

A saúde (bem e mal) do brasileiro

José Seabra Neto
Secretário Adjunto

A inexistência de recursos financeiros representa, hoje, o principal mal da saúde do Brasil. O ministro Valdir Arcoverde acredita que a implantação de um sistema de serviços básicos contribuirá acentuadamente para minorar os problemas da área. O rico tem saúde, mas o pobre, sem dinheiro, tem doenças

A saúde do brasileiro (rico), em linhas gerais, vai bem, obrigado.

A saúde do brasileiro (pobre), sem distinção, vai mal.

Que se há de fazer?

Esses dois segmentos poderiam andar juntos, mas falta nutrição, educação, alimentação, infra-estrutura. Falta dinheiro. As melhorias programadas para o setor dependem de muita coisa. Em primeiro lugar, da manutenção e aprofundamento da atual política de distribuição dos frutos do progresso econômico, principalmente através de uma estrutura mais justa de renda familiar e de formas mais desconcentradas do uso da terra. Em segundo lugar, dependem,

esses avanços, do fortalecimento do processo democrático, estimulando-se nesse processo, a participação da comunidade em tudo que diga respeito à saúde.

Esta, a posição do ministro Valdir Arcoverde, a propósito da área que dirige. Para o caso da terra, observou ele nesta entrevista, começam a surgir as soluções, com a recente criação de uma pasta específica para o setor. E quanto à questão democrática, assegurou ele, esta vem sendo pregada pelo presidente Figueiredo. Mas falta algo fundamental: dinheiro. Porque, diz Arcoverde, sem dinheiro, não se faz nada. Ou quase nada.

Segundo o ministro Valdir Arcoverde, para se falar em saúde, há que se distinguir, antes, dois conceitos básicos — setor de saúde e campo de saúde. O primeiro item corresponde a todo o conjunto de ações e recursos voltados especificamente para recuperar a saúde e evitar a doença. "Campo de saúde", por outro lado, pode ser definido como o conjunto de fatores, sociais e naturais, que determinam o estado de saúde de uma população, incluindo, nesse caso, o próprio desempenho do setor saúde, como uma das variáveis em jogo. Outros fatores mais conhecidos, recebem o rótulo de alimentação, habitação, hereditariedade, meio físico e educação.

Mas, ressalta o ministro, o problema, teoricamente, não está no reconhecimento desses fatores, e, sim, em saber como eles se articulam entre si e de que modo são condicionados pelas características das estruturas sociais e econômicas, num dado estágio de desenvolvimento de uma sociedade.

Como ponto de partida, observa Arcoverde, deve-se considerar a existência de duas dimensões opostas e complementares na vida do ser humano — o trabalho e o consumo. Isso porque a saúde do homem está estreitamente relacionada a forma como ele produz seu meio de vida, isto é, em que e como trabalha. Mas depende, igualmente, de como e com que satisfação as suas necessidades, correspondendo ao aspecto de consumo, e é nesse movimento, que ele garante sua sobrevivência e renova as relações que mantém com outros membros do seu grupo social.

Para trabalhar e consumir, lembra o ministro, o homem precisa de emprego e renda. Ou então necessita possuir seus próprios elementos de produção, para que seu produto satisfizesse diretamente suas necessidades, como é o caso, em maior ou menor proporção, da chamada agricultura de subsistência. Porque, em geral, quanto mais uma sociedade evolui, mais a mediação entre o trabalho e o consumo passa a ser feita através do emprego e da renda. Caso contrário, o consumo passa a existir baseado em formas de trabalho socialmente acumuladas através das diferentes rendas de propriedade, dos mecanismos de aposentadoria e pensões, etc.

TRABALHO E CONSUMO

Considerados esses dois polos, frisa Arcoverde, vê-se que, do lado do trabalho, existem determinadas características que frequentemente influem sobre a saúde, como, por exemplo, o ambiente onde ele se dá, a duração e a intensidade da jornada. Como exemplo, o ministro cita a atividade na agricultura em regiões pouco desenvolvidas, onde as jornadas de trabalho longas e penosas manifestam efeitos nocivos sobre a saúde, devido ao desgaste físico que acarretam e pela exposição contínua a fatores adversos do meio.

Do lado do consumo, o titular da pasta da Saúde diz ser possível a referência a inúmeros itens, cujas dimensões qualitativas e quantitativas têm consequências patentes sobre os níveis de saúde de uma população. Por ordem de importância, ele enumera os alimentos, a habitação (incluindo, aí, o saneamento), serviços de saúde pública e serviços educacionais.

Portanto, tem-se que, de uma maneira geral — conforme as colocações do ministro —, quanto maior é a renda de um grupo social, mais adequada é a magnitude dos bens e serviços de subsistência, melhorando paralelamente seus aspectos qualitativos. Passa-se a consumir mais e em melhores qualidades, a habitação se torna mais protetora contra as agressões do meio ambiente e, por outro lado, o aumento da renda muitas vezes é acompanhado ou é consequência do incremento do trabalho, em um dado setor de emprego, ocasionado pela mecanização e por outros meios, contribuindo para uma queda nos rigores da jornada de trabalho e, consequentemente, do

desgaste físico do corpo humano. Cria-se, assim, condições passíveis de eliminar as doenças típicas da pobreza, como a desnutrição e a maioria das transmissíveis.

Entretanto, esse processo, matizado necessariamente pelos estilos de desenvolvimento, tem também efeitos negativos sobre a saúde. Porque a mecanização dos campos apresenta os riscos de acidentes com as máquinas e causa, paralelamente, a expulsão da mão-de-obra rural, que passa a viver em precárias condições sanitárias nas periferias das grandes cidades.

Começa a surgir então — e nesse ponto Arcoverde deixa a teoria para enfocar assuntos práticos — a diferença entre saúde boa — rico — e mal — do pobre. Isso porque, pondera o ministro, nas cidades e nos campos, existem extratos populacionais particularmente vulneráveis — os grupos de baixa renda. Em primeiro lugar, destaca Arcoverde, a expectativa de vida ao nascer cresce à medida em que a renda aumenta, tanto na situação urbana quanto na rural. Na realidade, há uma diferença de 12 anos de vida entre os grupos de maior e menor renda. O interessante, porém, é que no grupo de mais baixa renda, a situação rural revela-se mais favorável do que a situação urbana. Ou seja, quem ganha pouco terá probabilidade de desfrutar de uma vida mais longa no campo do que na cidade. O inverso, contudo, é observado entre os grupos de maior renda, porque para quem ganha bem, a cidade é preferível.

Assim, ressalta o ministro, de um modo geral, a melhoria das condições sanitárias, que a cidade potencialmente apresenta em relação ao campo, apenas beneficia aqueles que conseguem obter uma renda suficientemente alta.

PROBLEMA DE POBRE

Com essa diferença de classes, começam a surgir os problemas, particularmente aqueles vividos pelo pobre. Nesse caso, a alimentação constitui, provavelmente, o fator de maior influência negativa sobre os níveis de saúde dos grupos de baixa renda, quando estes migram do campo para a cidade. Porque entre os camponeses — e enquanto camponeses — o produto da terra está voltado ao consumo imediato de sua família ou para a troca direta com outros produ-



Se tivesse dinheiro, Arcoverde poderia fazer muita coisa pela Saúde



Mas, para Fiuza, o que se tem é pouco. Insuficiente até para racionalizar

Saúde não significa apenas a doença. Há dois conceitos básicos para definir o tema: primeiro, recuperar a saúde e evitar a doença; segundo, o desempenho do setor e seus fatores diretos, como alimentação, nutrição, educação, habitação, meio físico, hereditariedade... Há também a produção e o retorno do homem

tore. Quanto aos trabalhadores urbanos, sua alimentação depende basicamente do seu salário e constitui uma despesa monetária por excelência. Consequentemente, acentua-se a desnutrição proteico-calórica nos grupos de baixa renda situados na zona urbana do que naqueles que se mantêm nas áreas rurais.

No campo, o homem enfrenta como maior obstáculo à sua saúde, as condições de habitabilidade. E, atraído pelas possibilidades apresentadas teoricamente pelos grandes centros urbanos, em busca de emprego e renda, ele se desloca à cidade, onde encontra condições que, sob o ponto de vista sanitário, são aparentemente melhores. Existe um mais fácil acesso a serviços de saúde e de instrução pública, podendo a habitação, em alguns casos, também melhorar em seus aspectos físicos.

Passa-se, então, lembra o ministro, a acumular-se elementos de risco, uma vez que toda a coletivização de vida na cidade, a par da superaglomeração nos domicílios, facilita a transmissão das doenças. E somam-se a desnutrição, a falta de saneamento e educação, transformando-se em um solo fecundo onde se desenvolve toda uma gama de doenças infecciosas e parasitárias nas zonas periféricas das metrópoles.

Segundo Arcoverde, é ainda muito reduzido, em todo o país, o percentual da população urbana que utiliza água potável e rede geral de esgoto — ou fossa séptica. As deficiências são, entretanto, mais marcantes nas capitais nordestinas, onde se registram as piores taxas de expectativa de

vida. Este resultado, de acordo com o ponto de vista do ministro, está influenciado em grande parte pelo peso da mortalidade infantil, cuja principal causa, as doenças gastrointestinais, poderia ser reduzida através de formas apropriadas de abastecimento de água e destino de dejetos.

O processo de acelerado desenvolvimento econômico das últimas décadas, observa ele, expresso através da modernização do campo e do crescimento das cidades, teve efeitos nítidos sobre a saúde da população, agindo algumas vezes em forma benéfica e, em outras, de forma prejudicial. Mas, reconhece, surgiram também novas formas de relacionamento e organização dos grupos sociais, que fazem prever, a médio prazo, a conquista de ganhos definitivos no campo da saúde, posto que se fortaleceram os movimentos sociais e as organizações representativas da sociedade civil, que colocam, no elenco de suas reivindicações, a melhoria da qualidade de vida, incluindo a expansão e aperfeiçoamento dos serviços de saúde, nas zonas urbanas, e sua extensão à população rural.

SERVIÇOS BÁSICOS

Para atender a esses apelos, afirma Arcoverde, o Ministério da Saúde, de comum acordo com o Ministério da Previdência Social, tem propugnado por uma política de extensão e consolidação dos serviços básicos de saúde, dentro da filosofia de que estes integram o elenco de bens e serviços essenciais que deve ser oferecido a toda a população, sobretudo aos segmentos mais carentes que habitam o campo, as pequenas cidades interiores e as periferias das metrópoles.

Essa política de serviços básicos, voltada a melhorar a atenção dispensada ao "brasileiro pobre", está substanciada num conjunto de medidas que visa aumentar o rendimento na aplicação de recursos, voltando-os para os problemas de saúde prioritários. Assim, o essencial na proposta desses serviços é a adequação da sua oferta às necessidades mais comuns, evitando-se o emprego de tecnologia sofisticada, hoje responsável pelos altos custos de atendimento médico e por sua baixa cobertura.

Os serviços básicos compreenderão ações que possam variar de um simples curativo realizado por um atendente, que atua isoladamente em um posto de saúde interiorano, até o parto promovido em um pequeno hospital, após passar pela consulta de um médico generalista instalado em um centro de saúde. Além disso, se procurará utilizar o pessoal da comunidade, como voluntários bem treinados, com o que se estará dando solução a 80 por cento dos problemas da clientela que normalmente recorre aos serviços de saúde.

Essa atuação, contudo, afirma o ministro da Saúde, não pode ficar restrita apenas à sua pasta e à área da Previdência Social. Segundo ele, necessário se faz uma integração entre as diferentes instituições do setor; a descentralização decisória e operacional, para que os estados e municípios assumam a maioria dessas ações; a padronização e a simplificação dos recursos tecnológicos, inclusive medicamentos e equipamentos, a ampla utilização de pessoal auxiliar, de níveis médio e elementar, sustentado por profissionais generalistas e das áreas básicas de atenção materno-infantil, clínica médica e odontológica; e, a participação efetiva da comunidade.

POBRE E RICO

Mas, em que pese todo esse esforço, a realidade é que a saúde do brasileiro, pobre, está mal. Isso porque a poliomielite, o sarampo e a tuberculose — que afetam qualquer classe social — são doenças para as quais se dispõe de uma tecnologia de prevenção bem estabelecida e de manejo relativamente fácil pelos serviços de saúde. O mesmo não se pode dizer, porém, de algumas endemias rurais — as doenças da pobreza —, como chagas e esquistossomose, principalmente esta, para a qual a ação dos serviços de saúde pouco pode contribuir na diminuição de sua prevalência, se não for conjugada a medidas de saneamento e melhoria das condições de trabalho, do ambiente e da moradia.

No Brasil, reconhece Arcoverde, áreas existem onde há predominância nítida das doenças da pobreza: a periferia dos grandes centros e a zona rural, com ênfase



Na fila, o pobre, doente, procura um médico para curar os seus males. Quando houver mais postos, as filas serão menores, é o que se espera

para o Nordeste. São os males infecciosos e parasitários, a desnutrição, as anemias, as avitaminoses, o bócio endêmico. Enfim, doenças registradas em locais onde a mortalidade infantil realmente se agiganta, chegando a 120 óbitos para cada 1 mil nascidos vivos.

Em contrapartida, neste mesmo Brasil, há as doenças em decorrência do desenvolvimento — as que atacam nas áreas urbanas, os ricos, onde a mortalidade infantil, quando alta, atinge a apenas 30 para cada 1 mil nascidos vivos. São doenças, porém, de luxo: do coração, degenerativas (como o câncer e o enfisema pulmonar), saúde mental, violência, acidentes (principalmente de trabalho e trânsito), uso abusivo de medicamentos, poluição, com conotações graves respiratórias e dermatológicas. Além disso, há, para esta parcela, uma vasta rede de serviços sofisticados. Enfim, o necessário para atender a qualquer situação. E mais: sua expectativa de vida, é de 70 anos. O pobre vive em média, porém, apenas 55 anos.

Estima-se que 80 mil brasileiros morram, anualmente, vítima da doença de chagas — que ataca o pobre da zona rural e pequenas cidades interiores. Mesmo tendo sua transmissão praticamente interrompida — ou reduzida —, o Ministério da Saúde não pode assegurar, de momento, a extinção da doença.

Outros milhares morrem vítimas da esquistossomose, expelindo sangue pela boca. São poucos, se comparados com os chagistas — uma vítima letal para cada 100 doentes, que no Brasil se encontram em torno dos 6 milhões. Há a lepra, a malária, a tuberculose e as leishmanioses — calasar e visceral — que têm incidido acentuadamente no Nordeste, fazendo vítimas fatais constantes.

São muitas as doenças que atingem a população de baixa renda brasileira. Mas o Ministério da Saúde, também sem renda, pouco pode fazer. A esse respeito, inclusive, pronunciou-se recentemente o superintendente da Sucam, epidemiologista José Fiuza Lima, para quem o orçamento daquele Ministério (grande parte do qual é destinado ao órgão que dirige) serve apenas para manter em andamento os programas prioritários. Ou, em outras palavras, o dinheiro é tão pouco que não dá sequer para racionalizar.

Do ponto de vista de José Fiuza Lima, e considerando-se a potencialidade econômica brasileira, muitas das doenças deveriam estar sob controle. A de chagas, por exemplo. Nos Estados Unidos, apenas os animais são infectados por essa doença, uma vez que lá existe habitação para todos. A esquistossomose, por sua vez, mesmo combatida, dificilmente será erradicada. Trata-se, porém, de educar o povo — e não apenas medicá-lo — uma vez que o trabalhador rural, maior vítima dessa doença, não se conscientizou da necessidade de recorrer aos banheiros construídos pela Sucam. O pobre, porém, insiste em defecar às margens dos rios. Vergonha? Medo? Talvez apenas uma questão de bem educar.

O Ministério da Saúde dispõe, para o próximo exercício, de algo em torno de 168 bilhões de cruzeiros, contra outros 76 bilhões colocados à sua disposição este ano. Mas é pouco, muito pouco. Tivesse o ministro Valdir Arcoverde, por três anos consecutivos, uma verba correspondente a Cr\$ 500 bilhões, teria o Brasil, e isso ele assegura, muito menos problemas com relação à saúde da sua população.

O que fosse possível fazer em sua área — como o que está sendo feito — Arcoverde o faria, como o faz. Mas ele se ressentido de dinheiro. E o brasileiro, o pobre, se ressentido de saúde.