvolvimento e, na área da saúde, mobilizar todas as forças para transpor a fronteira entre os dois mundos.

Busca de Soluções

As soluções são difíceis de ser encontradas, principalmente quando se pretende tomar em consideração todos os habitantes do planeta e a população de cada região de per si. Seja qual for o prisma pelo qual se veja o problema, é fundamental que os métodos prevejam a integração de quatro elementos: A — indivíduo, B — comunidade, C — governo, D — instituições internacionais.

A — Indivíduo

É impossível o êxito, em programa tão amplo, sem que o maior beneficiado participe ativamente. Ele tem de estar conscientizado para aceitar, querer e até pleitear os benefícios do Programa. Talvez seja esta a maior barreira a ser vencida. Ela significa o preparo feito pela educação.

B — Comunidade

É difícil separar o indivíduo da comunidade. Ele é peça integrante desta. Esta não existe sem o indivíduo.

Ele, também, não pode viver em absoluto isolamento. Assim, passarei a comentar o comportamento da comunidade diante da problemática da saúde.

É impossível o indivíduo lutar sozinho

pela sua saúde. Ele carece de apoio dos circunstantes. E o benefício conseguido por um reflete-se nos demais.

É indispensável que a Nação tome consciência de que: 1— a saúde é um bem fundamental; 2— com a saúde garantida, a comunidade poderá usufruir dos demais bens; e 3— a todos deve ser garantido tal direito.

É necessário que todos se engajem no programa de saúde de maneira consciente e responsável, preservando sua própria saúde, a de sua família e a da comunidade em que vivem.

É fundamental, para vencer a etapa seguinte no caminho da solução, que a comunidade tenha a consciência de participação ativa do processo e que jamais fique contemplativa, esperando passivamente a ajuda alheia.

C — Governo

Ao governo cabe despertar as forças ocultas da comunidade, estimular a iniciativa privada, acolher e aproveitar a criatividade espontânea, prover de recursos os programas de trabalho e, principalmente, estabelecer a política de saúde adequada estando às características regionais, sem se corromper com procedimentos discutíveis, de grande faturamento eleitoral e nitidamente demagógico. Nesse campo, o governo deve comportar-se dentro de uma firme atuação, profundamente técnica, para ter autoridade moral de coordenar todas as forças e fiscalizar com rigor todo o trabalho e dinheiro envolvidos no programa.

D — Instituições Internacionais

Da mesma forma que salientei a interdependência entre indivíduo e comunidade, devo agora mostrar que, em questões de saúde, os países não estão isolados, pois eles pertencem a outra comunidade maior, a mundial. Esta está constituída dos cento e cinquenta e três integrantes da Organização das Nações Unidas e de mais alguns em emancipação gradual e de outros países. Os não-desenvolvidos integram o chamado "Grupo dos 77", que hoje praticamente atingem cento e vinte países. Os demais são desenvolvidos (dados cedidos gentilmente pelo Prof. Dr. Vicente Marotta Rangel, membro da Corte Internacional de Arbitragem de Haia).

A ONU, por intermédio da Organização Mundial da Saúde, tem relevante papel social dentro da comunidade mundial e o assume com absoluta neutralidade, o que representa o maior aval para o êxito de suas proposições.

As necessidades, para os subdesenvolvidos, são básicas. O tempo médio de vida é pequeno, a incidência de doenças transmissíveis, alta, a mortalidade infantil, elevada (coeficiente em torno de cem óbitos por mil nascidos vivos). A periferia das cidades e a zona rural não têm abastecimento de água, esgoto sanitário, e o cidadão vive em promiscuidade, num regime de carência global, tendo como base a fome e a miséria.

A fome decorre essencialmente da falta de alimentos. Seu estudo é extremamente complexo, tanto do ponto de vista individual como coletivo. Para um apanhado rápido da sua problemática pode dizer-se que seu resultado é a morte do indivíduo ou, quando este sobrevive, a deficiência de sua atividade enzimática.

Do ciclo da fome participam fatores determinantes da falta de alimento. Estes são decorrentes de problema geral, como produção, transporte, armazenamento, e das condições individuais de economia, de cultura, da psicologia e de aspectos sociais. A estes se acoplam os fatores agravantes, tais como os alimentares, os infecciosos, os de agressão. Estes são mais intensos quando atingem o indivíduo em condições especiais, como as crianças em fase de crescimento, ou no decorrer de problemas metabólicos de certas doenças espoliativas.

O conjunto desses fatores determina ingestão insuficiente de proteínas e de calorias. A gravidade de suas consequências vai depender das reservas que o indivíduo tem e do tempo que padece de fome. Na dependência desses fatores, as alterações bioquímicas do sangue são manifestas e a diluição

é característica. Uma série de respostas em cadeia vai levando às alterações da função dos órgãos, a seguir, modificações orgânicas como hipotrofia e atrofia do pâncreas, do fígado, do epitélio intestinal, do sistema retículo endotelial, do subcutâneo, do cérebro, do coração, das glândulas, da musculatura e da pele.

A este estado seguem-se manifestações de intolerância alimentar e, consequentemente, perturbações emocionais, precária resposta à agressão dos germes, inanição.

Aqui se fecha o ciclo da fome, entrando esta situação naquela já referida como a dos fatores agravantes.

O Banco Mundial estima em 780 milhões o número de pessoas que sobrevivem na absoluta pobreza (O Estado de S. Paulo, 14 de Setembro, 1980, p. 160). Nos países onde essa população está concentrada, a probabilidade de morte do jovem é 20 vezes maior do que nos desenvolvidos.

Assim, quase um bilhão de almas, neste mundo de Deus, sobrevive em instável equilíbrio entre a vida e a morte.

Em recente publicação da OMS, pude catalogar mais de uma centena de doenças causadas por agentes infecciosos e parasitários. Muitas delas apresentam em seu ciclo a interferência do vetor animal. Estas doenças, pelas suas características, podem ser evitadas. Teoricamente, poderiam até ser erradicadas.

A erradicação de uma doença significa, *ipsis litteris*, tirar a raiz do mal, o que equivaleria a eliminá-la da face da terra. Esta é a pretensão para o caso das doenças infecciosas, a saber, retirar-se da ionosfera o agente infeccioso; já para o caso das demais doenças, pretende-se retirar os fatores físicos e sociais, o que é, praticamente, inviável.

A eliminação de uma doença significa afastá-la do homem. Nestas circunstâncias, a doença continua existindo. Cabe então indagar se ela estaria afastada do homem mas presente em outro animal, como o macaco, por exemplo. É a situação talvez mais grave, pois os casos que aparecessem não seriam detectados. Tal procedimento representaria um maior perigo, pois todos os dispositivos de Vigilância Sanitária para controle do mal estariam desativados e todos os recursos para seu tratamento e prevenção não estariam em uso.

O ideal seria a erradicação da doença, como quer a OMS. Entretanto, como é inviável, resta ter a doença sob controle. Assim, todos os mecanismos para combate contra ela poderão ser ativados rapidamente, ao primeiro sinal de alerta.

O problema brasileiro

O problema brasileiro caracteriza-se por dois aspectos fundamentais: as grandes diferenças regionais e os enormes contrastes locais. Ficará mais claro se lembrarmos brilhante artigo de J.V. Freitas Marcondes (Problemas Brasileiros, 82:25-41, 1970), pelo qual podemos ver, em números, as diferenças nítidas das densidades populacionais no Brasil. No Sul, os 12% de área têm 47% da população; no Leste, 32% da área têm 47% da população e, no Oeste, 56% da área têm 5,2% da população.

O contraste é muito grande, as características regionais são muito diferentes. Tal fato ocorre também entre as populações das grandes cidades e as de suas periferias.

Temos quarenta milhões de pessoas sem assistência médica, verminose com cifras incalculáveis; oito milhões e meio de casos de esquistossomose, dez milhões de chagásicos; cento e quarenta mil casos de tuberculose. Na Amazônia, foram registrados cento e quarenta mil casos de malária, no último ano, e, junto a São Paulo, no Vale do Ribeira, cinquenta casos.

O combate às doenças redutíveis ou evitáveis aumenta a importância das moléstias degenerativas. É claro que, se o indivíduo não morre cedo, terá mais tempo de adquirir as doenças degenerativas, mudando-se, assim, a problemática. A incidência das patologias cardiovasculares decorrentes da arteriosclerose aumenta. Ao lado desta, que é certa, pois depende diretamente da idade, aparece também o câncer. A vida

mais longa oferece mais oportunidade de o indivíduo apresentar este mal.

O extenso território nacional não é assistido. As enormes áreas de rarefação populacional tornam a assistência individual impossível.

Vou restringir-me ao aspecto de assistência médica ao homem e deixarei de lado o problema de saneamento básico e outros tantos.

Dois pontos são fundamentais para a solução concreta da assistência ao nosso homem do campo. Levar a medicina ao seu alcance e, em segundo lugar, preparar e qualificar todo um corpo de saúde. Há uma necessidade de redistribuir o médico pois, dos mais de cem mil médicos existentes no País, mais da metade está em grande centros.

Esses dados mostram que temos regiões em que a população não tem condições de conhecer o médico e, muito menos, de ser assistida por ele. Outro dado a agravar o problema entre nós é o de que para esses quase 90 mil médicos existem menos de 20 mil enfermeiras diplomatas. A lógica exigiria a proporção inversa. Esta situação está trazendo uma distorção de funções. As poucas enfermeiras acabam fazendo administração de enfermagem em hospitais. A solicitação é tal que não lhes cabe tempo para trabalhar como enfermeiras de cabeceira, diretamente com o paciente.

Solução para o Brasil

Como vimos, a situação nacional é precária. A revolução de conceitos que

Sensível, sejam encontradas soluções próprias a cada povo, país ou região, apresentarei, sob a forma de duas propostas, algumas idéias para a solução de nosso problema.

1. Assistência Médica no Interior

Partirei do fato de que no Brasil há uma quantidade de médicos superior à necessidade do País e de que a falta de assistência médica é decorrente da má distribuição do médico no território nacional.

Diante deste fato, uma das questões frequentemente postas é a denominada interiorização do médico, problema até hoje sem solução por não se encontrar a maneira de levar o médico para o interior.

Algumas hipóteses aventadas apresentam pontos frágeis, outras são nefastas e com graves reflexos para o futuro.

O médico recém-formado, se for levado a morar no interior, interrompe a formação profissional. Está em início de carreira e deve ser tutorado. É a época em que ele aprende a "arte" de ser médico e em que se aprimora na técnica. É preciso ensino e avaliação permanente ao lado de um profissional maduro. Nesta fase se adentra e se desenvolve a capacidade de reflexão. Constrói-se o intelecto, estudando, vendo casos, participando de reuniões, assistindo a operações e fazendo-as com médicos experientes. Tudo em tempo integral, traduzindo uma verdadeira atitude de espírito. Quebrar a sequência desse aprendizado significa retardar ou bloquear a formação.

Mandar o jovem para o interior, sozinho e por longo período, significa expô-lo a aprender pelo "ensaio e erro". As consequências do erro vão para o doente. Certamente transformaremos as grandes patologias nacionais em doenças geradas pelos erros médicos.

A convocação compulsória tem sido vista como uma prática visando à solução do problema. Outra fórmula seria a exigência de um período de prestação de serviço no interior, que poderia ser pré-requisito para posterior exercício da profissão nos grandes centros.

A interiorização induzida por meio de grandes salários ou de qualquer outro incentivo que se imagine não vai fixar o jovem. Ele ficará um período curto, apenas. Qualquer que seja o atrativo, este não será certamente suficiente para radicá-lo no interior. A interiorização será temporária. Ele não encontrará ambiente para si próprio e muito menos para sua família.

De certa forma, seria uma violência obrigar o indivíduo a morar no interior, mesmo que fosse pelo período de um ano. Além do aspecto coercitivo, estaríamos prejudicando a formação do jovem. Ele já fez o curso profissional mais longo, para o qual lutou num vestibular difícil e após o curso, lutou ferrenhamente por vaga numa "Residência Médica". Caso seja convocado antes de se fazer a Residência, será muito prejudicado, mesmo que a vaga lhe seja garantida no retorno, pois terá a sua formação truncada. Caso a convocação ocorra após a Residência, irá para locais onde grande parte de seu aprendizado não vai ser aproveitada. A tendência será perder o que aprendeu, pois não teve condições de sedimentar os conhecimentos adquiridos durante o estágio de treinamento.

Outro aspecto a comentar é que o médico devidamente formado, com satisfatório treinamento profissional, só será útil a uma comunidade se dispuser de condições básicas de recursos materiais e de participação dos demais elementos de uma equipe para prestar todos os serviços para os quais ele foi preparado.

É óbvio que uma rede de instituições, com hierarquia de atribuições e capacidade de atendimento, vai exigir tipos diferentes de qualificação em seus diferentes lugares.

Quanto mais avançado o posto, mais amplos devem ser os conhecimentos e menos especializados, e nem por isso de menor responsabilidade.

As perspectivas econômicas são limitadas pelo nível de pobreza da população que ele vai assistir. A tendência será ficar por período definido e sempre com sua atenção voltada para os grandes centros. No seu retorno, encontrará dificuldades no exercício da profissão pelo atraso nos conhecimentos, decorrentes do tempo despendido longe dos centros maiores.

Diante da inviabilidade de interiorizar o médico, surge como alternativa a possibilidade de interiorizar a medicina.

Acredito ser possível introduzir no Programa Residência Médica um estágio obrigatório no interior. Seria uma espécie de Projeto Rondon na Residência Médica. Essa idéia foi desenvolvida pelo prof. Alípio Correa Netto, quando diretor da Sudelapa em convênio com a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Graças a esse sistema populações carentes de pequenas cidades e vilarejos do Vale do Ribeira em rudimentares Centros de Saúde, encontram médico, permanentemente, para assistir os seus doentes.

Sensível a revolução de conceitos que recomenda sejam, encontradas soluções próprias a cada povo, país ou região, apresentarei, sob a forma de duas propostas, algumas idéias para a solução de nosso problema.

2. Recursos humanos na área da saúde

A segunda proposta que vou fazer se refere ao preparo de pessoal das equipes de saúde.

As Universidades de hoje estão preparando um grande número de jovens que não encontra mercado de trabalho.

Em situação de emergência, muitos indivíduos, com capacidade intelectual e com formação superior, qualquer que seja, poderão engajar-se no sistema de saúde mediante averiguação de suas aptidões e um rápido treinamento.

Estes indivíduos terão capacidade de aprender com facilidade e tornar-se profissionais da saúde em tempo muito menor do que o que seria gasto para preparar um profissional propriamente dito.

Esta idéia poderia ser posta em prática em caráter precário e durante certo período, até que os quadros desse "exército" fossem completados e que os profissionais apropriados fossem preparados em número suficiente.

São duas idéias que, a meu ver, poderiam ao menos ser discutidas por aqueles que, nesta questão, têm o poder de decidir.

Quem sabe, assim, no ano 2000, o Brasil esteja entre os países privilegiados e as "previsões" não se transformem, para nosso infortúnio, em "predições".