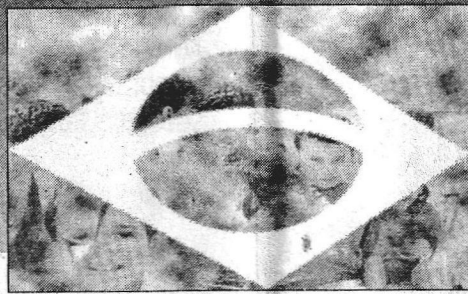


SÉRIE
ESTUDOS

OUTUBRO/1995

2

ENDEMIAS

O BRASIL DOENTE

Roberto Castro



Doenças
endêmicas
como
a malária,
o dengue e a
febre amarela
retomam sua força em surtos
epidêmicos, provocados
pela ausência cada vez
maior de saneamento básico.
São milhões de brasileiros
atingidos, principalmente
crianças. O segundo
número da Série Estudos
mostra a situação
em que se encontram
as endemias no país

Tina Coêlho



Falta de saneamento é a chave para as endemias

Pelo interior do país, na periferia das grandes e médias cidades, doenças como a malária, o dengue, a leishmaniose, a tuberculose e até a febre amarela atingem milhões de pessoas, dizem vidas, provocam prejuízos imensos.

A pobreza, aliada às péssimas condições de vida e moradia, é a grande responsável pelos surtos e epidemias. A palavra chave para 35 milhões de brasileiros que se encontram nessas condições é **saneamento**.

“A situação atual demonstra que a queda no volume de investimentos em equipamentos urbanos e em programas de infra-estrutura básica reflete diretamente na qualidade de vida, agravada pelo grande fluxo migratório”, analisa o engenheiro José Antonio da Motta Ribeiro, diretor de Saneamento da Fundação Nacional de Saúde (FNS).

Sem saneamento básico e condições sanitárias adequadas, as pessoas, principalmente as crianças, ficam à mercê das doenças infecciosas e parasitárias, responsáveis por 65% das internações de crianças entre zero e 12 anos.

As conseqüências são as mais desastrosas possíveis. A principal delas é o aumento da mortalidade infantil, cujo índice médio está em 45 de cada mil nascidos vivos. Algumas regiões, no entanto, chegam a ostentar números absurdos de 200 mortes em cada grupo de mil nascidos com vida.

Significa dizer que a falta de saneamento básico é responsável pelas mortes de 157,5 mil crianças a cada ano ou 43 por dia ou 18 a ca-

da 60 minutos.

A malária, doença típica de locais sem sistema de esgoto sanitário e água tratada, contaminou ano passado nada menos que 546.406 pessoas. Só nos primeiros três meses de 1995 foram notificados 125,8 mil casos, 99% deles na região da Amazônia Legal.

O Serviço de Saneamento da FNS apresentou esses números durante o Congresso de Engenharia Sanitária e Ambiental, realizado há poucos dias em Salvador, Bahia, para discutir “A saúde do Brasil”.

“Ficou constatado que o país se urbanizou de maneira caótica”, lamenta Motta Ribeiro. E denuncia: “Não existe uma política de saneamento para o Brasil, apenas a preocupação em investir em grandes obras que, muitas vezes, não trazem nenhum benefício para a população”.

O engenheiro cita como exemplo a construção de uma adutora com estações de tratamento e captação de água no rio Itapecuru, 72 quilômetros distante de São Luis, no Maranhão. A obra foi executada pela Alcoa há cinco anos, mas a água nunca chegou aos destinatários porque não houve a preocupação de se fazer a rede de distribuição até as casas.

Enquanto isso, a população sofre com doenças endêmicas como o dengue, cólera, esquistossomose, diarreias e até doença de Chagas.

Neste caderno, damos um retrato da situação em que se encontram essas doenças endêmicas, com dados colhidos junto à Fundação Oswaldo Cruz, Fundação Nacional de Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde e Ministério da Saúde.

Dengue

■ Total de casos notificados por mês e por região - Brasil 1995

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET(1)	M.N.I (2)	TOTAL
BRASIL	10.941	15.612	28.590	20.423	13.663	2.700	776	176	1	865	93.747
NORDESTE	989	2.419	8.996	10.594	8.420	1.978	403	131	0	59	33.989
SUDESTE	883	7.619	14.257	6.812	3.125	369	225	31	0	596	33.917
SUL	56	160	775	793	529	2	0	0	0	25	2.340
CENTRO OESTE	7.876	4.733	3.991	1.788	1.383	346	148	14	1	0	20.280

Fonte: Fundação Nacional de Saúde

(1) Dados incompletos
(2) M.N.I = Mês não informado

DENGUE

O País está assistindo este ano à segunda maior epidemia de dengue, desde que a doença entrou em território brasileiro, em 1982. O Ministério da Saúde já registrou, até agosto, 93.747 casos, principalmente nos estados do Nordeste, que somam 33.989 pessoas infectadas pelo mosquito Aedes Aegypti.

Individualmente, o Rio de Janeiro responde pelo maior número de notificações — 26.414. Também é o único estado com registro de mortes por dengue hemorrágico. Até agosto foram 105 óbitos.

Apesar de 1991 ter sido o pior ano em quantidade de doentes, o dengue hemorrágico matou apenas oito de suas 462 vítimas no Rio de Janeiro e 11 dos 24 casos notificados no Ceará.

Nos primeiros oito meses deste ano, o Aedes Aegypti fez vítimas em oito dos nove estados nordestinos; no Pará e Tocantins, ao Norte; em todos os quatro estados do Sudeste; ao Sul, no Paraná; e em todo o Centro-Oeste, à exceção do Distrito Federal.

“A doença não se prolifera no Norte do país porque é difícil para o mosquito adaptar-se ao clima da Amazônia”. O gerente do Programa Febre Amarela e Dengue da Fundação Nacional de Saúde (FNS), Adilson Nobre, explica que a região não tem contato por rodovias com os estados onde a doença é mais comum.

Mesmo com essas dificuldades, o Aedes só não é encontrado no Acre, Amazonas e Amapá. Acontece que, para ser um transmissor da doença, a fêmea da espécie — única que pica o homem — precisa sugar o sangue de uma pessoa doente, “hospedar” o vírus e depositá-lo na próxima vítima.

Histórico — Desde que entrou no Brasil, há 13 anos, já foram notificados 452.808 casos de dengue. O primeiro registro da doença foi feito em Roraima, em 1982, com 12 mil casos. Desde então, o Aedes Aegypti se espalhou para todas as outras regiões, fixando-se principalmente em áreas onde a falta de saneamento básico integra o cotidiano do povo.

A situação é crítica no Nordeste, escapando apenas o pequeno estado de Sergipe, por ter um sistema de vigilância epidemiológica do dengue que funciona “muito bem”, segundo Adilson Nobre. O estado também dispõe de recursos financeiros e pessoal para realizar o trabalho de prevenção.

Características — A doença se caracteriza por um quadro de infecção viral agudo, com febre alta, dor de cabeça, falta de apetite

e dores nas articulações. Vem daí o apelido de “febre quebra-osso”.

Dos quatro sorotipos existentes, três são encontrados no Brasil: Den-1, Den-2 e Den-4. “Trata-se de uma doença fácil de ser tratada, mas que acarreta prejuízos à economia porque a pessoa infectada fica impossibilitada de trabalhar por até sete dias”, disse Adilson Nobre.

Por ser uma doença relativamente nova no Brasil, ainda não se conhece um tratamento específico para esse vírus. O gerente do Programa Febre Amarela e Dengue admite que faltam investimentos em pesquisas porque seu quadro viral não é considerado grave.

“A recomendação é usar somente remé-

Desde que entrou no Brasil, há 13 anos, já foram notificados 452.808 casos de dengue. O primeiro registro da doença foi feito em Roraima, em 1982, com 12 mil casos. Desde então, o Aedes Aegypti se espalhou para todas as outras regiões, fixando-se principalmente em áreas onde a falta de saneamento básico integra o cotidiano do povo.

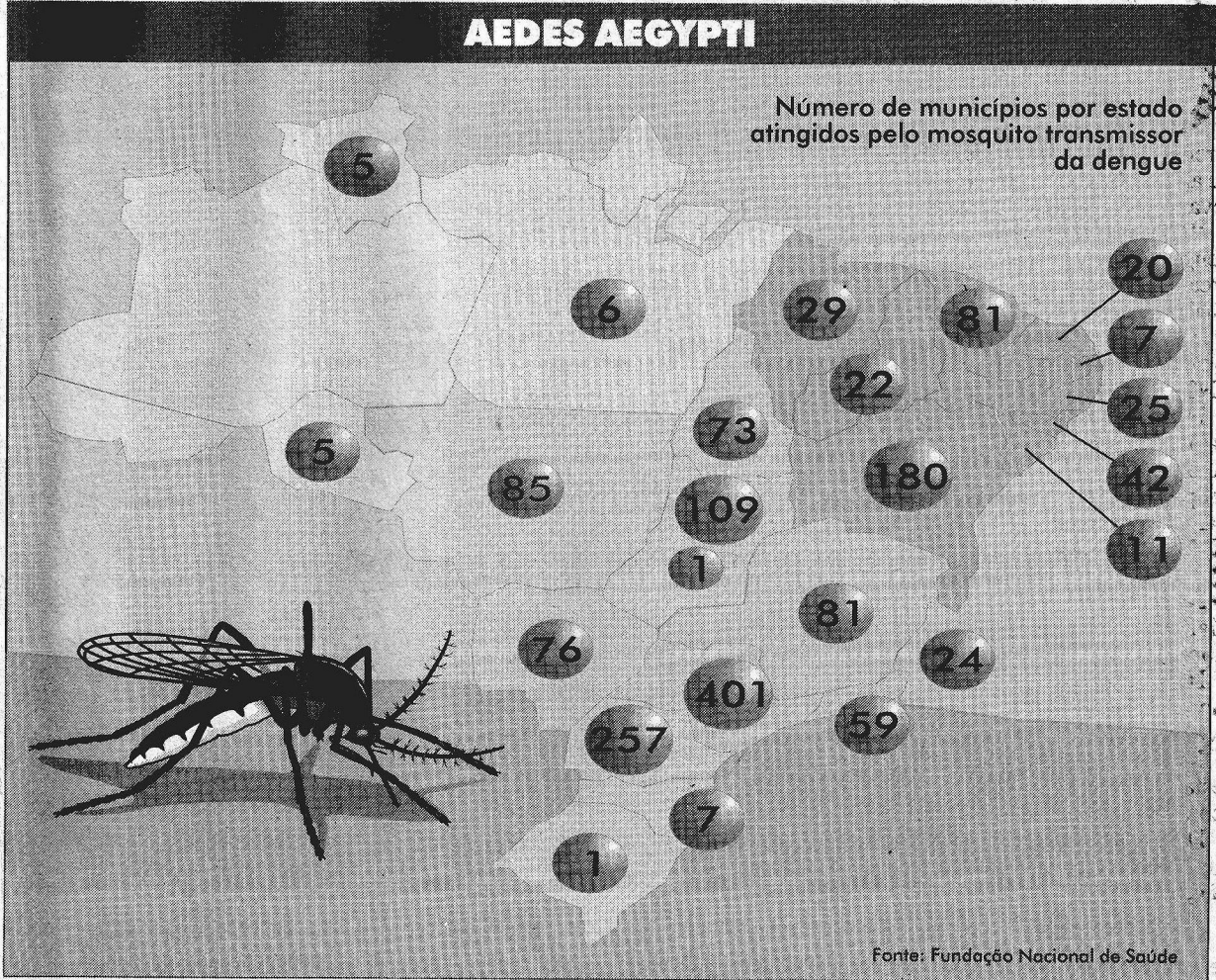
dios para baixar a febre, tomar bastante líquidos e repousar”. Mas Adilson Nobre lembra que os antitérmicos devem ser à base de “acetaminofen”, evitando-se aqueles compostos por “ácido acetil salicílico” (como Melhoral, Aspirina e AAS). Estes últimos são medicamentos que abrem os poros provocando hemorragias.

Todo cuidado é pouco para quem já foi picado pelo Aedes Aegypti e contraiu o dengue. A reincidência traz a forma mais perigosa da doença, a hemorrágica, que pode levar à morte caso não seja tratada rapidamente. É o caso em que a pessoa precisa repor todo o sangue perdido e tomar medicamentos para baixar a febre.

Prevenção — Devido ao grande número de casos registrados somente este ano, o Ministério da Saúde descobriu que apenas o controle químico não é eficiente para eliminar o mosquito e decidiu mudar de estratégia. “Em maio, elaboramos um plano para intensificar as ações contra o Aedes”.

Adilson Nobre conta que a Fundação Nacional de Saúde vai investir no saneamento domiciliar e físico (destinação adequada para o lixo e redução das áreas insalubres). Apesar do diagnóstico contrário, o mosquito ainda será combatido com inseticida e larvicida.

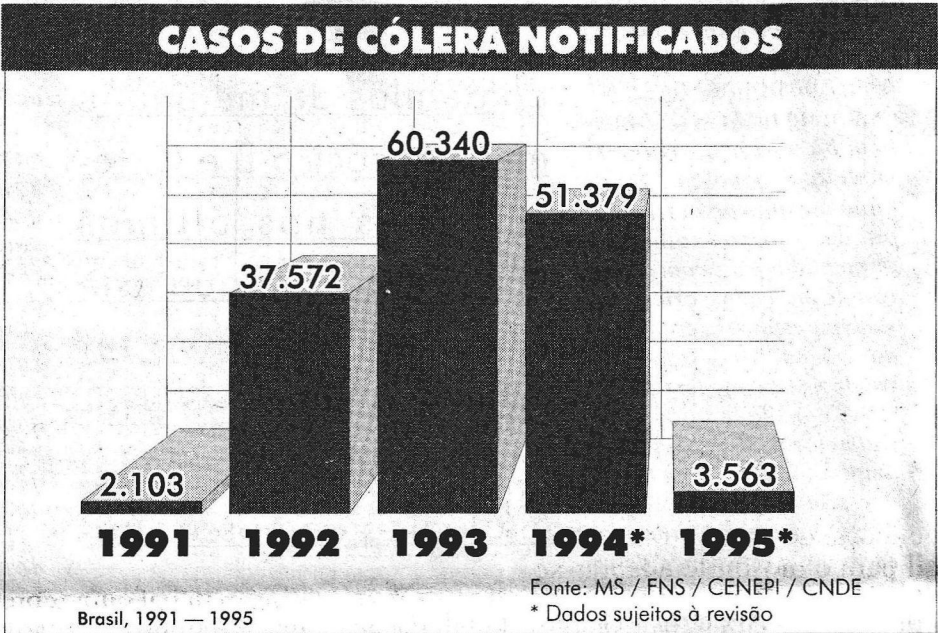
A FNS vai comprar três milhões de quilos do larvicida Abate e 800 mil litros do inseticida Fenitroton GT.



Arquivo



Rios poluídos, principalmente no Nordeste, serviram de caminho para o vibrião colérico. A falta de saneamento básico e a de conhecimento por parte das populações pobres colaboraram mais ainda para a disseminação da cólera.



Casos de febre amarela silvestre por unidade da Federação
BRASIL, 1982 — 1995

U.F.	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95*	TOTAL
AC	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
AP	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
AM	0	1	9	0	0	1	2	0	0	0	1	1	1	0	16
GO	0	0	0	0	5	10	2	1	0	0	0	0	1	0	19
MA	5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	57	12	2	77
MT	2	0	0	5	3	0	0	0	0	0	2	0	0	0	12
MS	12	0	0	0	0	0	0	0	0	6	8	0	0	0	26
MG	0	0	0	0	0	13	7	0	0	0	0	3	0	0	23
PA	3	2	31	1	0	5	3	0	1	2	0	7	0	1	56
RO	0	3	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6
RR	2	0	2	0	1	0	0	0	0	7	1	1	1	0	15
TOTAL	24	6	45	7	9	16	21	9	2	15	12	66	18	3	253

(*) dados até maio

Fonte: Fundação Nacional de Saúde

CÓLERA

A cólera é uma doença que se aproveita de ambientes onde o saneamento básico nem passou perto para se instalar. As crianças menores de um ano são as maiores vítimas. Em cinco anos, a doença atingiu 155 mil pessoas e matou 1.789. De janeiro a setembro deste ano, foram notificados 13.208 casos suspeitos, 3.563 já estão confirmado e 74 doentes perderam a vida. Mas foi em 1993 que a cólera atacou pesado. O Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) registrou 60.340 casos e 670 óbitos, em mais de mil municípios, em todos os estados.

Junto com outros casos de diarreia aguda, a cólera vem sendo monitorada pela Coordenação Nacional de Doenças Entéricas (-CNDE), da Fundação Nacional de Saúde (FNS), desde o segundo semestre do ano passado.

A técnica Maria Lucília Nandi, da CNDE, mostra o caminho: “Investir em saneamento básico é decisivo para mudar o quadro de casos de doenças de veiculação hídrica (através da água)”. A transmissão ocorre quando a pessoa

ingere água contaminada por fezes ou vômitos de alguém doente ou cujos sintomas ainda não se manifestaram.

Desidratação — A cólera caracteriza-se por um quadro de infecção intestinal aguda causado pela toxina do *Vibrio cholerae*. Provoca diarreia abundante com perda de água e vômito, levando à desidratação grave que, quando não tratada rapidamente, pode provocar a morte do doente.

Quando a doença apresenta complicações, a

Em cinco anos, a doença atingiu 155 mil pessoas e matou 1.789. De janeiro a setembro deste ano, foram notificados 13.208 casos suspeitos, 3.563 já estão confirmado e 74 doentes perderam a vida.

desidratação não corrigida conduz à deterioração progressiva da circulação, das funções renais e do equilíbrio metabólico.

A partir desse quadro, os danos são irreversíveis, levando o doente a ter convulsões e entrar em coma (em crianças) ou, no caso de mulheres grávidas, abortar (mais comum no terceiro trimestre de gestação).

A única forma de evitar todas essas complicações é fazer a hidratação adequada logo que a doença se manifestar. No Brasil, a maioria dos casos — 90% — apresenta a forma mais branda da cólera.

Registros — Em 1991, quando a cólera entrou no Brasil pelo município de Benjamin Constant, vinda do Peru, o Ministério da Saúde registrou apenas 2.103 casos, embora a epidemia tenha se alastrado pela maioria dos estados.

“Os dados foram subestimados”, admite Maria Lucília, por causa do critério adotado para diagnosticar a doença. “A confirmação dos casos só era feita por exame de laboratório”, explica.

Ano passado, foram confirmados 51.379 casos, números que ainda podem sofrer alterações caso o Ministério da Saúde receba novas informações sobre 1994. Este ano, a situação está melhor do que nos anos anteriores “por causa das campanhas de esclarecimento que realizamos”, avalia Maria Lucília. Até agora, a FNS tem conhecimento de apenas 3.563 confirmações da doença.

Dados do Ministério da Saúde mostram que as mortes ocorrem principalmente entre crianças de zero a quatro anos e idosos. A cólera se instala mais facilmente em áreas densamente povoadas, com más condições de moradia, carentes em saneamento básico e esgotamento sanitário e com falta de água tratada.

Outros fatores que contribuem para a proliferação da doença são a migração, a falta de controle sobre os alimentos comercializados nas ruas e a descontinuidade dos programas de educação sanitária.

FEBRE AMARELA

O foco da febre amarela silvestre, transmitida pelo mosquito Haemagogus está concentrado na região Amazônica e no Maranhão. Uma infecção provocada por vírus, o quadro clínico dessa doença caracteriza-se por febre aguda, insuficiência hepática e renal, hemorragias, icterícia grave, dor de cabeça e falta de apetite. Se não for tratado o mais rápido possível, pode levar o paciente à morte no prazo de cinco dias.

“Não existe diferença clínica entre a febre amarela e o dengue, a não ser o fato de que a primeira se manifesta nas áreas de floresta e a segunda aparece nas cidades, sendo que o quadro hemorrágico do dengue só ocorre em caso de reincidência”, explica o gerente do Programa de Febre Amarela e Dengue da Fundação Nacional de Saúde (-FNS), Adilson Nobre.

Na forma silvestre, a transmissão da febre amarela se dá do macaco infectado para o homem, através da picada do mosquito Haemagogus. O homem contrai a doença — própria dos animais silvestres — acidentalmente, ao entrar na matas onde o vírus está circulando.

De 1982 até maio deste ano, foram notificados ao Ministério da Saúde 253 casos de febre amarela silvestre. A maioria dos casos foi registrada no Maranhão, Mato Grosso do Sul, Goiás, Amazonas, Pará, Roraima e Minas Gerais.

Hemorragia — Por ser uma doença com quadro de hemorragia que leva à morte, é considerada grave e de notificação compulsória pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A vantagem para quem vive ou trabalha nas florestas da região Amazônica é a imunização. Quem teve a febre e sobreviveu fica protegido para o resto da vida.

Devido às proporções gigantescas da Amazônia. Adilson Nobre admite a impossibilidade de acabar com o Haemagogus. “Seria necessário exterminar todos os maca-

cos, responsáveis pela manutenção do ciclo selvático da doença”. A teoria do técnico da FNS é de que o macaco vive na copa das árvores e o mosquito também. Como o Haemagogus só pica os animais de sangue quente, acaba contaminando o homem com o vírus extraído do sangue do macaco.

Tratamento — Não existe nenhum medicamento específico, exceto a imunização através da vacina 17-D Antiamarílica, que protege por mais de dez anos. Mas quando acontece de a pessoa adoecer, é preciso tomar injeções de plasma ou sangue por causa da hemorragia. “Depois é só observar a evolução clínica da doença”, recomenda Adilson Nobre.

Para descobrir se há uma epidemia em determinada área, utiliza-se o que os pesquisadores chamam de macaco-sentinela. O animal é preso em uma gaiola e pendurado a uma das árvores da área de risco. Se ele morrer no prazo de sete dias é o indício da necessidade de se fazer uma vacinação preventiva.

Histórico — Nas áreas urbanas, desde 1942 não se tem notícia de febre amarela, transmitida pelo Aedes Aegypti (o mesmo vetor do dengue). O último caso foi registrado na cidade de Sena Madureira, no Acre.

A primeira vez que se ouviu falar nessa doença foi em 1685, em Recife, Pernambuco. Navios negreiros trouxeram da África homens infectados com o vírus da febre para trabalhar como escravos nas lavouras de cana-de-açú-

car dos grandes senhores de engenho. Nos mesmos navios vieram os mosquitos.

Do território pernambucano a febre desceu para a Bahia. A história da medicina registrou 25 mil casos da doença, com 900 mortes, em 1686. No ano seguinte, o vírus já estava em Belém, no Pará.

Novos casos só foram registrados 162 anos mais tarde. Foi a primeira epidemia do Rio de Janeiro. De 1849 a 1902, a febre amarela matou 58.063 pessoas.

De 1982 até maio deste ano, foram notificados ao Ministério da Saúde 253 casos de febre amarela silvestre. A maioria dos casos foi registrada no Maranhão, Mato Grosso do Sul, Goiás, Amazonas, Pará, Roraima e Minas Gerais.

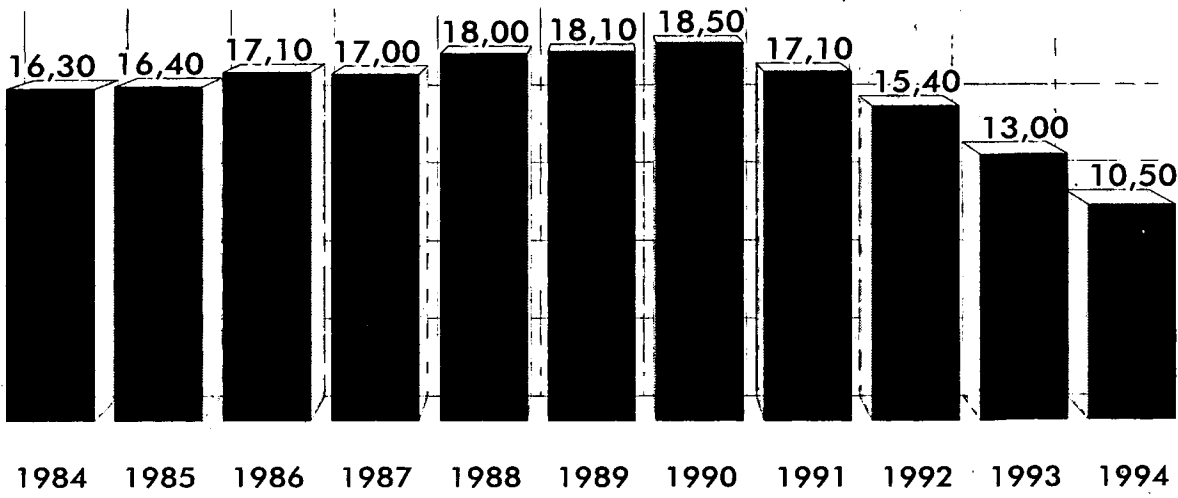
Em 1903, Oswaldo Cruz entrou em campo - assumiu a Direção Geral de Saúde Pública e iniciou sua luta contra a febre. O sanitarista criou então o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela.

O trabalho desenvolvido por Oswaldo Cruz evitou que a epidemia seguinte, entre 1928 e 1929, tivesse vítimas fatais. Foram confirmados apenas 738 casos da doença.

Mal de Hansen

Porcentagem de doentes por grupo de 10 mil habitantes

Brasil, 1984 — 1994



Fonte: Fundação Nacional de Saúde

HANSENÍASE

Pelo menos 158 mil brasileiros são hoje portadores do Mal de Hansen ou lepra. A doença é considerada endêmica (persistente) com uma taxa de prevalência (percentual de enfermos por grupos de habitantes) de 21,45 doentes para cada grupo de 100 mil habitantes.

Essa taxa é muito elevada considerando-se o parâmetro da Organização Mundial de Saúde (OMS), que indica cinco por 100 mil. Ano passado foram detectados 32.760 casos novos de hanseníase.

Em termos mundiais, o Brasil ocupa o segundo lugar em número de casos, perdendo apenas para a Índia. Nos países das Américas, está em primeiro lugar.

Apesar de o País ainda ter uma taxa de prevalência muito elevada, desde 1991 a Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária vem registrando uma redução no número de casos novos.

A meta da OMS é chegar ao ano 2000 com uma incidência de um doente em cada grupo de 10 mil habitantes. “Por isso estamos implementando um plano de eliminação da hanseníase”.

Gerson Fernando Mendes Pereira, coordenador nacional de Dermatologia Sanitária diz que o objetivo é diagnosticar todos os casos existentes, providenciar o tratamento com a poliquimioterapia padrão OMS e reduzir os índices de abandono de tratamento — hoje em 30%.

Com a descoberta de drogas eficientes, a discriminação contra os portadores dessa doença deixou de existir. O contágio é reduzido a zero já nas primeiras sessões de poliquimioterapia.

Tratamento — Os medicamentos utilizados são à base de hifampicina, dapsona e clofazimina. O tratamento é feito de graça, em toda a rede pública de saúde.



portador da forma paucibacilar da hanseníase precisa seguir regularmente o tratamento durante nove meses, tomando seis doses supervisionadas dos remédios.

Para as formas multibacilares, são necessárias 24 doses supervisionadas de poliquimioterapia, durante três anos.

O plano de eliminação da doença já está funcionando plenamente em todos os estados, segundo o Gerson Pereira. A atuação do Ministério da Saúde, afirma ele, vem provocando redução na proporção de casos novos com incapacidades físicas. A queda foi de 15,9% para 8%.

Em 1987, apenas 36% dos portadores do mal de Hansen submetiam-se à poliquimioterapia. Atualmente, o benefício alcança 98% dos pacientes.

Até 1993, 43% dos doentes abandonavam o tratamento ou não compareciam aos postos de saúde para iniciá-lo.

Quando o doente permanece com a doen-

A hanseníase é típica de populações sem acesso a condições de vida satisfatórias. Ela ainda maltrata milhares de brasileiros que vivem em péssimas condições de moradia, saneamento, alimentação, trabalho e sem acesso à educação.

ça, sem procurar curar-se, ou abandona o tratamento antes de eliminar o problema continua sendo um foco de infecção, além de manter elevados os níveis da hanseníase. Nesse caso, o edema na pele se mantém e o mal pode inclusive atacar os nervos, levando a deformações e mutilações.

Manchas — O mal de Hansen consiste no aparecimento de manchas escuras na pele, com alteração da sensibilidade — a pessoa não sente dor, calor ou tato. É nesse ponto que a doença pode levar à incapacidade. É causada pelo *Mycobacterium leprae*, bacilo que tem preferência por pele e nervos.

“A pessoa se queima ou se corta e não sente nada”, explica Gerson Pereira. No estágio mais avançado, a hanseníase provoca infecções, osteomielite e reabsorção óssea devido aos ferimentos acompanhados de infecção.

A Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária calcula que 9% dos casos novos da doença chegam à incapacidade.

Entre os casos antigos, o índice de cura registrado pelo Ministério da Saúde é de 75%.

Apesar de ser contagiosa quando não tratada, a hanseníase tem cura em qualquer fase em que for diagnosticada e não coloca a vida do doente em risco.

A exemplo de várias outras endemias, a hanseníase é típica de populações sem acesso a condições de vida satisfatórias. Ela ainda maltrata milhares de brasileiros que vivem em péssimas condições de moradia, saneamento, alimentação, trabalho e sem acesso à educação.

Os muitos Brasis

Paulo Marchiori Buss

A situação de saúde do país é tão complexa quanto a própria sociedade brasileira. A grande extensão territorial sua enorme população — que já ultrapassa 150 milhões de pessoas — e as flagrantes desigualdades sócio-econômicas, que se geraram com o crescimento econômico excludente e concentrador de renda, determinou um quadro epidemiológico extremamente variado e complexo.

O desenvolvimento nacional criou muitos Brasis. O próprio título deste artigo, inspirado no título de um livro recentemente lançado, quer expressar as diversidades que o modelo de desenvolvimento engendrou no país.

Trata-se de um desenvolvimento exclusivamente econômico, cujo efeito não foi suficiente para garantir mais e melhor vida para todos, senão para segmentos privilegiados da população. Desta forma, ainda que se tenham verificado melhorias consideráveis em alguns indicadores de saúde clássicos nos últimos anos, de maneira geral as desigualdades entre segmentos da população se acentuaram, ampliando a brecha entre pobres e ricos, entre os social e economicamente integrados e os muitos excluídos.

De fato, quando se abandonam as médias nacionais, verifica-se, no Brasil como na América Latina, que se aprofundou a pobreza rural; a população urbana cresceu vertiginosamente, provocando um desequilíbrio entre população e serviços; foram afetadas, do ponto de vista do equilíbrio ecológico, espécies animais e vegetais importantes, até os níveis de extinção; aumentaram as áreas desérticas; e, particularmente, assistiu-se a um processo de concentração de riqueza e a uma crescente marginalização social.

A desigualdade teve também bases territoriais. O modelo de acumulação, ligado à exploração irracional de recursos naturais e alimentado pela concentração de mercados, criou, por sua vez, espaços desenvolvidos e subdesenvolvidos dentro de um mesmo território.

As consequências, centralmente materializadas na ampliação das desigualdades, não demoram a surgir. Quando se examina, por exemplo, a esperança de vida ao nascer, verifica-se, de forma cabal, a enorme desigualdade nacional em termos de situação sanitária. Embora a esperança de vida

tenha crescido nacionalmente de 42,7 anos nas décadas de 30/40 para 67,0 anos nas décadas de 70/80, ela atingia 67 anos para a população urbana enquanto para a população rural encontrava-se em 64 anos. Já na Região Nordeste, era de apenas 58,1 anos, enquanto no Sul atingia 69,3 anos. Quando se examinam isoladamente os Estados as diferenças são mais marcantes: a esperança de vida varia de apenas 44,3 anos na Paraíba a 70,6 anos no Rio Grande do Sul.

Este aumento na esperança de vida reflete a expressiva queda na mortalidade infantil, outro indicador de saúde bastante tradicional. Segundo os dados históricos, ela caiu de 158,2 mortes no 1º ano de vida por 1.000 nascidos vivos, em 1940, para 87,9 por mil, em 1980. Entretanto, o declínio da mortalidade infantil foi mais acentuado (exatamente o dobro) no Sudeste do que no Nordeste do país, confirmando uma tendência de agravamento das desigualdades regionais.

Os fatos mais gritantes, em termos de mortalidade, vem do exame da chamada mortalidade proporcional, isto é, a distribuição dos óbitos segundo os grandes grupos de causa. Nas décadas de 30/40 era muito expressiva a proporção de óbitos pelas doenças infecciosas e parasitárias, responsáveis por mais de 40% dos óbitos. Hoje, elas declinaram para cerca de 7%. A grande expansão se deu, em todo o período, nas doenças cardiovasculares e nas chamadas causa externas ou violentas (principalmente acidentes de trânsito e homicídios). A evolução em anos recentes confirma a tendência:

De fato, a mais grave epidemia contemporânea na sociedade brasileira é a violência. Os homicídios, por exemplo, são em algumas capitais, a primeira causa de óbitos na população masculina de 10 a 44 anos. Este é um fenômeno grave que depende, para o seu equacionamento, bem mais do que ações convencionais de saúde. Necessita, sim, como em muitas situações sanitárias, de políticas e ações sociais integradas de vários setores, nos

diferentes níveis de governo.

Entretanto, ainda que tenham declinado as mortes pelas chamadas doenças endêmicas, não diminui sua importância na sociedade brasileira contemporânea. Na realidade o aumento da incidência de diversas doenças transmissíveis registrado no Brasil, nos últimos quinze anos, veio contrariar a hipótese de que, com o desenvolvimento econômico, estes agravos deixariam, naturalmente, de estar presentes entre os principais problemas de saúde.

Epidemias de meningite meningocócica B e C, registradas nos últimos anos, mostram que este problema passou a ter presença marcante e recorrente no perfil epidemiológico de nossas populações urbanas.

Freqüentemente, por estratégia de sobrevivência, as populações marginalizadas são obrigadas a realizar modificações ambientais e a apresentar comportamentos que acarretam riscos individuais e coletivos.

As habitações precárias, em áreas sujeitas a inundações, tem sido freqüentemente atingidas por surtos de leptospirose, no Rio de Janeiro e Recife.

A obrigatoriedade de acesso a algumas poucas coleções de água e a ausência de destino adequado dos dejetos têm resultado na presença de transmissão da esquistossomose nas periferias de diversas cidades e, mesmo, em regiões metropolitanas.

Nos bairros mais pobres de Recife, a presença de criadouros garante a densidade do vetor da filariose. Como consequência, a moléstia, que quase foi considerada extinta, encontra-se novamente em expansão.

Entre as doenças transmitidas por vetores urbanos, as epidemias de dengue se apresentam como marcadores das condições de receptividade às doenças produzidas por nosso modelo de organização social. De certo modo, representaram, nos anos 80, o papel ocupado pelas meningites na década de 70 e pelo cólera atualmente.

Depois de desaparecer do Brasil na década de 20, o dengue voltou nos anos 90. Detectado inicialmente em Boa Vista, em 1982, foi introduzido no Rio de Janeiro, em 1986, produzindo centenas de milhares de casos e disseminando-se para várias cidades de diversas regiões do País.

A endemização do dengue aponta alguns aspectos particularmente perversos do atual modelo de controle de endemias em áreas urbanas. A impossibilidade de acesso de agentes do serviço público a determinadas áreas da cidade controladas por narcotraficantes impede a cobertura adequada das atividades de destruição dos focos das larvas.

Por outro lado, a distribuição inexistente ou intermitente de água, no sistema de abastecimento público nas áreas periféricas, obriga a população a manter reservatórios improvisados, que garantem a reprodução do vetor.

O Brasil apresenta, ainda, um dos maiores coeficientes de prevalência e incidência da hanseníase sendo um dos poucos países onde a transmissão parece estar aumentando, chegando a 6% o incremento anual na taxa de registro de casos novos. A maior parte dos casos está nas cidades, de modo que já pode ser considerada uma endemia urbana.

A doença se mantém com altas taxas nos grupos de risco, entre a população do circuito secundário da economia. O processo é acelerado pela chegada de migrantes rurais sem imunidade, que vão encontrar nas cidades a mobilidade e as condições precárias de vida que asseguram a produção da doença.

A expectativa é de que a sociedade brasileira adquira mais e mais consciência das dificuldades que enfrenta na área da saúde. Ao combater às fraudes e ao desperdício deve somar-se, sem dúvida, novos recursos financeiros — como pede o ministro Jatene — que possam viabilizar a organização de um eficiente programa de saúde pública, visando superar as desigualdades e resgatar parte da substancial dívida social que a sociedade brasileira tem com excluídos deste país. (Agradecimentos ao prof. Paulo Sabroza)

■ Professor Paulo Marchiori Buss é vice-presidente da Fundação Oswaldo Cruz

Mortalidade proporcional por grandes grupos de causas
Brasil, 1984 — 1990

Grupos de causas	1984	1986	1988	1990
Doenças infecciosas e parasitárias	9,68	7,97	7,10	6,23
Neoplasias (cânceres)	11,02	11,44	11,74	12,42
Doenças do ap. circulatório	33,35	33,51	34,52	34,34
Doenças do ap. respiratório	10,12	10,34	10,54	10,59
Afecções perinatais	7,90	7,00	6,64	5,72
Causas externas	13,13	14,86	14,26	11,05
Demais doenças	14,80	14,88	15,20	15,64

LEISHMANIOSE

Vem crescendo a cada ano a incidência da leishmaniose visceral — também conhecida como calazar — entre as populações pobres das periferias, principalmente nos estados do Nordeste.

Do universo de pessoas portadoras do calazar (que tem esse nome por ser uma enfermidade também presente em região da Índia com esse nome), 60% são crianças desnutridas ou mal nutridas, com idade entre zero e quatro anos. O mosquito transmissor da doença é o *Lutzomyia longipalpis*.

Nos últimos dez anos, 94% dos casos notificados são originários do Nordeste, uma das regiões com mais baixa qualidade de vida do país. Dados epidemiológicos do Programa de Controle do Calazar, da Fundação Nacional de Saúde (FNS), mostram uma urbanização crescente da leishmaniose.

Além dos estados nordestinos, tem ocorrido surtos no Rio de Janeiro, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Goiás, Tocantins e Pará. O calazar se instala com facilidade em áreas de baixo padrão econômico, de pobreza acentuada, promiscuidade e desprovidas de saneamento básico. A maioria dos casos é registra-

da na zona rural e periferias das grandes cidades.

Os agentes disseminadores dessa doença infecciosa são protozoários tripanossomídeos do gênero *Leishmania*. Ele se reproduz no organismo e se instala nas células do fígado, baço e medula óssea.

Transmissão — Para chegar ao homem, o parasita da *Leishmania chagasi* precisa pegar uma carona com o mosquito transmissor, que é infectado pelo protozoário ao sugar o sangue de um cachorro doente (hospedeiro).

Resultado disso é um quadro de febre alta, falta de apetite, emagrecimento, crescimento do abdômen (barriga d'água) e tosse. “Essa doença pode ser confundida com a esquistossomose por ter sintomas semelhantes. A diferença está na forma da infecção, que, no caso da esquistossomose, se dá pela ingestão de água contaminada com fezes de pessoa doente”, explica Pedro Sadi Monteiro, gerente-técnico do Programa de Controle do Calazar.

No cachorro infectado, a leishmaniose provoca emagrecimento, queda de pelo, lesões na pele, unhas compridas e olhos com

secreção (remela). Para o animal não existe nenhum tipo de tratamento. Ele é simplesmente eliminado e depois queimado ou enterrado. Para o mosquito, o remédio é aplicar inseticida nas casas, chiqueiros, galinheiros e currais.

“O recomendado é que esse procedimento seja repetido a cada seis meses”, lembra Pedro Monteiro. Para agilizar as ações do Programa, o Ministério da Saúde está treinando pessoal para reconhecer e diagnosticar a doença. Também está distribuindo cartazes em escolas e centros comunitários para informar a população sobre o calazar.

Depois que o parasita chega ao homem, fica em incubação por até quatro meses, época em que o calazar começa a apresentar os primeiros sintomas.

Até bem pouco tempo, a leishmaniose era considerada uma doença típica da zona rural. Mas o êxodo para as cidades trouxe consigo mais esse problema.

A leishmaniose acabou se instalando nas periferias das grandes cidades, onde as pessoas geralmente vivem sem saneamento, com acúmulo de lixo e muitos cachorros. Pedro Monteiro lembra que “basta um cão doente para a doença se espalhar”.

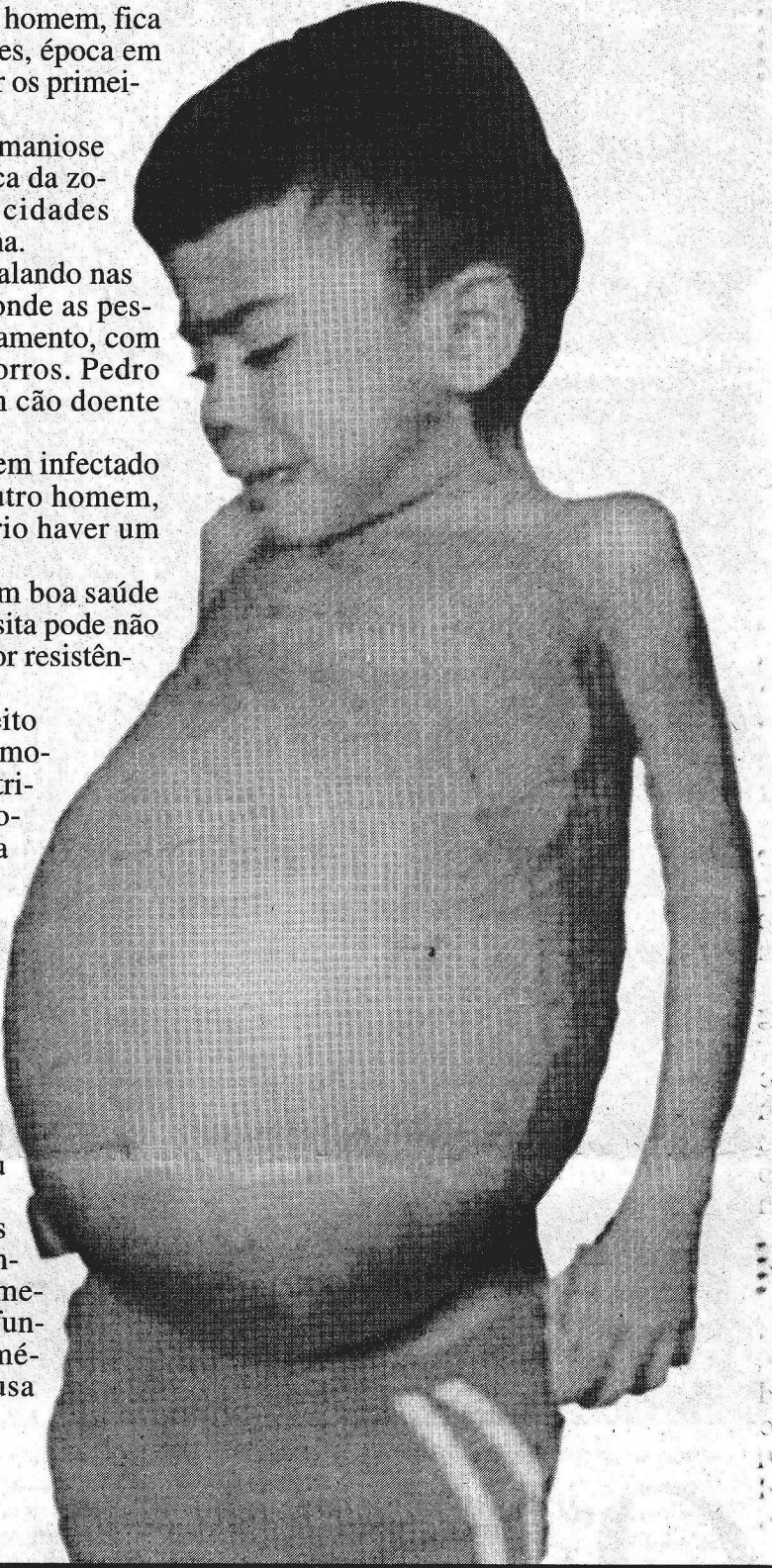
A “vantagem” é que um homem infectado não transmite o parasita para outro homem, através do mosquito. É necessário haver um cachorro como hospedeiro.

Uma pessoa bem nutrida e com boa saúde mesmo tendo contato com o parasita pode não desenvolver a doença por ter maior resistência orgânica.

O tratamento do calazar é feito a partir de compostos antimoniais, sob a forma de sais trivalentes, encontrados no Antimoniato de N-metil-glucamina, única formulação disponível no Brasil produzida no Uruguai. Há um remédio similar produzido na Inglaterra, mas não é utilizado pelo Brasil.

Casos — O Programa de Controle da Leishmaniose registrou, este ano, 829 notificações, 756 delas só no Nordeste. Nos últimos dez anos, o Calazar vitimou mais de 25,6 mil pessoas.

Ano passado, as notificações superaram as de todos os anos anteriores. Foram 3.339 casos, número ainda sujeito a mudanças em função de novas confirmações. A média anual é de 56 mortes por causa da doença.



Casos notificados de Leishmaniose Visceral por ano, segundo as unidades da Federação

ANO	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994*	1995*
REGIÃO												
BRASIL	2.323	2.489	1.784	1.025	816	1.869	1.944	1.510	1.870	2.598	3.339	829
NORTE	99	49	12	8	23	29	35	53	99	112	126	15
Roraima	—	—	—	—	—	5	6	41	62	39	38	6
Pará	99	49	12	8	23	23	22	12	31	61	64	6
Tocantins	—	—	—	—	—	1	7	—	6	12	24	3
NORDESTE	2.189	2.381	1.719	949	716	1.699	1.650	1.380	1.657	2.407	3.094	756
Maranhão	569	422	135	38	42	172	91	61	114	575	534	92
Piauí	435	326	125	46	47	162	201	86	196	701	778	110
Ceará	294	475	259	116	107	169	140	150	159	248	486	179
Rio G. Norte	21	32	25	20	17	71	74	147	236	132	135	56
Paraíba	33	58	21	9	9	57	60	92	81	46	88	29
Pernambuco	107	168	120	68	22	106	97	80	60	82	101	25
Alagoas	23	48	54	59	22	60	56	32	40	58	72	39
Sergipe	58	106	109	80	60	47	82	78	119	98	203	49
Bahia	649	746	871	513	390	855	849	654	652	467	697	177
CENTRO OESTE	11	32	17	28	10	16	16	1	18	20	29	27
Mato G. Sul	4	24	14	27	8	14	5	1	3	3	23	27
Mato Grosso	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Goiás	7	8	3	1	1	2	11	—	15	17	6	—
SUDESTE	24	27	36	40	67	125	243	76	96	59	90	31
Minas Gerais	9	22	30	26	52	112	226	62	96	58	88	31
Espírito Santo	10	1	3	13	14	9	15	13	—	—	—	—
Rio de Janeiro	5	4	3	1	1	4	2	1	—	1	2	—

* Dados parciais

Fonte: Fundação Nacional de Saúde

ESQUISTOSSOMOSE

A esquistossomose é uma doença parasitária que contaminou, ano passado, 283 mil pessoas em 17 estados considerados endêmicos (onde a doença persiste). Nesses estados, a água tratada e encanada chega para apenas 69,7% de sua população.

Nos nove estados do Nordeste, onde a doença apresenta as maiores taxas de prevalência por grupos de habitantes e já se espalhou, o suprimento de água é bastante precário e beneficia somente 49,2% da população das cidades. A zona rural fica praticamente sem abastecimento.

“Para que os elos da cadeia epidemiológica da esquistossomose se juntem e ocorra a transmissão da doença é necessário que o meio ambiente seja favorável e que o homem contribua”, diz o médico sanitário Ronaldo Santos do Amaral, gerente do Programa de Controle da Esquistossomose.

No meio ambiente, a água é o veículo quando está contaminada com larvas (miracídeos e cercárias), transmitindo-os tanto para o hospedeiro intermediário — o caramujo — como para o hospedeiro definitivo — o homem.

O caramujo preferido das larvas da esquistossomose é o *Biomphalaria glabrata*, embora elas também procurem o *B. straminea* e o *B. tenagophila*.

Como bom hospedeiro que é, o caramujo gosta de viver em águas paradas. Quando alguém resolve tomar banho ali ou beber a água do local onde ele está o miracídio entra

no organismo através da pele, mucosas do nariz, boca e lábios.

Já no sangue, casais de parasitas instalam-se nos vasos sanguíneos que irrigam os intestinos, fígado e aparelho digestivo. Ali eles podem permanecer por 20 anos ou mais, caso o portador da doença não procure tratamento médico.

Nos últimos dez anos mais de seis mil pessoas morreram vítimas desse mal, que pode ser evitado com água tratada e esgoto sanitário. Até o ano passado 87,1 milhões de brasileiros tinham acesso à água tratada. Mas somente 44,3 milhões conseguiram implantar sistemas de esgoto sanitário em suas residências.

Mal crônico — Trata-se de um mal crônico que pode manifestar-se na fase aguda, provocando processos inflamatórios e infecções graves. O doente apresenta febre alta, diarreia, dor abdominal (na barriga), emagrecimento, erupções na pele (no local por onde os parasitas entraram), aumento do tamanho do baço e do fígado (chamado de acite) e crescimento dos gânglios linfáticos (formação de ínguas).

Dependendo da quantidade de miracídeos que entram no organismo, a doença pode levar de cinco a 15 anos para se manifestar. Nessa fase, quando a pessoa descobre que está com esquistossomose sua saúde já estará bastante comprometida.

O quadro é de prisão de ventre, diarreia, fezes com muco (parecido com catarro), anemia provocada por pequenas hemorragias devido ao rompimento de vasos.

Segundo Ronaldo Amaral, os ovos expelidos pelos parasitas são os principais responsáveis pelas alterações no organismo, principalmente as hemorragias. Alojados no fígado, os ovos formam pequenos granulomas (espécies de nódulos).

Na fase crônica da doença, o paciente sofre com sangramento no aparelho digestivo. Esse sangue mistura-se com as fezes dando o aspecto de borra de café.

“É o que chamamos de Melena”, explica o sanitário da Fundação Nacional de Saúde (FNS).

Complicações — Surgem ao mesmo tempo outras complicações como falta de ar, porque o pulmão é pressionado pelo aumento do abdômen (inchado do fígado e baço); e sangramento pela boca (hematêmese) provocado pelas alterações no fígado; hipertensão do sistema porta (uma região cheia de vasos sanguíneos no fígado e aparelho digestivo); formação de varizes no esôfago e estômago; cólicas abdominais; sensação de empachamento (o estômago tem dificuldades para digerir os alimentos por causa das alterações no fígado); náuseas; e tonturas.

Quando chega nesse estágio, o doente difícil-

mente consegue escapar da morte, inclusive se a esquistossomose estiver associada a outras enfermidades como alcoolismo e desnutrição.

Nos últimos dez anos mais de seis mil pessoas morreram vítimas desse mal, que pode ser evitado com água tratada e esgotamento sanitário.

Dados da FNS mostram que até o ano passado 87,1 milhões de brasileiros tinham acesso à água tratada. Mas somente 44,3 milhões conseguiram implantar sistemas de esgotamento sanitário em suas residências.

FOCOS DE ESQUISTOSSOMOSE



Gláucio Dettmar



O empobrecimento de grande parte da população está causando o aumento na incidência de casos de tuberculose. Além disso, a precariedade dos serviços de saúde pública levam muitos pacientes a abandonar o tratamento pela metade, o que eleva os riscos de disseminação da doença.

Uma rede que envolve o País

Edmundo Juarez

A Fundação Nacional de Saúde — FNS — é um órgão da administração nacional do Sistema Único de Saúde — SUS, que exerce tanto as funções de coordenação e normatização, próprias de um órgão de nível nacional, como aquelas de executor de ações nas áreas de controle de doenças transmissíveis, de engenharia de saúde pública e de prestação de assistência médico-sanitária, através da sua rede própria de unidades de saúde.

Este forte papel operativo da FNS, fica evidenciado na distribuição de seu contingente de 46 mil servidores, onde cerca de 40 mil — 87% — estão diretamente envolvidos na prestação de assistência à população, seja através da sua rede própria que era constituída por 858 Unidades de Saúde, das quais 403 já foram descentralizadas para municípios e estados, seja através das ações de saneamento e de controle de doenças transmitidas por vetores e reservatórios.

A FNS está presente com sua rede de unidades em 20 estados e 453 municípios, produzindo anualmente 136 mil internações, 4 milhões de consultas médicas, 1 milhão de atendimentos odontológicos, 52 milhões de exames laboratoriais e de Raio X e 26 milhões de ações de vigilância epidemiológica, imunizações, visita domiciliar e atos não médicos.

O Programa Nacional de Imunizações é, inclusive, o maior programa de ação do governo na área da saúde, incorporando, a cada ano, mais de 3 milhões de crianças para serem vacinadas. A FNS coordena todas as atividades, desde a fase de produção e aquisição dos imunobiológicos até a vacinação propriamente dita, realizada através das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tanto nas campanhas de multivacinação como nas atividades de rotina, responsáveis pela aplicação de mais de 100 milhões de doses de vacina contra o sarampo a poliomielite, difteria, tétano, coquelu-

che, tuberculose, febre amarela e hepatite B.

As ações de saneamento são desenvolvidas em municípios e localidades com elevada incidência de doenças provocadas por condições inadequadas de saneamento; com dificuldades de gerenciamento dos sistemas locais de saneamento e de baixa viabilidade econômico-financeira e naqueles selecionados pelo Projeto de Redução da Mortalidade Infantil e pelo Conselho da Comunidade Solidária. Suas ações beneficiam aproximadamente, 17 milhões de pessoas, espalhadas por mais de 1.000 municípios, nos 27 estados da Federação, compreendendo cooperação e

Malária e do dengue, dois dos mais importantes problemas de saúde pública do Brasil, provocam transtornos econômicos e sociais pois acarretam severas perdas de horas de trabalho, comprometem a ocupação de novos espaços, geram gastos expressivos com tratamentos e hospitalizações além de causar sofrimentos e mortes.

apoio técnico e administrativo, construção, ampliação e operação de sistemas de abastecimento de água e esgotamento sanitário, controle da qualidade de água, desenvolvimento de tecnologia simplificada e de baixo custo para proporcionar água potável e, ainda, a execução de melhorias sanitárias em escolas e residências.

As ações de controle das doenças transmitidas por vetores e reservatórios alcança cerca de 4.000 municípios de 26 Estados, abrangendo atividades de entomologia e vigilância epidemiológica: luta anti-vetorial — com tratamento de criadouros, borrifação, atenção aos indivíduos — exames laboratoriais e tra-

periféricos, nas formas ósteo-articular, gênito-urinária, meningo-encefálica, entre outras.

Nas crianças, a melhor maneira de prevenir é aplicando-se a vacina BCG. “Estamos testando a eficácia da revacinação em crianças com idade entre seis e dez anos”, explica Miguel Hijjar. A estratégia foi recomendada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde.

Supervisão — O quadro da assistência à saúde no Brasil está longe do ideal. O recomendado pela OMS é a realização de um tratamento supervisionado, onde o doente comparece todos os dias ao posto de saúde para tomar a medicação.

“É impossível fazer isso no Brasil porque seria necessário uma mega-estrutura para garantir o tratamento”. Miguel Hijjar dá o exemplo: “Imagine um centro de saúde com 200 doentes com tuberculose tendo de receber a medicação na boca todos os dias. Seria o caos”.

Na tentativa de minimizar o problema, o Ministério da Saúde executará o Programa Nacional de Controle da Tuberculose em 260 municípios com maior número de casos. Essas

O Brasil ocupa a sexta posição no mundo, superado apenas pela Índia, Indonésia, China, Filipinas e Paquistão. Na América Latina, a Organização Panamericana de Saúde (OPS) classifica a realidade brasileira como “severa”, numa situação apenas melhor do que Bolívia, Peru e Haiti, classificadas como de “extrema gravidade”.

localidades terão tratamento prioritário porque representam 75% dos casos da doença.

Também apresentam maior coeficiente de incidência por cada grupo de 100 mil habitantes, maior mortalidade devido à associação tuberculose-Aids e por se tratar de municípios onde o programa de controle da doença não estava funcionando.

Este ano, foram destinados R\$ 19 milhões do orçamento da União para a Pneumologia Sanitária. Mas, até setembro, o setor havia recebido menos da metade desse valor. Miguel Hijjar lamenta: “Além do contingenciamento, ainda tivemos um gasto adicional de 7 milhões de dólares na aquisição de comprimidos para distribuir gratuitamente a estados e municípios”.

tamento — e saneamento ambiental. As doenças objeto dessas ações são: malária, febre amarela, dengue, peste, esquistossomose, doença de Chagas, tracoma, filariose e leishmaniose.

Em relação a essa importante área de atuação da FNS, é necessário destacar os novos programas de controle da malária e do dengue, dois dos mais importantes problemas de saúde pública do Brasil, causando transtornos econômicos e sociais pois acarretam severas perdas de horas de trabalho, comprometem a ocupação de novos espaços, geram gastos expressivos com tratamentos e hospitalizações além de causar sofrimentos e mortes.

Apesar da atuação quase centenária dos órgãos de saúde pública do país na luta contra os mosquitos transmissores da malária e do dengue, esse programas podem ser considerados como novos no sentido de sua concepção, já que propugnam uma maior participação da comunidade nas ações de combate aos mosquitos transmissores — *Aedes* e *Anopheles* — e incorporam, no caso da malária, as ações de saneamento como instrumento fundamental para o controle dessa doença. A drenagem das áreas atingidas prevê a sua utilização imediata como área aproveitável para a agricultura, aumentando o espaço cultivável do país.

Devem, ainda, serem referenciadas as ações de normatização e coordenação voltadas para o controle da Hanseníase e de outras dermatoses, da tuberculose e de outras pneumopatias, das doenças imunopreviníveis, das hepatites, cólera e demais doenças entero-diarreicas.

Essas e demais ações da Fundação Nacional de Saúde delimitam, configuram e estão compreendidas nas definições de sua missão institucional, como órgão da direção nacional do Sistema Único de Saúde, que tem como finalidade promover, coordenar, normatizar e executar ações e serviços de saúde pública. Edmundo Juarez é médico sanitário, professor titular da Universidade de São Paulo e presidente da Fundação Nacional de Saúde

Dida Sampaio/ 27.02.94



Por que querem destruir o SUS?

Gilson Carvalho

A todo momento, em todos os cantos do país, na mídia escrita, falada e televisiva, existe uma orquestração sobre as fraudes do sistema de saúde. Gostaria aqui de discutir esta questão sob vários aspectos com a perspectiva de elucidar seus pontos fundamentais.

Existem preliminares nesta discussão em que todos nós devemos ter os conceitos calibrados. Cada dia vemos mais desinformação e confusão entre Sistema Único de Saúde (SUS) — Seguridade — Previdência — INPS — Inamps etc, e não dá mais para ficarmos derivando sobre esta questão tão essencial sem, ao discutirmos, estarmos falando das mesmas coisas.

Os conceitos que julgamos essenciais para a calibragem são os abaixo:

● **Seguridade Social** é o conjunto de ações dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos a: saúde, assistência social e previdência, garantidas na Constituição, no artigo 194.

O Sistema Único de Saúde tem dimensões desconhecidas da maioria dos seus críticos. Arredondando os números podemos afirmar que o SUS Brasil engloba: 6 mil hospitais, 500 mil leitos, 60 mil profissionais, 35 mil ambulatorios e unidades de diagnóstico e terapia.

● Saúde, assistência e previdência serão financiados por orçamentos fiscais de cada uma das esferas de governo e por recursos das contribuições sociais de empregados (sobre a folha) e de empregadores (sobre a folha), o faturamento (Cofins) e o lucro de pessoas jurídicas. Para a saúde deverá ficar um mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social sendo pelo menos 25% da contribuição de empregados e empregadores sobre a folha. O que nunca foi cumprido, daí a falta crônica de recursos.

● Caixas de previdência, IAS, INPS E Inamps fazem parte das várias siglas porque passou a previdência da classe trabalhadora incluindo aí também a cobertura à saúde. Desde a última reforma o INPS cuidava das aposentadorias e o Inamps da assistência médica, até a Constituição de 1988.

● O Inamps foi extinto oficialmente só em 1993 como determinado pela nova Constituição de que não devesse haver mais um sistema de saúde só para previdenciários (30 milhões), mas para todos os cidadãos (150 milhões), e com gerência única do Ministério da Saúde, não podendo mais ter múltiplas gerências e órgãos públicos de saúde em cada esfera de governo (Constituição Federal, art. 198, inciso I).

● União, estados e municípios têm, pela Constituição e pela Lei Orgânica de Saúde, a competência de serem responsáveis pela saúde da população (dever do estado). São competências comuns e específicas de cada uma das esferas de governo. Portanto: a descentralização tem que ser cumprida em obediência à Constituição. Não é um guardinha de esquina da milícia federal que vai contestar isto e dizer que a lei não vale e não pode ser feita a descentralização por que vai roubar muito.

● Os recursos arrecadados pelo governo federal através das contribuições sociais são de propriedade das três esferas de governo: União, estados e municípios, para que cada esfera de governo cumpra seus papéis constitucionais em relação à saúde. Apenas são arrecadados pelo governo federal que deveria distribuí-los a modo do FTE e FPM (respectivamente Fundo de Parti-

cipação de Estados e Municípios) direta e automaticamente aos Fundos de Saúde dos Estados e Municípios. Isto hoje acontece apenas para 44 municípios dos cinco mil existentes e para nenhum dos estados entre os 27. Daí se podem tirar todas as consequências da centralização e uma delas, sem sombra de dúvida, é a maldada corrupção.

● Os serviços de saúde públicos podem ser executados pelos próprios públicos e complementados pelo setor privado através de contrato administrativo, sendo dada preferência aos filantrópicos ou sem fins lucrativos. Portanto, não é um SUS estatal, mas um SUS público, aberto a todos os cidadãos, financiado por todos através de impostos e contribuições e controlado pelo Estado.

A partir destes princípios básicos fundamentais vamos poder discutir melhor os demais elementos envolvidos na corrupção do setor saúde.

A primeira questão que se impõe é ter o diagnóstico correto se existe corrupção no setor saúde e se possível ter o valor aproximado de qual seja o tamanho do rombo.

A área talvez mais denunciada e investigada nas últimas décadas foi a da saúde:

auditorias internas de rotina e excepcionais; auditorias do Tribunal de Contas da União; Comissões Parlamentares de Inquérito, Ministério Público, inquirições informais etc. etc.

A conclusão a que se chegou ultimamente foi de que: corrupção e fraude, mesmo no âmbito da saúde, não passava de cerca de 5% do total. Aquilo que, à primeira vista, parecia fraude, não passava de irregularidade administrativa que nenhum prejuízo financeiro trouxe ao erário público.

Mas, como assim? Não se falou tanto em 30% e mais de corrupção? Ainda que os sofistas falseadores da realidade se atenham à dubiedade das primeiras informações vazadas de que a fraude seria maior do que a totalidade dos recursos alocados à saúde!... Tantos bilhões de fraudes se estes números forem extrapolados. Tão ingênuos que não se apercebem que existe um limite físico onde não se pode fraudar mais do que existia de disponibilidade total de recursos!...

É bem verdade que o ideal seria não haver nenhum tipo de fraude, nem perda do sistema por algum outro ralo. Entretanto, por desconhecimento da questão em sua dimensão macro, fica a impressão de que tudo é um mar de fraudes! Um gigantesco mar, maior que o mundo!

● O Sistema Único de Saúde tem dimensões desconhecidas da maioria dos seus críticos. Arredondando os números podemos afirmar que o SUS Brasil engloba: 6 mil hospitais, 500 mil leitos, 60 mil profissionais, 35 mil ambulatorios e unidades de diagnóstico e terapia.

● O Sistema de Saúde desde os tempos imemoriais da Previdência por Caixas, por categoria profissional, pelo INPS e no final pelo Inamps foi administrado de maneira centralizada num país continental como o Brasil que conta com regiões em estágio de paleolítico e outras, como Primeiro Mundo.

● Os serviços prestados em todo o Brasil pelo Sistema de Saúde são cerca de 1,2 milhão de internações e 100 mil atendimentos ambulatoriais/mês. Como controlar, com o mínimo de validade, este volume de serviços de maneira centralizada? Um agente federal na porta de

cada instituição? Uma milícia de 40 mil homens?

● Para se ter idéia da dimensão disto vejamos: se em 100 milhões de atos praticados por mês houvesse um índice de 1% de fraude teríamos que demonstrar a cada mês 1.000.000 de atos fraudados, o que é extremamente difícil, senão impossível!

Diante do acima relatado, denunciar repetitivamente as mesmas fraudes dos últimos 10 anos é a tática de desgaste (guerrilha psicológica) utilizada pelas várias facções às quais interessa detonar o Sistema Único da Saúde. Ninguém agüenta mais tanta falta de imaginação: parto em homem, fimose em mulher, internação de morto etc. etc. E, na mídia televisiva, as velhas imagens de arquivo repetidas pela enésima vez!

● Nos grandes centros, além da saúde, não são suficientes e eficientes a educação, o transporte, a assistência social, a habitação, a alimentação, o lazer, a segurança etc. Não se trata de justificar erros com outros, mas sim de se buscar uma análise melhor, mais consistente. Por que todas estas áreas são deficientes e apresentam problemas nos grandes centros? A deficiência básica é das áreas ou dos centros que crescem acima de suas possibilidades de urbanização e garantia dos mínimos direitos sociais? Os incautos vão engolindo as falácias sofisticadas dos aproveitadores e da mídia inescrupulosa.

● A maioria dos apontadores de fraudes excessivas e acusadores contumazes do SUS pecam por não ter o mínimo conhecimento de que temos uma nova Constituição desde 1988, que a concepção de Federação mudou, que existe um Sistema Único de Saúde que não é financiado pelo governo federal mas sim pelas contribuições sociais arrecadadas pelo governo federal mas pertencentes às três esferas de governo para cumprirem com suas obrigações constitucionais em relação à Saúde. Quantos inquiridores e auditores de araque nos chegaram, e ainda chegam, perguntando sobre "um tal de SUDS" (nascido, morto e sepultado antes de 1988) ou do Inamps, que foi extinto em 1993, por ter já cumprido sua missão!

Nesta primeira rodada de identificação, vale fazer uma pergunta: esta orquestração moralizadora de denúncias de corrupção na saúde a que se deve? Eu começaria pela primeira pergunta de todo filme de detetive: a quem interessa "o crime"? Quem levará vantagens se o SUS for destruído? Em cima destas interrogações podemos adiantar respostas de "probabilidades" cuja comprovação dependeria de pesquisa específica:

1) os que se aproveitam das falhas do SUS para ganhar dinheiro vendendo planos, seguros e outras facilidades.

2) os neoliberais que defendem o estado mínimo e querem deixar também a área social na economia de mercado;

3) os economocratas de plantão, lacaios do FMI, Banco Mundial e outros organismos financeiros internacionais que, cumprindo cartilha, tiram recursos do social para pagar dívidas já pagas várias vezes ou negociáveis a menor;

4) os que lidam com finanças e sua representação associativa: em represália à possível volta do IPMF, defesa do Ministro da Saúde, como última tábua de salvação para, emergencialmente tirar a saúde do caos em que foi lançada...e

Após esta descrição, podemos dizer que as causas do

caos do sistema e da prática de corrupção existentes podem se resumir nas seguintes:

■ centralismo administrativo do nível federal
■ controle ineficiente pois mais centrado no controle pós-fato
■ tradição de trinta anos de terceirização sem controle
■ pagamento de serviços comprados com defasagem de preços e prazos (R\$ 2,00 a consulta paga, em média, 75 dias após terem sido feitas).

as causas principais aí estão. Só a partir de seu combate conseguiremos chegar à garantia de um sistema de saúde da maior expressão, onde as pessoas sejam atendidas da melhor forma em sua integralidade e dentro do princípio da universalidade e equidade.

Precisamos, como combate à corrupção na saúde, cumprir as leis:

a) descentralizar para estados e municípios a gerência do SUS. Isto é lei, desde 1990 e até hoje só se descentralizou efetivamente para 44 municípios e nenhum estado! Há uma certeza mundial de que a chance de corrupção e fraudes nos municípios é muito menor que nos estados e na União... e pela experiência brasileira eu tenho a maior das certezas disto!...

b) os gestores municipais, esfera mais descentralizadora do poder deverão fazer o controle prévio, durante e depois;

c) a garantia dos recursos da lei em 1995 (Lei do Plano Plurianual existente e descumprida pelo governo) para que se paguem os parceiros, contratados e conveniados, de uma forma justa, em preços e prazos sepultando a hipocrisia atual de pagar uma consulta a 2 dólares, meses após, quando seu custo mínimo é de 10 dólares.

Um dos condicionantes da baixa corrupção é o relacionamento justo entre as partes: a parte exploradora mais cedo ou mais tarde terá como consequência constataável, ainda que injustificável, a busca do ressarcimento nem sempre pelos meios legais. Saíamos do embuste, da falácia dos aproveitadores que defendem o sofisma de que só se deva passar mais dinheiro à saúde depois de zerar a fraude e a corrupção.

Isto é falso, hipócrita e injusto: uns fraudam e todos pagam!

Protestemos como cidadãos que precisamos dos serviços.

Protestemos em nome de todos aqueles que, honestamente, prestam serviços à população através do SUS:

A maioria dos que apontam fraudes excessivas e acusam o SUS pecam por não ter o mínimo conhecimento de que temos uma nova Constituição desde 1988, que a concepção de Federação mudou, que existe um Sistema Único de Saúde que não é financiado pelo governo federal

profissionais e instituições.

Não se pode mais cometer a hipocrisia de prejudicar os honestos já que não se consegue punir os delinquentes.

A saúde clama por justiça, em defesa do direito de todos os cidadãos. Saúde como fruto de um novo modelo e assistência integral, privilegiando a prevenção, com gestão descentralizada e eficiente e com participação da população.

■ Gilson Carvalho é médico pediatra e de Saúde Pública, ex-diretor do Sistema Único de Saúde

MALÁRIA

Margens de lagoas e igarapés cercados de árvores. Esse é o habitat natural do mosquito Anopheles, transmissor da malária. A fêmea da espécie gosta de picar suas vítimas ao entardecer até por volta de 21h e entre 4h e 7h da manhã.

O macho fica pelas copas das árvores, mas a fêmea precisa do sangue para a maturação dos seus ovos. De janeiro a junho deste ano, foram feitos exames de sangue em mais de um milhão de pessoas com suspeita de ter contraído a doença.

Ano passado, 2,7 milhões de pessoas estavam sob suspeita de ter a doença, em todo o país. Desse total 564,4 mil foram confirmados por exame de laboratório, 99,3% dos casos — 560,4 mil — foram registrados na Amazônia.

É nessa região que ocorre a maioria dos casos, atingindo Pará, Rondônia e Mato Grosso. Ali concentram-se 400 mil doentes. A situação é mais grave nas áreas de garimpo e de exploração de madeira. Há pessoas que chegam a pegar malária mais de 15 vezes.

“O Ministério da Saúde não tem registro de óbitos da doença porque o paciente não morre de malária, mas devido a complicações provocadas por ela”, esclarece o técnico da Gerência de Malária da Fundação Nacional de Saúde (FNS), Carlos José Mangabeira da Silva.

Ele próprio calcula em 0,6% - cerca de 1.150 - a taxa de mortalidade em função das complicações. Oficialmente, o Ministério não registra mais do que 250 óbitos ao ano.

Parasito — Entre as complicações que um doente com malária pode ter estão a insuficiência hepática, insuficiência renal aguda e o coma. O parasita transmitido pela fêmea do mosquito, quando cai na corrente sanguínea, aloja-se no fígado e ali usa uma célula hepática para se reproduzir.

Quando a célula do fígado se rompe, os novos parasitas caem no sangue, invadem os glóbulos vermelhos, passando a alimentar-se das hemácias. Aí ele inicia um novo ciclo reprodutivo,

destruindo as hemácias.

É nessa fase da doença que os médicos recomendam o uso de drogas, porque enquanto estiver alojada no fígado a medicação não faz efeito. O tratamento da malária é feito com medicamentos específicos e de distribuição gratuita, produzidos exclusivamente para o Ministério da Saúde. “Não são remédios que você encontra para comprar em farmácias”, esclarece Carlos Mangabeira.

As drogas mais usadas são feitas a partir do quinino: cloroquina, primoquina, o próprio quinino, mefloquina, antibióticos (tetraciclina e clindamicina) e os derivados da artemisinina (descoberta mais recente).

Sintomas — Quando a malária se instala no organismo, a pessoa infectada pelo parasita apresenta febre, calafrio, suor abundante, tremedeira, anemia, mal-estar geral, dor de cabeça e perda de apetite.

Para evitar a doença, quem vive nas áreas endêmicas (onde a doença existe) deve evitar as margens de lagoas e igarapés ao entardecer até depois das 21h, usar mosquiteiros, colocar telas nas janelas, usar calças e camisa de mangas compridas e repelentes.

Controle — A Fundação Nacional de Saúde preparou um Projeto de Controle Integrado da Malária no Brasil, a ser executado de 1995 a 1998. O projeto será conduzido no sentido de evitar mais mortes por malária, reduzir a incidência da doença, impedir que o mosquito retorne aos locais de onde foi exterminado e prevenir epidemias.

A atenção estará prioritariamente voltada para a Amazônia Legal, responsável por 99% dos casos. Serão atendidos 651 municípios dos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins, totalizando 18,6 milhões de habitantes.

As áreas de alto risco incluem 147 municípios onde vivem mais de 3,8 milhões de pessoas, com registros de 478,8 mil casos de malária.

Dados epidemiológicos de malária referentes a 1994

ESTADO	POPULAÇÃO DÁ ÁREA ENDÊMICA	PESSOAS ATENDIDAS	
		EXAMINADAS	POSITIVO
AMAZÔNIA LEGAL			
Acre	446.943	88.455	26.349
Amapá	318.051	42.486	12.256
Amazonas	2.272.233	231.814	66.032
Maranhão	5.120.800	241.265	28.189
Mato Grosso	2.234.155	322.260	99.000
Pará	5.643.002	565.879	168.169
Rondônia	1.312.835	514.816	133.838
Roraima	259.763	92.130	24.467
Tocantins	988.491	43.187	2.101
SUB-TOTAL		2.142.292	560.401
EXTRA-AMAZÔNICA			
Piauí	2.500.000	52.874	448
Ceará	2.400.000	33.079	130
R.G. do Norte	1.100.000	16.345	26
Paraíba	1.200.000	4.856	18
Pernambuco	4.300.000	15.670	52
Alagoas	900.000	355	5
Sergipe	750.000	1.443	3
Bahia	7.500.000	281.909	170
Minas Gerais	2.400.000	14.129	282
Espírito Santo	1.000.000	48.528	243
Rio de Janeiro	5.600.000	5.966	62
São Paulo	1.000.000	4.248	653
Paraná	1.000.000	10.250	539
Santa Catarina	1.800.000	3.753	57
R. G. do Sul	—	142	69
Goiás	2.300.000	29.460	664
M. Grosso do Sul	1.800.000	6.022	408
Distrito Federal	—	632	176
SUB-TOTAL		529.661	4.005
TOTAL		2.671.953	564.406

Fonte: Fundação Nacional de Saúde

André Brant/ 30.11.94



Os garimpos e as regiões de exploração de madeira são as áreas de mais alto risco de se contrair a malária. O mosquito transmissor vive em igarapés cercados de árvores e em áreas alagadas. Há casos de garimpeiros que contraíram mais de 15 malárias. No ano passado, 2,7 milhões de pessoas estavam sob suspeita de ter a doença. A região onde ocorre mais casos é a Amazônia, onde se concentram cerca de 400 mil doentes.