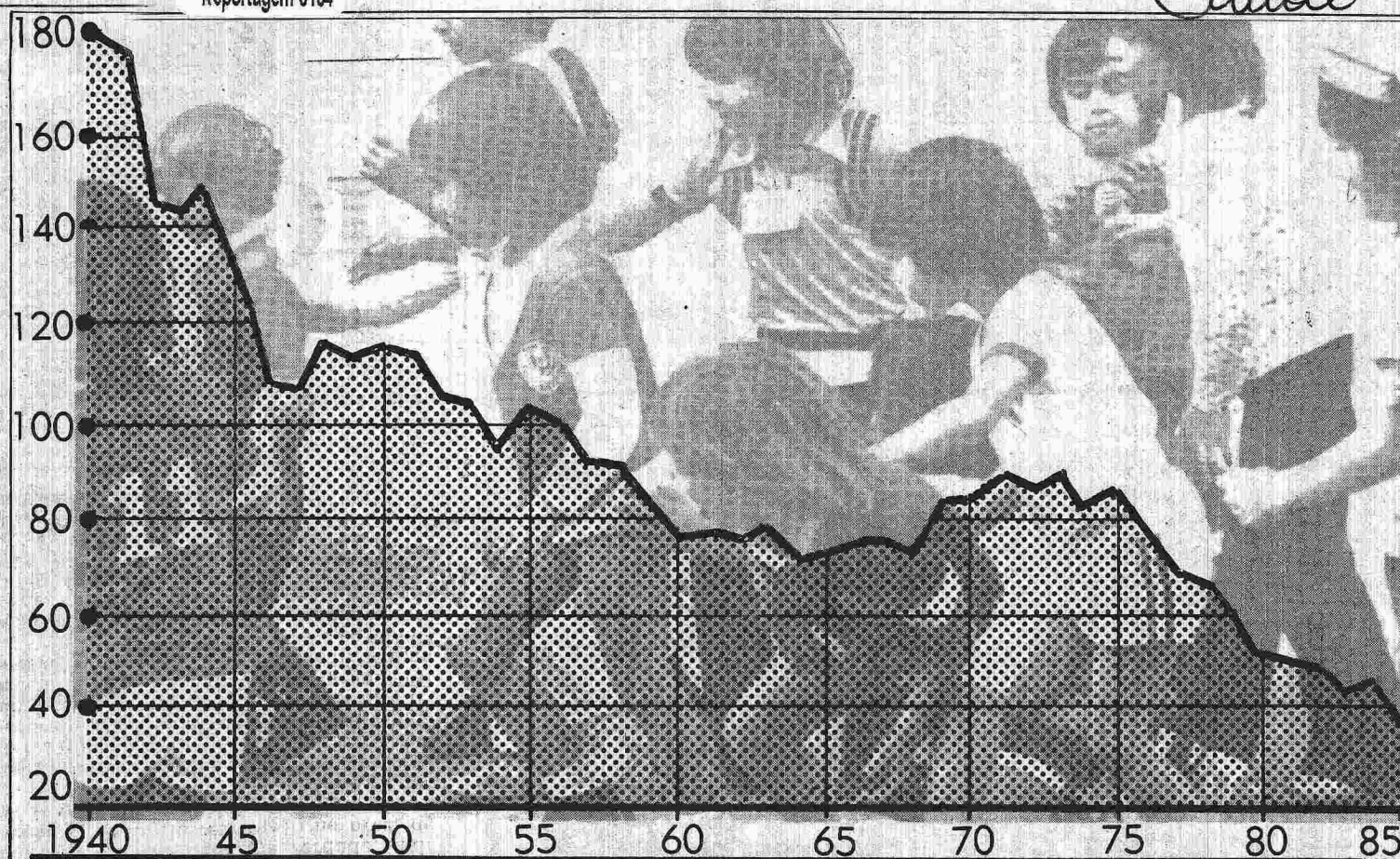




Taxa de mortalidade infantil no Estado, por mil nascidos vivos. (Fonte: SEADE.)

A saúde dos paulistas vai bem. E ainda pode melhorar.

São três respeitados especialistas que garantem isso, provando com as estatísticas de mortalidade e incidência de doenças. Reportagem de Demócrito Moura.

Regredindo mais de meio século no tempo, o Estado de São Paulo se vê às voltas, outra vez, com surtos de malária, febre amarela, dengue, febre purpúrica e meningite, doenças praticamente extintas há décadas nessa região. Certo? Errado, sustentam três especialistas, que ensinam em instituições respeitadas: Faculdade de Saúde Pública (FSP) da USP, Escola Paulista de Medicina (EPM) e Faculdade de Medicina (FMUSP) da USP.

Um deles, Ruy Laurenti, integra o Departamento de Epidemiologia na FSP, da qual é também diretor. Outro, o epidemiologista Roberto Geraldo Baruzzi, conquistou o cargo de professor titular de Medicina Preventiva na EPM, enquanto Vicente Amato Neto, o terceiro, exerce a função de professor titular de Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias na FMUSP. Por coincidência, todos nasceram no Estado de São Paulo.

Nenhum deles concorda que o nível de saúde manifestado hoje pela população do Estado seja equivalente a uma regressão superior a meio século, em razão dos atuais casos de malária, febre amarela, dengue, febre purpúrica e meningite, por exemplo. Para eles, quem julga um retrocesso a ocorrência dessas doenças está incorrendo em grave equívoco, além de desconhecer o método científico de avaliação.

Não é verdade, observam, que a dengue esteja retornando agora ao Estado de São Paulo, pois essa enfermidade jamais tinha flagelado o povo paulista. A forma urbana de febre amarela, esclarecem, desapareceu do Brasil em 1943, deixando de ser registrada também em São Paulo. O que continuou ocorrendo no Estado e no País foi a forma silvestre de febre amarela, endemia nacional jamais extinta ou erradicada.

Os três professores não admitem que a febre amarela silvestre seja confundida com a urbana, pois diferem — para eles —

as características de ambas. Enquanto a forma silvestre é transmitida por mosquito do gênero *Haemagogus*, que adquire o vírus da doença picando macacos infectados nas matas, a transmissão da forma urbana serve-se do mosquito *Aedes aegypti*, que prefere viver em habitações humanas.

Embora a febre amarela urbana tenha sido erradicada em 1943, observam os professores, a erradicação do mosquito *Aedes aegypti* no País só aconteceu em 1955, quando o Brasil parecia livre da forma urbana da moléstia. Mas o Ministério da Saúde falhou na vigilância epidemiológica, julgam os professores, e permitiu que o *Aedes* irrompesse novamente em cidades brasileiras, não poupando o Estado de São Paulo.

Por isso, agora, São Paulo se arrisca a ter casos de febre amarela urbana. Até então, porém, só tinha registrado casos de febre amarela silvestre, identificados em quem contraiu a doença em outras regiões do País e acabou manifestando os sintomas quando já tinha voltado a alguma cidade paulista, salientam os professores. Eles desaconselham referências a uma febre amarela não especificada.

Analisando a incidência da malária acham incorreto afirmar-se que essa endemia nacional tenha reaparecido no Estado. Nas últimas décadas, ponderam, tornou-se mais difícil à Secretaria Estadual da Saúde conter a escalada da malária, incentivada pela falta de infra-estrutura sanitária para as crescentes atividades agropecuárias na Amazônia, principal área malarígena, onde aumenta o fluxo migratório de paulistas.

Reconhecem que o Instituto Adolfo Lutz, em São Paulo, contribuiu para o avanço da saúde pública isolando a bactéria *Haemophilus aegyptius*, responsável pela febre purpúrica que assustou a cidade paulista de Promissão, em 1984. Embora descobertas análogas sejam descritas em outros países, as mais recentes pesquisas parecem

confirmar que o denominado "mal de Promissão" é uma doença totalmente nova, dizem.

Em linguagem técnica, esclarecem os professores, púrpura designa uma lesão hemorrágica na pele. Por isso, a febre purpúrica assemelha-se às febres hemorrágicas, que os pesquisadores descobriram em diferentes regiões do mundo. Há, por exemplo, a febre hemorrágica africana, a argentina, a boliviana. Nenhum país está imune à ação nociva de bactérias e vírus, ainda desconhecidos em grande parte, revelam os professores.

A partir de 1972, recordam, alastrou-se rapidamente de São Paulo para outras regiões brasileiras uma epidemia de meningite meningocócica, cuja escala somente foi contida pela vacinação em massa da população. Acrescentam os professores que essa enfermidade era e continua sendo endêmica no Estado de São Paulo, onde assume outras formas conhecidas: asséptica, bacteriana e pneumocócica, por exemplo.

Por isso, comentam, não é exato referir-se a uma meningite não especificada, pois a referência contribuirá para gerar equívocos e confusões indesejáveis. Além disso, julgam igualmente incorreto anunciar-se o retorno de uma doença que jamais tinha sido erradicada. O anúncio poderia significar que as autoridades sanitárias se omitem na manutenção da devida vigilância epidemiológica, para os professores.

Uma correta avaliação do nível de saúde manifestado pela população do Estado exige, concluem, o recurso ao método científico, objetivo, desapassionado. Em vez de julgar segundo as aparências, os epidemiologistas Ruy Laurenti e Roberto Baruzzi propõem que sejam analisados os indicadores do nível de saúde de uma comunidade, método consagrado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela prática acadêmica.

Há maior esperança de vida: 66,6 anos.

A interpretação adequada dos denominados indicadores do nível de saúde aparece no último capítulo de **Elementos de Epidemiologia Geral**, recente livro, em que Roberto Baruzzi (foto) assume a responsabilidade de co-autor, ao lado de Walter Leser, ex-secretário da Saúde do Estado de São Paulo. Entre os indicadores, Baruzzi inclui os coeficientes de mortalidade de infantil, mortalidade geral e esperança de vida ao nascer.



Baruzzi destaca ainda a importância de outros indicadores: os coeficientes de mortalidade por doenças transmissíveis e por grupos de causas. Sem uma análise comparativa dos indicadores, esclarece, não é possível avaliar se os atuais casos de malária, febre amarela, dengue, febre purpúrica e meningite representam, na verdade, mais de meio século de retrocesso no nível de saúde manifestado pelos paulistas.

Durante os últimos 40 anos, está crescendo constantemente a esperança de vida no Estado de São Paulo. Para confirmar seu parecer, o epidemiologista recorre a uma tabela que revela resultados talvez surpreendentes: em média, a população geral (masculina e feminina) do Estado tinha uma esperança de vida equivalente a 45,3 anos por volta de 1940, e passou a ter aproximadamente 66,6 anos em 1980.

Em vez de suposta perda, Baruzzi resalta uma evidente conquista de 21,3 anos na esperança de vida dos paulistas. Uma sobrevida maior deve traduzir, para o professor, uma correspondente elevação no nível de saúde manifestado pela população. Vive mais quem dispõe de mais saúde, resistindo a agentes físicos, químicos e biológicos, além dos insidiosos processos degenerativos, que induzem à morte.

Fundamentando-se nos resultados de cálculos anotados em outra tabela para análise comparativa, Baruzzi observa que os coeficientes de mortalidade geral traduzem uma queda no Estado: em 1970, o coeficiente era de 8,12 por mil habitantes e baixou no ano passado para 6,35 por mil.

Entretanto, pondera Baruzzi, quem estiver interessado em avaliar a participação percentual de determinadas doenças na definição do nível de saúde não pode limitar-se ao coeficiente de mortalidade geral. Nesse caso, há necessidade de recorrer-se a indicadores mais específicos, calculando a participação percentual das moléstias transmissíveis, entre outras, no total dos óbitos ocorridos na comunidade.

Esperança de vida ao nascer - SP (em anos)			
	Total	Homens	Mulheres
1939-1941	45,37	44,29	46,68
1949-1951	54,20	52,75	55,89
1959-1961	61,21	59,04	63,67
1969-1971	62,64	59,32	65,48
1979-1981	66,67	63,30	70,02
Variação			
1939-1981	21,30	10,01	23,34

FONTE: Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados (SEADE), SP.

Malária, febre amarela, dengue, febre purpúrica, meningites e outras enfermidades infecciosas estão classificadas abaixo dos dez agrupamentos de causas que tiveram maior participação percentual nos óbitos registrados no Estado, durante os últimos 15 anos. Em 1983, o grupo dos tumores malignos ocupava o primeiro lugar com 11,3% dos óbitos, depois de classificar-se em terceiro lugar com 8,6% em 1970. Os 10 maiores grupos de causas tinham

esta participação percentual no total de óbitos, em 1970: 10,5% — estados mórbidos maldefinidos; 9,2% — doenças isquêmicas do coração; 8,6% — tumores malignos; 8,5% — doenças cerebrovasculares; 8,3% — doenças diarreicas; 7,9% — pneumonia; 6,9% — outras doenças do coração; 3,9% — causas de mortalidade perinatal; 2,9% — acidentes com veículos a motor; 2,8% — lesões ao nascer; e 2,6% — outros acidentes.

Em 1983, porém, alterou-se a participação dos dez maiores grupos responsáveis pelos óbitos: 11,43% — tumores malignos; 11,41% — doenças isquêmicas do coração; 10,3% — doenças cerebrovasculares; 7% — outras doenças do coração; 6,3% — pneumonia; 5,4% — estados mórbidos maldefinidos; 4,2% — lesões ao nascer; 3,9% — outros acidentes; 3,1% — homicídios; e 2,8% — acidentes com veículos a motor.

Assim, nota o professor, a avaliação do nível de saúde é efetuada em um quadro mais amplo, onde a ocorrência dos atuais casos de malária, febre amarela, dengue, febre purpúrica e meningites no Estado de São Paulo aparece com sua relativa proporção. O suposto retrocesso equivalente a mais de meio século representa uma distorção que pode ser atribuída à falta de critérios objetivos como os indicadores.

Não há dúvida, comenta Baruzzi, que o valor dos indicadores do nível de saúde está diretamente relacionado com a qualidade dos dados obtidos. As porcentagens com que figuram os óbitos de causas mal definidas nas estatísticas traduzem muito bem o quanto ainda há por fazer, no Estado de São Paulo, para que se possa dispor de dados mais dignos de confiança para um cálculo mais exato dos indicadores.

A exatidão dos dados, explica o epidemiologista, é condicionada não apenas pela organização e eficiência dos serviços oficiais de registro, mas também pelo nível cultural da população e pela capacitação profissional dos médicos que atestam a causa do óbito.