

O GLOBO

NOSSA OPINIÃO

Às cegas

19 MAI 1996

Parece um paradoxo. Segundo o último relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), no Brasil, 95% dos nascimentos são assistidos por pessoal de saúde treinado. Mas, segundo pesquisa do mesmo ano de 1995, encomendada por outra agência da ONU, o Fundo das Nações Unidas para a População (Funap), morrem, no Brasil, 270 mães para cada grupo de cem mil crianças nascidas vivas.

Esta última pesquisa certamente não é do conhecimento de José Formiga, chefe do programa de assistência à mulher do Ministério da Saúde. Ele trabalha com números enormemente inferiores, colhidos em dados oficiais de 1991: 114 mães mortas (42% apenas, do total, enviado para a Funap) em cada grupo de cem mil crianças nascidas vivas.

Nessa diferença gritante das estatísticas, porém, pode estar a primeira explicação para o aparente paradoxo: em matéria de assistência à

gestante e da existência de cuidados adequados na hora do parto, a política nacional procede às cegas — nem tem controle sobre a confiabilidade dos números oficiais nem tem dados para examinar criticamente outros números.

Sobre esse terreno movediço está assentado o SUS

Sobre esse terreno movediço está assentado o SUS. É o Sistema Único de Saúde, uma descentralização dos serviços públicos de saúde, com a finalidade de os pôr ao alcance de todos, mas com frágil possibilidade de prestá-los convenientemente.

Daí para a ausência de controle sobre as clínicas conveniadas, instância necessária dos milhares de casos que anualmente não conseguem ser atendidos na rede pública, será um passo só. E intervir nelas, depois de constatados seus er-

ros, fraudes ou deficiências, é apenas pôr a trancar na porta, depois de arrombada. Não deveria ser tão difícil assim evitar o morticínio de mães, num país que alcançou níveis bastante razoáveis de desenvolvimento econômico.

OUTRA OPINIÃO

Novo modelo

ADIB D. JATENE

Desde o início da década de 50, acompanho as modificações que vêm ocorrendo no sistema de saúde do país. Posso afirmar que nenhuma se compara, em abrangência e profundidade, com a que vem ocorrendo nos últimos anos.

A descentralização das ações de diagnóstico e tratamento, a partir de 1993, significa também transferência de responsabilidades, o que também custa a ser absorvido pela população. O Ministério da Saúde no novo sistema não é mais o único responsável por tudo o que ocorre no setor em qualquer parte do país. O que ele tem de oferecer é suporte técnico e financeiro, normatização etc., ficando a execução e grande parte da fiscalização com os níveis local e estadual. Tanto isso é difícil de ser absorvido que, em qualquer acontecimento desfavorável, a cobrança ainda continua a ser feita quase exclusivamente ao Ministério da Saúde.

Por isso a "engenharia" que encontramos, visando a montar esta nova configuração do sistema de saúde, pareceu-nos adequada e possível de ser aprimorada, desde que Ministério, Secretarias estaduais e Secretarias municipais conseguissem criar e fortalecer instrumentos institucionais capazes de permitir o entendimento e a integração, sem submissão, baseados em premissas claras, intelectualmente honestas e que colocassem, acima de tudo, o interesse da população, em particular a de baixa renda. O Ministério conduz um novo modelo baseado em dois programas. O Pacs, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, onde cada agente, morador obrigatório da comunidade há pelo menos dois anos e selecionado entre os indicados pelos moradores, cuida, em média, de 150 famílias. Ele é treinado para visitar pelo menos uma vez por mês cada família. Faz o levantamento de todas as pessoas, estimula as gestantes ao pré-natal e as prepara para o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses, pesa as crianças todo mês, controla a cobertura vacinal, leva soro caseiro, que ensina como usar, assim como

o cloro, para ser utilizado onde não há fornecimento regular de água. O outro programa é o PSF, Programa de Saúde da Família. Cada equipe é composta por um médico, uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem e trabalham na área coberta por seis a oito agentes. Cada agente cuida portanto de 600 pessoas, em média, e cada equipe do PSF, de cerca de quatro mil pessoas. O médico fica um período no posto ou centro de saúde e, no outro período, visita as famílias que o agente identifica.

Quando qualquer elemento dessa comunidade precisa de atendimento hospitalar ou ambulatorial especializado, o médico da equipe o encaminha e o recebe de volta, com o relatório para acompanhamento.

Já temos cerca de 40 mil agentes de saúde e já conseguimos implementar perto de mil equipes do PSF. Esta atuação vem se fazendo preferentemente nos municípios mais pobres incluídos no projeto de redução da mortalidade infantil, predominantemente no Nordeste, mas deverá ser expandido para as periferias das grandes cidades, como já ocorre em Recife, com muito sucesso.

Os resultados já se fazem presentes. Nas áreas onde os programas estão instalados, a queda da mortalidade materna e infantil é dramática. Jaramataia, notabilizada pelo Unicef como o município de maior mortalidade do país, com

333 óbitos por mil nascidos vivos, apresentou de agosto de 1995 até o início de maio deste ano, 81 nascidos vivos e apenas três óbitos ou 37 por mil. Nossa expectativa é de que o aporte de novos recursos decorrentes da aprovação da CPMF não só permita ampliar este atendimento, como também recuperar todo o sistema de saúde, para que as populações de baixa renda possam conviver com eliminação das filas, da sobrecarga dos serviços de emergência, com fornecimento de água de qualidade, esgotamento sanitário, destino e tratamento adequado do lixo, em resumo, possam ter acesso a atendimento digno que deve ser oferecido a todos.

ADIB D. JATENE é ministro da Saúde.

... a queda da mortalidade materna e infantil é dramática
