

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 contrair 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 sete 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 nascem 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, aparente ou não;

— aos três anos, encontramos 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 aprendizado 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 a idéia de uma revolução em prol da criança, de sua sobrevivência e desenvolvimento harmônico, com 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 num tempo bastante curto, a despeito da recessão econômica”.

A mania de invocar a falta de dinheiro para justificar a impossibilidade de desenvolver programas de saúde é fruto da falta de imaginação, criatividade e 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 au-

toridades 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 sua distribuição desordenada e uma diluição inadequada de verbas aplicadas sem qualquer critério ou prioridade.

O Unicef estabeleceu, para o ano de 1985, 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 encaravam 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 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 de leite materno.

Segunda — terapia de reidratação oral. É incompreensível a resistência à prática de métodos simples.

Ainda há milhares de pediatras 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 Hospital Regional do Gama e Hospital Regional da Asa Sul 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, desde o último trimestre de 83 até o presente momento (2º semestre de 1988) o número de caso 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 entu-

slasmo e apoio, a quase totalidade dos chefes dos 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, mistura 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 a 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.

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 e 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 aguerri-da e inteligente por parte dos órgãos de saúde (veja o exemplo da erradicação do pólio).

No caso do sarampo, acrescentaríamos que todos os pediatras, nas suas clínicas particulares, prescrevem uma 2ª dose, após o 15º mês, mas, em alguns estados e municípios, os órgãos oficiais persistem em ministrar 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, publicou 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.

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, conseqüentemente, 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 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 geram 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 s-ao 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.

Area 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 os espaçamentos das gestações contribuem para uma melhor saúde da mãe e dos filhos.

Nos EUA estimou-se, segundo relato do Unicef, que as taxas de mortalidade infantil poderiam reduzir 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 à informação maiores as possibilidades de proteger a prole.

No Paquistão e na Indonésia, por exemplo, a taxa de mortalidade infantil entre as crianças cujas mães possuem 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”.

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 atendidas por médias 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 um entusiasmo e apoio de muitos profissionais de saúde e psicólogos, o Centro de Estudos da Adolescência.

Como vimos, a falta de dinheiro não impedirá que, dando prioridade 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.