



# Saúde para todos no ano 2000

ERNESTO SILVA  
Especial para o CORREIO

Por ano, cinco milhões de crianças sucumbem por desidratação causada por simples diarreia; três milhões morrem de pneumonia; dois milhões não resistem às complicações do sarampo e um milhão e meio falecem após contraírem coqueluche. Das que resistem às doenças e se recuperam — e a cifra destas chega a cinco milhões — muitas sobrevivem, mas enfermas e famintas.

Este é o quadro mundial, que não difere muito do que acontece em nosso País, principalmente nas regiões carentes, como o Nordeste, onde a fome e a desnutrição mataram 10 milhões de pessoas — 68% de crianças — nos últimos quatro anos, permanecendo as sobreviventes em estado de permanente desnutrição. Em recente pesquisa da Associação Brasileira de Reforma Agrária, 71% das crianças do Nordeste são desnutridas, afetando o crescimento e provocando o nanismo.

Embora este quadro dramático não se reproduza em outras regiões do Brasil, situações semelhantes se encontram nos bolsões de pobreza na periferia das grandes cidades, e bem assim em Brasília, de que o exemplo mais chocante é a invasão do Paranoá, cuja população ultrapassa 30.000 pessoas inteiramente carentes.

E começa aí o ciclo da fome: — o adulto tem uma dieta pobre e as gestantes excesso de trabalho;

— uma em seis crianças nasce de peso baixo;

— do nascimento aos quatro meses de idade (quando muito) a proteção é assegurada pelo leite materno, embora as mães sejam subnutridas e trabalhem demais;

— o desmame precoce e a alimentação deficiente da criança as levam à desnutrição, aparentemente ou não;

— aos três anos, encontramos

**1** Falta de dinheiro é desculpa para a falta de imaginação nos programas de saúde

uma criança apática, que também não recebe o estímulo necessário ao seu desenvolvimento;

— dos seis aos doze anos, falta à criança energia e o aproveitamento escolar é baixo;

— da adolescência à idade adulta, sem obter dieta adequada e com insuficiente aprendizagem escolar, vê-se submetido a uma baixa remuneração no emprego ou falta dele, recomeçando o ciclo.

Chega-se, então, ao famoso ciclo do subdesenvolvimento, de que fala o Centro Internacional da Infância.

“Porque o homem não se nutre ele não tem forças para trabalhar e porque não trabalha o suficiente ele não produz para se nutrir”.

O UNICEF lançou ano passa-

do a idéia de uma Revolução em Prol da Criança, de sua sobrevivência e desenvolvimento harmônico, com a finalidade de poupar a vida de milhões de crianças, proteger a saúde e o crescimento de outros milhões e contribuir para o desaceleramento do crescimento demográfico mundial.

O desencadeamento dessa revolução já encontrou apoio entusiástico de muitas nações e comprovou-se que “importantes progressos no bem-estar infantil podem ser alcançados a um custo relativamente baixo e em tempo bastante curto, a despeito da recessão econômica”.

A mania de se invocar a falta de dinheiro para justificar a impossibilidade de desenvolver programas de saúde é fruto da falta de imaginação, criatividade e de patriotismo. O que acontece é que, enquanto são destinadas verbas escassas para as atividades de atenção primária e educação em saúde, os diretores de hospitais e chefes de clínicas pressionam as autoridades para montar com equipamentos sofisticados e médicos super-especializados, os seus hospitais e seus serviços, na grande maioria das vezes para satisfação e orgulho pessoais e pesquisas inúteis. Na realidade, não há, no Brasil, falta de recursos, mas apenas uma distribuição desordenada de recursos e uma diluição inadequada de aplicadas sem qualquer critério ou prioridade.

O UNICEF estabeleceu, para o ano de 1984, quatro prioridades principais e mais três outras também importantes (a que nós vamos acrescentar mais uma), que possibilitariam reduzir em 50% a mortalidade infantil, inclusive em 25% a mortalidade neonatal, em prazo relativamente curto.

São técnicas de baixíssimo custo, extremamente simples, e que já são de uso corrente, embora ainda aplicadas sem o compromisso de muitos profissionais de saúde e a confiança e colaboração da comunidade.

As técnicas são as seguintes:

**Primeira — estímulo ao aleitamento materno**

Difusão de conhecimentos científicos e práticos sobre as vantagens do aleitamento materno e sobre a época e a técnica do desmame, indicando-se quando e quais alimentos a criança deve receber. Neste particular, o que verificamos no passado e, em menor escala nos dias de hoje, foi a indiferença com que muitos obstetras encavavam o aleitamento materno, dele não falando com a gestante durante todo o período pré-natal

(relato de mães).

O papel do obstetra, do pediatra, das enfermeiras e de outros profissionais de saúde (e aqui rendo uma homenagem às enfermeiras, que hoje em dia são as que mais estimulam as mães e mais lhes fornecem conhecimentos sobre saúde), é de vital importância, principalmente no período crítico, entre o 20º e o 40º dia, quando fisiologicamente pode ocorrer uma redução na produção do leite materno.

**Segunda — terapia de reidratação oral**

E incompreensível a resistência à prática de métodos simples.

Ainda há milhares de pediatras

**2** Cinco milhões de crianças podem ser salvas com a Terapia de Reidratação oral

três que preferem, por comodidade, utilizar, a qualquer preço e em quaisquer circunstâncias, a via venosa, apesar dos inúmeros e evidentes riscos que vão desde o traumatismo ao perigo maior de infecção e de choque, a prescrever o método simples e barato da hidratação oral na prevenção e correção da desidratação causada por diarreia, cujo tributo anual lhe dá o privilégio de ser a causa principal da mortalidade infantil na maioria dos países.

O UNICEF prevê que a TRO poderá salvar anualmente a vida de cinco milhões de crianças atacadas de diarreia.

A revista médica inglesa Lancet descreveu a TRO como “potencialmente a mais importante descoberta médica do século”.

Introduzida em Brasília em julho de 1982, no HRG e HRAS, ainda com amostras vindas do exterior e cedidas pela OPAS, o método foi difundido por todos os Hospitais e Centros de Saúde durante o ano de 1983. Embora haja defeitos ainda a corrigir na sua implantação, em alguns setores o êxito deve ser considerado retumbante, pois, durante o último trimestre de 83 e o ano de 84, o número de casos de diarreia e desidratação foi reduzido a olhos vistos. Para isso, contribuiu em muito o Programa de Educação em Saúde instituído pela Coordenadoria da Asa Sul em 1982 e ao qual aderiram, com todo o entusiasmo e apoio, a quase totalidade dos chefes de Centros e profissionais de saúde. Estabelecendo um programa de divulgação através dos meios de comunicação — rádio, TV e jornais — procuramos ensinar ao povo como prevenir a desidratação por método caseiro, com água, açúcar e sal em um copo de água limpa; misturando que deve ser dada à criança ou adulto a cada evacuação diarreica, um copo para a criança e dois para o adulto. Concomitantemente, os Centros de Saúde distribuíam centenas de

folhetos explicativos aos seus usuários.

Com essa prática, 50% das pessoas com diarreia curam-se em casa.

Somente com este processo, pesquisas revelam que no povoado de Berket Ghatas, no Egito, as mortes por diarreia e desidratação reduziram de 50%.

As crianças que vão aos Centros de Saúde ou emergência dos Hospitais são ministrados os sais para reidratação, preparados pela CEME, contendo glicose, cloreto de potássio, cloreto de sódio e bicarbonato de sódio. O pó, contido no pacote, é dissolvido em um litro d'água fria e ministrado à criança de acordo com a gravidade do caso. E a criança tem alta num intervalo de quatro a oito horas, continuando o tratamento em casa e voltando no dia seguinte para reavaliação. Dos resultados globais em Brasília, coletados de diversos hospitais e Centros de Saúde, verifica-se que das crianças atendidas com diarreia, acompanhada ou não de desidratação, somente 10% delas foram encaminhadas à hidratação venosa, sendo que grande parte por motivos não ligados à diarreia.

Na Costa Rica, segundo dados do UNICEF, as mortes de crianças, devido à desidratação, caíram em mais de 80% nos hospitais após a introdução da TRO, o que representa uma economia de aproximadamente três milhões de dólares para os serviços hospitalares logo no primeiro ano.

Como subsídio educativo, preparamos milhares de folhetos para distribuição aos Centros de Saúde, que ensinam às mães como se prepara a mistura.

Durante o tratamento, profissionais de saúde podem aproveitar a oportunidade para ministrar conselhos às mães sobre aleitamento materno, imunizações, nutrição adequada, higiene, etc. O UNICEF, em seu relatório de 84, afirma que vários estudos revelaram que “lavar as mãos com água e sabão após usar o sanitário e antes de manusear alimentos reduz a incidência de infecção diarreica entre 20 a 50%”.

**Terceira — imunizações**

As vacinas existentes, altamente confiáveis, visam proteger a criança contra as seis principais doenças que exterminam, no mundo, cinco milhões de crianças por ano e deixam outras cinco milhões incapacitadas.

Felizmente, no Brasil, há vacinas suficientes para toda a população e os casos ainda existentes dessas doenças evitáveis correm por conta de dois fatores:

a) desleixo, incultura ou desconhecimento da população;

b) falta de uma política aguerida e inteligente por parte dos órgãos de saúde (veja o exemplo da erradicação da pólio).

No caso do sarampo, acrescentaríamos que todos os pediatras, nas suas clínicas particu-

apenas uma dose aos nove meses, mesmo sabendo-se que a incidência de sarampo se situa na faixa etária de um a quatro anos. Há pouco, o Boletim da SBP, órgão máximo da Pediatra no Brasil, publica o calendário ideal de vacinações preparado pelo Comitê de Doenças Infecciosas da Sociedade e nesse calendário está prevista uma 2ª dose da vacina anti-sarampo aos 15 meses. Lê-se textualmente:

“A revacinação contra o sarampo aos 15 meses, preferentemente a MMR, visa assegurar a imunização de crianças que, nas condições brasileiras, ainda possuem anticorpos maternos aos nove meses de idade”.

**Quarta — Gráficos de crescimento**

O principal indicador do crescimento normal e sadio da criança é o aumento mensal e regular do peso. Mas é difícil, a olho nu perceber esse aumento.

“A criança mediana e moderadamente desnutrida, na faixa etária de seis a vinte e quatro meses, parece perfeitamente normal, mas é pequena demais para a sua idade, apresenta menor resistência às infecções e, consequentemente, é presa fácil de doenças. A criança, que consome apenas 60% de suas necessidades calóricas, poderá não deixar transparecer qualquer sinal de fome. Em estudos realizados nas Filipinas, 58% das mães de crianças desnutridas de 2º e 3º graus declararam pensar que seus bebês estavam crescendo e se desenvolvendo.”

**3** É preciso educar a mãe para que ela proteja melhor a prole

bem” (Instituto Harward para o Desenvolvimento).

Mais de um quarto das crianças dos países em desenvolvimento sofre de desnutrição invisível. “Esta invisibilidade é um dos obstáculos à sua prevenção e cura”, diz o relatório do UNICEF.

“A desnutrição reduz a capacidade de aprendizagem durante a infância e a de manutenção durante a vida adulta. O resultado inevitável é uma espiral descendente, na qual pais pobres e desnutridos geraram crianças desnutridas que, por sua vez, se tornam mais pobres e desnutridos” (The Narangwal Experience).

Os gráficos de crescimento permitem aos pais acompanharem o crescimento e desenvolvimento de seus filhos. As mães são instruídas no sentido de saberem que o crescimento irregular é sinal de criança desnutrida ou doente.

Na Tailândia, um programa baseado no uso doméstico dos gráficos de crescimento pelos próprios pais ajudou a eliminar completamente a desnutrição de terceiro grau e a reduzir em

44% a de segundo grau durante os anos 81-82, mesmo sem alimentação complementar.

Esses gráficos de crescimento (ou como chama David Morley, “caminhos para a saúde”) são usados rotineiramente nos Centros de Saúde de Brasília. Os profissionais de saúde devem orientar as mães no sentido de que estas compreendam a significação do gráfico.

As outras prioridades importantes:

**Primeira — Complementação alimentar**

Um estudo, na Índia, comprovou que os recém-nascidos de baixo peso podem ter seu peso aumentado de 300 gramas, em média, se a gestante receber um suplemento diário de 500 calorias e 10 gramas de proteínas nos três últimos meses de gestação.

Outra pesquisa revelou que a administração de ferro, ácido fólico e suplemento alimentar às gestantes “constitui o meio de maior custo-eficiência para reduzir a mortalidade perinatal”.

Muitas vezes, porém, os problemas nutricionais resultam principalmente de práticas inadequadas de alimentação. De modo que, a nosso ver, não basta a distribuição aleatória de alimentos à população carente (no caso do Brasil, a gestantes, nutrízes e crianças carentes), mas “ajudar às mães a aprenderem como fazer melhor uso dos alimentos”.

**Segunda — Planejamento familiar**

Área bastante controversa, vamos nos abster de comentar visto que o Ministério da Saúde vem de iniciar um programa nesse sentido. Embora timidamente, o Brasil, desta vez, parece ter se convencido de que o problema merece ser encarado seriamente. Cumpre-nos apenas assinalar que a limitação da prole e o espaçamento das gestações contribuem para uma melhor saúde da mãe e dos filhos.

Nos EEUU, estimou-se, segundo relato do UNICEF, que as taxas de mortalidade infantil poderiam de quase um terço se nenhuma mulher tivesse mais de três filhos e bem espaçados.

E uma pesquisa, na Índia, entre 6.000 mulheres, mostrou a relação existente entre a mortalidade infantil e o espaçamento das gestações:

a) quando o espaço entre as gestações é de menos de um ano, o número de crianças mortas antes de um é de 200 por mil nascidas;

b) quando o espaço entre os nascimentos é de um a dois anos a taxa baixa para 145 por mil;

c) quando o espaço é de 2 a 3 anos, a taxa baixa ainda mais: é de 100 por mil;

d) já se o espaço for de 3 a 4 anos entre uma gestação e outra, a mortalidade infantil se reduz para 80 por mil

**Terceira — Educação da Mulher**

Como a mãe é a mais importante provedora de saúde para as crianças quanto maior for o seu nível de instrução e o seu acesso a informação maiores as possibilidades de proteger a

prole.

No Paquistão e na Indonésia, por exemplo, a taxa de mortalidade infantil entre crianças cujas mães possuíam quatro anos de escolaridade era 50% mais baixa que entre crianças de mães analfabetas.

Diz o relatório do UNICEF que “a capacitação das mulheres através da educação é, portanto, o terceiro caminho dos melhoramentos que se podem registrar na vida da mulher e que teriam impacto revolucionário no bem-estar das crianças”.

**4** O futuro da saúde depende do esforço que fizermos para mudar

**Quarta — Assistência à adolescência**

Esta quarta prioridade nós a introduzimos por conta própria.

A adolescência tem se constituído sempre numa terra de ninguém. Os próprios órgãos públicos decretam que o pediatra só atende crianças até a idade de 12 anos. Depois, depois... são atendidos por médicos de adultos, que, na sua grande maioria, não conhecem os problemas ligados ao crescimento e desenvolvimento nem as modificações profundas por que passa o organismo do jovem nessa época de sua evolução.

E o adolescente fica abandonado justamente quando mais precisa de apoio.

Tentamos, logo que se instalaram os Centros de Saúde em Brasília, organizar um serviço de adolescentes em cada Centro de Saúde e criamos, com entusiasmo e apoio de muitos profissionais de saúde e psicólogos, o Centro de Estudos da Adolescência, mas os obstáculos que foram antepostos ao projeto, de tão largo alcance, fizeram com que suspendêsemos as atividades provisoriamente até que alguém compreenda o “espírito da coisa” e nos dê o apoio indispensável para prosseguirmos nosso salutar trabalho.

Como vimos, a falta de dinheiro não impedirá que, dando prioridades a essas técnicas preconizadas pelo Unicef, técnicas extremamente simples e de baixíssimo custo, possamos melhorar a saúde do povo para atingirmos a meta de “Saúde para todos no ano 2000”.

Nossa principal tarefa não deve ser somente curar as enfermidades dos pacientes, mas proporcionar-lhes conhecimentos para que eles possam ajudar-se a si mesmos e proteger-se das moléstias. O êxito desse objetivo requer uma grande mudança na relação médico-paciente. O futuro da preservação da saúde, tanto pessoal como da comunidade, depende do esforço que nós fizermos para mudar.

Ernesto Silva é médico e foi o primeiro diretor da Fundação Hospitalar