

## LINHAS PRIORITÁRIAS DE PESQUISA EM ÁREA DE SAÚDE\*

Jayme Neves\*\*

### *Visão Panorâmica do Problema*

Em fevereiro de 1975, quando da realização do III Simpósio Nacional de Pós-Graduação nas Áreas Biomédicas, em Ribeirão Preto, ao analisarmos seus objetivos (Cerifa, Gráfica e Editora Ltda, 1975, 266 pp), afirmamos que para tornar o ensino pós-graduado menos verbal, menos abstrato, menos livresco, a primeira condição deve ser o contato com os fatos e com os problemas atuais do meio pela observação e pela pesquisa em todos os campos favoráveis às investigações sócio-biomédicas. O que pretendia com essa afirmação era habituar o aluno à investigação dos fenômenos biomédicos no contexto social em que vive, fazendo-o compreender o valor e o alcance dos fatos, sem o que se movimentará, inapelavelmente, num horizonte estreito de informações e de erudição e, *ipso facto*, sem perspectivas para o trabalho científico essencialmente criador. Em outras palavras, pretendia conceituar a necessidade de cada aluno ser emulado a sentir que todo o problema exige uma solução e que é a exigência da solução do problema que constitui, nos dizeres de J. Dewey, "o fator orientador em todo o processo de reflexão".

Passados três anos, encontrando-nos agora em meio à Jornada Goiana de Pesquisadores, de feliz iniciativa da Universidade Federal de Goiás, voltamos a pontificar, particularmente considerando o tema *Linhas Prioritárias de Pesquisa em Área de Saúde*, a imperiosidade de se reclamar dos vocacionados ao magistério e à pesquisa na área da saúde a participação efetiva das soluções aos problemas angustiantes médico-sociais de nossas comunidades.

É preciso deixar claro que nossa responsabilidade implícita na atividade que exercemos no magistério não deve permitir outra atitude, senão a de sensibilizar alunos e professores de nossas escolas médicas e de outras áreas da saúde para a saúde das comunidades. Em outras palavras, torna-se essencial que propugnemos pela formação de estudiosos com conhecimentos suficientes do modelo de serviços de saúde mais adequado à realidade, na qual irão exercer sua atividade profissional. Assim sendo, na formação do aluno que nossas comunidades exigem — no grau de desenvolvimento em que se encontram — deveria ser inadiável a adequação dos seguintes objetivos em seu currículo:

- a — do compromisso de uma perspectiva rural;
- b — da aplicação suficiente dos recursos locais;
- c — da utilização máxima da participação da comunidade;
- d — do emprego das atividades curativas orientadas como via de acesso, para que possa implantar, tão profundamente quanto possível, as atitudes que valorizam as atividades preventivas e de promoção da saúde.

Com estas ponderações iniciais, apenas pretendemos firmar a convicção de ser inadmissível que nossas escolas médicas, por exemplo, ainda resistam encerrar a medicina como filosofia social. Ao insistirem na modalidade tradicional de ensino, centrado exclusivamente nos hospitais, em detrimento de uma formação médica voltada para a comunidade, nos centros de saúde e no domicílio das regiões peri-urba-

\* Trabalho apresentado na II Jornada Goiana de Pesquisadores, Goiânia, 02-04.10.1978.

\*\* Professor Titular da Clínica das Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Pesquisador do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

nas e rurais, nada mais fazem do que atrasar o processo de desenvolvimento humano e social, no que diz respeito à aquisição das necessidades básicas do homem e das comunidades. Vale enfatizar aqui que urge fazer alguma coisa que conscientize, pelo menos o estudante de medicina, da imperiosidade de se diminuir a grande distância que separa o exercício da medicina curativa nas instituições tradicionais de ensino e a exigida na saúde pública coletiva.

Não é tarefa fácil, todos o sabemos, a implantação de um modelo de ensino que estabeleça, por exemplo, nossas regiões rurais como um "grande hospital", melhor ainda, como comunidades plenas de oportunidades de ensino e pesquisa de problemas médicos-sociais. Há praticamente dez anos, em relatório encaminhado à Faculdade de Medicina da UFMG (Relatório das Atividades da Clínica das Doenças Tropicais e Infectuosas de 1968), assim nos colocávamos diante da questão: "Na medida em que se tem tornado árdua a tarefa de romper o tradicionalismo pedagógico de nossas escolas de medicina, ingente também tem sido o esforço de fazer sentir ao aluno que sua formação médica deve possuir profunda vinculação com a nossa realidade nacional. De ambos os lados têm surgido resistências compreensíveis, mas indesejáveis, posto que colidem com compromisso que não é só nosso, mas de todas as escolas de medicina de países em desenvolvimento. Para que estas resistências em seus desafios não comprometam a finalidade primeira de renovação urge que nós, do corpo docente, nos antecipemos na tarefa de renovar-nos".

Em nossa Faculdade, muito pouco se conquistou, em termos de atitudes de mudança, nestes últimos dez anos. Dois marcos de novas aberturas, entretanto, devem ser ressaltados. De um lado, os alunos, em face de um novo e promissor currículo, já aprendem a estudar homem doente verticalizado nos ambulatórios; um passo mais, teremos este homem em suas novas dimensões, e integralmente considerado em seu meio social. Nasce, assim, a perspectiva de se adentrar na comunidade, questionando-a sobre seus problemas prioritários e conclamando o alunado e os docentes à pesquisa de soluções adequadas à realidade que observam. De outro lado, conquistou-se um Curso de Pós-Graduação em Medicina Tropical, a nível de Mestrado e Doutorado, ambos reconhecidos pelo Ministério da Educação e Cultura, o que coloca nossa Faculdade em sérias responsabilidades diante do ensino e da pesquisa em torno

dos problemas de saúde que envolvem nossa realidade nacional. E isto se faz ao tempo em que a OMS se empenha em ambicioso e inovador "Programa Especial de Investigação e Ensino sobre Doenças Tropicais", contando, para tanto, com a cooperação do PNUD (Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento), do Banco Mundial e de recursos vultosos dos estados membros. As resistências também se encontram à vista. Acreditamos, todavia, serem irrelevantes os esforços dos que ostensiva ou veladamente se opõem a estas duas conquistas, no que significam elas em caminho de adequação da medicina aos anseios de nossas comunidades.

É claro que a abordagem dos problemas de saúde do Brasil por inteiro se afigura sumamente difícil. Se atentarmos, à guisa de novo exemplo, para os problemas de saúde de uma região crítica do Estado de Minas Gerais — o Vale do Rio Jequitinhonha — baseando-nos em dados fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde, as coisas podem parecer desconcertantes. Senão vejamos: em virtude de naturais deficiências e dificuldades de informação e coleta de dados, os problemas sanitários da região mais problemática de nosso Estado só podem ser comparáveis aos da Suécia, onde são baixíssimas as taxas de crescimento demográfico e mortalidade materno-infantil e inexistem condições mórbidas dependentes de má nutrição proteíno-calórica, bem como de sua sintropia com as doenças infectuo-parasitárias. Trata-se, evidentemente, de um insensato e paradoxal confronto, mas que é gerado pelos incompletos e inexatos dados das estatísticas sanitárias.

Existem outros jequitinhonhas por este Brasil a fora, entre o Chui e o Amazonas, dos quais se fala com inescrupuloso derriço, prestando-se, assim, a confrontações jocosas e insensatas. Mas, mesmo aos habitantes do Vale do Jequitinhonha, a ninguém ocorreria a quimera de imaginar-se com o direito a sobreviver à maioria dos revezes e humilhações que as doenças imprimem à dignidade de ser. Por outro lado, também não deveria ocorrer a ninguém dotado de consciência crítica a idéia de ser privado de um estado de saúde que reflita a desesperança de conseguir uma produtividade social e econômica entre razoável e elevada; trata-se, afinal, da conquista de uma necessidade básica e, a um tempo, de um direito fundamental do homem, conforme explicita o preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde. É irrecusável, no entanto, que para se conseguir este estado de bem-estar se devam mobilizar

esforços integrados, no sentido de se combater a doença e de se obter melhorias nas condições de vida e de produtividade. Em última análise, a soma destes esforços vem demonstrando como é estreita a vinculação da saúde com o desenvolvimento social e econômico, e como há quanto tempo nos enganávamos a nós mesmos, nos dizeres de Vernet, com a atraente, porém absurda idéia de que a saúde não tem preço.

Segundo cálculos fundamentados e recentemente fornecidos pelo Diretor Geral da OMS, durante a XXX Assembléia Mundial de Saúde (maio de 1977), pôde-se calcular em 150 dólares, por pessoa, o gasto anual socialmente justo para que se consiga um grau notável de bem estar individual, familiar e social, incluindo a promoção da saúde. Em cálculos finais, esta quantia equivaleria à participação da proporção ínfima de 0,25% do orçamento anual total dos serviços de saúde dos países industrializados ou não, transformados em recursos externos transferidos para atender, mediante esforços integrados, as necessidades humanas básicas. Apesar dos cálculos serem estribados em experiências nacionais autênticas, não conseguiu Dr. Mahler esquivar-se de um questionamento sobre a autenticidade da interdependência e da solidariedade internacionais. De qualquer forma, porém, repetem-se aqui as mesmas dúvidas contidas na alocação do eminente cientista patricio, Maurício Candau, em 1971, quando Diretor Geral da OMS, no Curso do 51º período de sessões do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas: "Tendo em vista, dizia ele, que mediante uma modesta inversão no setor da saúde pode-se obter espetaculares benefícios sociais, espero firmemente que os governos e os organismos internacionais não invoquem como escusas as dificuldades econômicas".

A verdade é que a saúde tem o seu preço: mesmo para os habitantes do nosso malfadado Vale do Jequitinhonha. Existe consenso que este preço se relaciona estreitamente com o de outros processos de desenvolvimento social e econômico. De tal maneira se integram estes elementos, que não é mais possível assegurar a paz e o progresso da humanidade, enquanto esta permanecer rigidamente dividida entre nações ricas e pobres, falecendo às últimas, entre outros, um direito fundamental do homem: o de cada pessoa poder mostrar-se isenta ao assédio de doenças evitáveis. Em outros termos, apesar dos grandes progressos da ciência e das grandes transformações sociais, que estão a modificar o próprio conceito de saúde, os

países ricos estão criando, a cada passo, novas e complexas doenças e sofisticando meios de combatê-las, enquanto os pobres permanecem cada vez mais marginalizados em seu direito à satisfação de suas necessidades mínimas e primárias de saúde.

E por necessidades primárias ou básicas em matéria de saúde deve-se entender:

- a — abastecimento de água potável e destino higiênico dos dejetos;
- b — proteção da morada contra insetos e roedores;
- c — assistência materna antes, durante e após o parto;
- d — cuidado da criança (puericultura);
- e — planejamento da família;
- f — imunização contra as principais doenças infectuosas;
- g — aquisição de consciência crítica quanto ao direito à saúde e quanto às vantagens de sua preservação.

Não foi por outra razão que o Presidente Carter, paladino dos direitos humanos em nossos dias, em mensagem endereçada ao Presidente da Assembléia Geral das Nações Unidas, realizada em maio de 1977, advertiu a todos que "as diferenças em relação à saúde e à produtividade existentes entre as nações desenvolvidas e as em vias de desenvolvimento agravam inevitavelmente a estabilidade política e social no mundo, e se devem à desigualdade na distribuição do consumo de alimentos, de energia e de água".

No estágio atual de nosso desenvolvimento, mesmo considerando, como pretende Bresser Pereira, da Fundação Getúlio Vargas, ser o Brasil singularmente um país subdesenvolvido industrialmente, em termos de saúde, nossa situação pende mais para o desalento, pois se nivela à das regiões mais pobres do mundo. E entre os indicadores deste estágio de desenvolvimento — em que as comunidades não mais conseguem soffrear suas desesperanças ante ao círculo vicioso da pobreza, da doença e da má nutrição — os seguintes devem ser ressaltados:

- a — taxa elevada de crescimento demográfico;
- b — alta taxa de mortalidade materno-infantil, sendo que em muitos grupos populacionais, uma em cada quatro crianças morre antes de atingir o primeiro ano de idade;
- c — carência de alimentos suficientes para que se consiga um crescimento e desenvolvimento normais dos indivíduos;
- d — doenças transmissíveis epidêmicas e

endêmicas a constituírem uma realidade cotidiana, e a grande maioria das pessoas (talvez 80% delas) apenas têm acesso — ou absolutamente não o tem — às chamadas técnicas sanitárias, que são enfaticamente citadas como deslumbrantes exemplos do engenho e do progresso técnico do homem moderno (Newell, OMS, 1975).

Em nosso entendimento, tendo em vista os indicadores acima, mais relevante do que apressar a demarcação de linhas prioritárias de pesquisa em áreas de saúde deve ser a determinação de ver este panorama. De frente, como se impõe, sem eufemismos e rebuscos, como convém. Melhor ainda do que a determinação de ver, deve ser a fixação do compromisso de fazer alunos e docentes aprenderem a ver este quadro nada lisonjeiro, que os economistas do Banco Mundial costumam designar de "extrema pobreza". De fato, aprender a ver e a observar resulta em uma das mais difíceis tarefas da aprendizagem. Mas se não é possível improvisar um pesquisador, por certo é preciso fazer observar, investigar e refletir se quisermos aprender a ver claro e a raciocinar sobre a realidade que af está. O homem da ciência só encontra o que observa, ou melhor, a partir da coisa observada. E, na realidade, "quem não sabe o que procura, não entende o que encontra" (Claude Bernard).

Ainda que seja, até certo ponto, compreensível a transferência de uma tecnologia de países desenvolvidos com o objetivo de minorar os problemas de saúde dos países subdesenvolvidos, ajudando-os a modernizar-se o problema essencial continuará sem solução. O essencial, ninguém hoje ignora, não se enraíza no reclamo da modernização, mas, ao contrário, na exigência de melhoramento das condições de vida das populações necessitadas. Antes de mais nada, é preciso "dar-lhes a oportunidade para que, com seus próprios recursos — e a seu modo — como seres humanos que são, encontrem as formas mais apropriadas para satisfazer suas necessidades específicas; devemos aprender através de nossas próprias experiências. A menos que reconheçam o fato de que o que mais necessitam são de novas soluções, os países em desenvolvimento nunca se beneficiarão das inumeráveis contribuições que podem outorgar-lhes esse formidável acúmulo de conhecimentos da raça humana (Acuña, in Nuevo enfoque em los sistemas de salud de las Americas, OPS, 1975).

Assim é que acreditamos também se imponha, em termos nacionais, a necessidade de

observar e de meditar sobre os problemas magnoz de saúde deste vasto território. O panorama é ainda desgraçadamente consternador. Sob o estreito ângulo das doenças nutricionais e infectuo-parasitárias, por exemplo, este é o quadro de nossa realidade atual:

a — Não há registros confiáveis sobre a importância do papel da desnutrição no país. Sabe-se, entretanto, que ela se transformou num dos maiores problemas sanitários do mundo moderno, havendo milhões de pessoas com Kwashiorkor, marasmo, cerato-malácia, anemia, bócio e raquitismo. A má nutrição, isoladamente, não figura nas estatísticas como causa de morte, mas, quando em sintropia com as doenças infectuosas e parasitárias, conduz a um círculo vicioso de deterioração acelerada da saúde, fenômeno que integra a chamada "síndrome da miséria", causa expressiva de deficiência de crescimento, de atraso mental e de óbitos. Através de cálculos atuais mais aceitáveis, a média mundial da mortalidade de lactentes é de 98 óbitos para 1.000 nascidos vivos (com intervalo entre os valores extremos de 10 a 200), o que significa que, de cada dez crianças, uma morre em seu primeiro ano de vida. Nos países em desenvolvimento, este intervalo é de 10 a 20 vezes maior que na maioria dos desenvolvidos. As taxas de mortalidade perinatal e neonatal são elevadas, porém são maiores as de mortalidade post-natal provocada, sobretudo, pela má nutrição e pelas doenças infectuosas (OMS, Série de Informes Técnicos nº 600, 1976). Sabe-se, também, que em muitos países em desenvolvimento, não se excluindo o Brasil, os óbitos de crianças menores de cinco anos representa mais de 50% da mortalidade geral, sendo precisamente a má nutrição a principal causa básica desta mortalidade infantil (Crónica de la OMS, 31: 307, 1977).

Sob outro ângulo, a complexidade que caracteriza a epidemiologia das helmintíases intestinais, particularmente da ancilostomíase, decorre, em última análise, de sua unidade biológica com a desnutrição. São imprecisos os registros nacionais sobre a prevalência das helmintíases, todavia, os dados fornecidos pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais (hoje SUCAM), relativos ao ano de 1968, confirmam uma elevada incidência; entre 2.440.467 exames realizados pelo Departamento em todo o território nacional, 619.832 (28%) foram positivos para ancilostomídeos, 1.547.385 (63,4%) para *A. lumbricoides*, 954.515 (39,1%) para *T. trichiura* e 58.494 (2,4%) para *S. stercoralis*.

b — Apesar da existência no Brasil de um programa de luta contra a esquistossomose, com a finalidade de impedir ou de reduzir o aumento de sua transmissão, a doença continua em franca expansão, estima-se em aproximadamente 12 milhões o número de esquistossomóticos no país, não sendo possível expressar em termos econômicos a exata importância dos danos causados pela doença, tanto nas áreas tradicionalmente endêmicas como nas recentemente invadidas, em decorrência de obras de irrigação e do estímulo à ocupação territorial e à colonização. Em sua expansão, a esquistossomose segue o caminho das migrações de nortezinhos para o sul e para o centro, bem como por contiguidade, conforme a receptividade ecológica, as condições de mau saneamento e o baixo nível sócio-econômico das comunidades. As áreas de desenvolvimento agrícola, baseadas na irrigação, constituem os pontos de maior atuação da colonização com o perigo de, para elas, afluir uma população de todos os pontos do país, especialmente de áreas subdesenvolvidas e com índices de prevalência revelando hiperendemicidade para a esquistossomose.

Conquanto no plano individual se disponha de um arsenal terapêutico adaptável à realidade nosológica de cada paciente, possibilitando até elevados índices de cura, os fatores que favorecem a expansão da esquistossomose tornam inviáveis os programas de profilaxia global e, particularmente, o rompimento da cadeia epidemiológica através do tratamento específico de massa.

c — A doença de Chagas representa ainda hoje um dos maiores problemas sanitários do Brasil, não somente em virtude de sua elevada prevalência como pelos danos que causa à população, em termos de morbidade e letalidade. Em 1960, segundo os peritos da OMS, estimava-se para o Brasil a existência de 4 milhões de "chagásicos", sendo de 20 milhões o número de pessoas expostas ao risco. Segundo Pinto Dias (1977), em face de extrapolação de dados de 1950 (data de início da desintenzificação com BHC), situa-se em 12 milhões o número de pessoas expostas ao risco, admitindo-se a hipótese de que, no mínimo, 1 milhão de pessoas teriam deixado de contrair a doença, se o combate ao vetor se efetivasse concretamente desde 1950. Nos dias de hoje, o Ministério da Saúde calcula que existe cerca de 5 milhões de doentes em todo o país, estimando-se em 35 milhões o número de pessoas expostas, por residirem em áreas endêmicas na América Latina.

A doença de Chagas situa-se entre as ende-

mias ligadas ao subdesenvolvimento, estando estreitamente vinculada ao subemprego, às péssimas condições de moradia, à miséria, à subnutrição, com implicações evidentes nas esferas econômicas, políticas e administrativas do país. Continua reduzida ou quase nula a eficácia do tratamento específico da infecção. No plano de procedimentos profiláticos de base, o problema da doença de Chagas já se encontra há muito equacionada, sendo prioritariamente executado nos seguintes níveis: luta antivetorial, constituindo a medida fundamental e melhoria da habitação, substituindo as "cafuas" por moradias inadequadas à colonização do transmissor; e profilaxia da transmissão transfusional. Conforme o Ministério da Saúde "a solução definitiva, contudo, será a melhoria das habitações, resultante da elevação do nível sócio-econômico e sanitário da área chagásica". Posição semelhante foi adotada pelo ex-Secretário de Estado da Saúde do Estado de Minas Gerais, Dr. Dario Tavares, ao admitir que "o problema da doença de Chagas é mais uma questão de BNH do que de BHC".

d — A malária, também hoje, direta ou indiretamente é corresponsável pela depopulação de extensas zonas rurais, pelo absentismo que gera improdutividade e pelo conformismo com uma vida orgânica, psíquica e socialmente deprimida. Em última análise, ela participa da "síndrome de privação social", a que está sujeita uma grande parcela da população dos países em desenvolvimento. A área malárica original no Brasil abrange todas as unidades da Federação, excluindo o Rio Grande do Sul. Ela compreende cerca de 7 milhões de Km<sup>2</sup> correspondendo a 85% do território nacional. A população da área malárica original compreende cerca de 40 milhões de habitantes, dos quais 4 milhões vivem em áreas das quais a malária já foi erradicada; 14 milhões vivem em áreas das quais a transmissão encontra-se interrompida; e 22 milhões vivem em áreas de franca transmissão da doença. Em plena época em que se valoriza um plano nacional de controle da malária, só no presente ano (até o mês de junho) foram registrados 101.081 casos de malária no país (Bol. Epidemiol. M. Saúde, nº 21-22, 1978).

e — A leishmaniose tegumentar foi diagnóstica em todo o território nacional, sendo a maior incidência em São Paulo, Paraná, Minas Gerais e Pernambuco. A prevalência foi sempre maior nas zonas com vista à construção de estradas ou à formação de cidades, vilas e fazendas, ou ainda, durante a extração da borracha ou colheita de erva mate.

f — O quadro epidemiológico da leishmaniose visceral no mundo se mantém bastante constante na maioria das zonas endêmicas. Trata-se de zoonose de comportamento predominantemente rural. Conquanto os conhecimentos atuais da leishmaniose visceral não permitem estabelecer a distribuição real da endemia no Brasil, ela se encontra bem definida na Amazônia (em zonas de terra firme), em todo o nordeste (sujeito a ciclos epidêmicos, em particular no Ceará e Bahia), na região Centro-Oeste (além de Minas Gerais, em focos esparsos nos Estados de Goiás e Mato Grosso), no Leste (Espírito Santo). Mais recentemente, os registros mais meridionais da fauna flebotômica e de casos humanos esparsos de calazar foram assinalados em São Paulo e Paraná. No Brasil, o calazar muito se assemelha ao observado na Ásia Central e na China, onde os canídeos e o homem são reservatórios mais importantes e os flebotomos possuem hábitos ecléticos, sugando indistintamente o homem e o cão.

Segundo experiência de Alencar, no combate à endemia no Ceará, "é claro que sem que se modifiquem as condições de vida, através da elevação da renda per-capta das populações das áreas afetadas, da educação sanitária e do saneamento das habitações tornando-as impróprias à vida de animais reservatórios e vetores, a redução da moléstia não poderá marchar para a erradicação, nem mesmo para o controle efetivo. É sabido mesmo, e aqui parodiamos, que o calazar segue a estrada das secas ou das inundações e, portanto, da fome. Em última análise é uma questão de proteínas".

g — O tétano é ainda em nossos dias considerado um dos mais graves problemas de saúde pública dos países em desenvolvimento, falecendo anualmente no mundo cerca de meio milhão de indivíduos. Isto significa dizer que nestas regiões, incluindo o Brasil, o tétano ainda figura como causa de morte mais importante do que a poliomielite, a difteria, as meningites, a malária e outras doenças infecciosas e parasitárias. No Brasil, o problema tem sido colocado em relação principalmente aos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Para Veronesi (1975), o coeficiente médio estimado de mortalidade por tétano no Brasil, no ano de 1973, foi de 13 por 100.000 habitantes, sendo a imunização contra o tétano uma conquista tão definitiva, deve-se entender a contínua ascensão na incidência da doença numa comunidade como um crescente opróbio e um insistente desafio aos serviços sanitários.

h — Em países, como o nosso, em que são

elevadas as taxas de crescimento demográfico e com expressiva prevalência de indivíduos jovens, é alta a porcentagem dos susceptíveis ao sarampo. Em virtude das características peculiares da infecção (impropriamente considerada benigna) e das condições sócio-econômicas de grande parte da população, são elevados os coeficientes de morbidade e mortalidade. Os informes estatísticos nacionais são inexatos. Tomando por base o registro das principais cidades do país e confrontando-as com os assinalados pelos países desenvolvidos, os coeficientes de morbidade e mortalidade do Brasil são bem mais elevados. Na cidade de São Paulo, entre todas as causas de morte nos dois primeiros anos de vida, o sarampo aparece em 4º lugar; por outro lado, é o sarampo responsável por 18,8% de todas as mortes ocorridas no primeiro ano de vida.

i — As infecções por enterobacteriáceas acham-se intimamente dependentes das condições de higiene coletiva e pessoal, o que faz com que constituam apanágio de comunidades subdesenvolvidas e mergulhadas na ignorância e no atraso. Nessas regiões, a shigelose, por exemplo, se comporta como um importante componente da gastroenterite endêmica, mas pode ser responsável por verdadeiras explosões epidêmicas. Os colibacilos enteropatogênicos, em circunstâncias semelhantes de higiene, são agentes temíveis das diarreias endêmicas e episódicas e, mais dramaticamente, são os principais responsáveis por surtos epidêmicos em maternidades berçários e creches, tendo em vista a grande susceptibilidade de lactentes e de crianças de baixa idade. As infecções tíficas e paratíficas podem produzir epidemias importantes, que permanecem circunscritas ou se limitam a uma determinada região, mas envolvendo quase sempre a contaminação dos alimentos através de sua manipulação negligente ou inescrupulosa, bem como pela poluição fecal de fontes de água potável.

j — As enteroviroses também se relacionam à precariedade sócio-econômica e, particularmente, aos baixos padrões de higiene da população. A faixa que maior tributo paga a poliomielite, por exemplo, nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento está compreendida entre zero a três anos de idade. Em 1973 foram registrados 1.227 casos de paralisia infantil no Brasil, número que não define a realidade por representar ele 70% dos casos registrados apenas na região sudeste do país.

k — O Brasil encontra-se entre os países de

maior incidência de raiva no mundo, onde morcego hematófago ou vampiro tem sido responsabilizado por epidemias no gado bovino em todo o país. A incidência da infecção rábica é provavelmente maior do que a relatada e mesmo maior do que a imaginável, se se considerar que, além da densa população canina estimada (da qual a maioria é constituída por cães errantes e sem dono), é grande o reservatório do vírus entre os animais silvestres e impraticável a vigilância epidemiológica. Nunca é demais insistir, todavia, na importância do estado de educação sanitária da comunidade e da estrutura sócio-econômica e cultural, bem como a falta de motivação dos médicos para o problema como causas efetivas da incidência da raiva humana entre nós.

l — Em situação semelhante, a difteria incide em alta porcentagem em todas as capitais brasileiras, sendo a doença transmissível mais notificada na capital de São Paulo. Em 1972, ocupava em nosso país o 5º lugar em incidência entre as doenças transmissíveis de notificação obrigatória, abaixo da malária, tuberculose, sarampo, hanseníase e acima da febre tifóide, tétano, poliomielite, peste, raiva, febre amarela e varíola. Naquele ano, registraram-se oficialmente 4.634 casos no Brasil, dos quais 737 em Minas Gerais. Em meados de 1978, 1805 casos tinham sido registrados no país, dos quais aproximadamente 1.000 casos só na região sudeste (Bol. Epidemiol. M. Saúde, nºs 21-22, 1978).

m — Em escala de importância menor, inúmeros são os outros problemas sanitários nacionais relacionados às doenças infectuo-parasitárias de natureza comunitária, muitos dos quais independem, pelo menos diretamente, do baixo padrão sócio-econômico, figurando como problema de determinadas regiões. Não iremos aqui sequer citá-los, apesar da importância que podem assumir alguns deles, como a tuberculose, a hanseníase, a brucelose, as doenças venéreas, as estrepto e estafilocócicas, as micoses superficiais e profundas etc.

Um aspecto a ser ressaltado, entretanto, decorre do fato de existirem no país determinadas infecções endêmicas, que apresentam potencialidades epidêmicas, em relação às quais já se encontrou uma solução, mantendo-se a endemia erradicada ou controlada: a varíola, conforme certificado da OMS, encontra-se erradicada desde 1973, tendo sido o último caso identificado em 1971; a peste e o tracoma mantêm-se circunscritos a determinadas áreas geográficas específicas, em que tradicionalmente prevalecem; a febre amarela, com a erradicação do ve-

tor urbano, o *Aedes aegypti* praticamente se mantém limitada a certos nichos silvestres em que é adequada, ecologicamente, a coexistência do reservatório e os hospedeiros intermediários; a boubá encontra-se praticamente erradicada; a meningite meningocócica continua sob controle (registro de apenas 642 casos até julho de 1978).

Todas estas conquistas têm sido fruto de ingentes esforços por parte das autoridades sanitárias e resultam, sobretudo, de intervenção do homem na cadeia epidemiológica de cada infecção, segundo a imposição de pesquisa e/ou medidas tecnicamente mais ajustadas a cada endemia em particular. Tendo em vista, entretanto, o dinamismo das relações que se estabelecem entre os seres na natureza, é provável que estas infecções voltem a prevalecer no futuro. Tudo se daria como se os seres, imbuídos de uma "sabedoria biológica" (Dubos, 1969), pretendessem reconquistar o equilíbrio ecológico. Daí a imperiosidade da mobilização de novos esforços para a implantação de uma tarefa das mais difíceis: a vigilância epidemiológica.

Em suas linhas gerais, eis o panorama de nossa realidade que, sem cometimentos retóricos, define-se como um círculo vicioso de pobreza e de doenças. De doenças, em sua grande maioria, evitáveis. A realidade está aí substantiva, concreta, ao alcance dos olhos e ao toque das mãos. As soluções são desafios. Desafios que não se restringem aos problemas sanitários, mas que devem visar a um conjunto complexo de medidas que objetiva o desenvolvimento humano e social como um todo. Nestas circunstâncias, não se pode esperar das autoridades sanitárias o exclusivismo das atitudes de luta e de mudança, como se em face de carismas, que não possuem, fossem elas capazes de eleger todas as ações prioritárias em programas de trabalho. Todas as lideranças e a própria comunidade devem ser convocadas ao equacionamento de um complexo problema que retrata, no âmago, uma relação de desesperanças e a saúde, particularmente, nas zonas rurais e peri-urbanas. Concordando com Newell, em sua introdução ao livro *La Salud por el Pueblo*, deveríamos acrescentar nesta atitude de luta multissetorial alguns ingredientes como a esperança, a dignidade humana, a capacidade de progresso e de mudança, o sentido de organização e de responsabilidade e o domínio do próprio destino. Sem dúvida, um grande desafio.

De nossa parte, confessamo-nos mais tangidos por esperanças. E por divisar esperanças

no porvir de um homem ansioso por viver sobre a terra com dignidade, é que nos devotamos, a nosso modo, é claro, a sua causa através de uma atividade médica modesta, mas integrada em conceitos de filosofia social. Em face disso, acreditamos que deva ser o objeto primeiro da educação médica de nosso tempo, o preparo adequado de profissionais habilitados a contribuir para as soluções de problemas de saúde comunitária, entre os quais, infelizmente para nós, ainda transcendem os dependentes de doenças infectuosas e parasitárias.

### *Programa de Saúde*

Desde a década passada, após revisão integral de seus objetivos, os programas de saúde da OMS foram englobados num esquema geral, em que a melhoria das condições de vida para as populações de países em desenvolvimento passou a constituir enfoque dominante. Esta estratégia abrange todas as doenças transmissíveis, à exceção da malária e da lepra, bem como de algumas doenças preveníveis por imunização ativa e outras em que há participação de vetores.

Estes programas visam, em última instância, interferir no círculo vicioso pobreza-doença. Nos países da América Latina, o baixo padrão de vida e o escasso poder aquisitivo condenam grandes parcelas de suas populações à má nutrição, à ignorância, à falta de recursos médicos e à precária proteção em geral. O problema é gerado e mantido em função de sistemas econômicos inadequados, contrários à meta dos atuais programas de saúde, cuja proposição é para que os desenvolvimentos social e econômico caminhem lado a lado.

Na planificação de saúde para o atual decênio (plano decenal de saúde - 1970-1979 - OMS), criou-se uma nova nomenclatura operacional, incluindo as prioridades e facilitando a programação e a execução de ações específicas. O médico é parte importante na execução dos programas. Para tanto, deve haver grande divulgação das normas e das recomendações, a fim de que se evitem o isolamento profissional e o confinamento científico (Acuña, 1975).

### *Cuidados Primários*

A extensão dos serviços de saúde às populações insuficientemente atendidas tem prioridade nos planos da Organização Pan-americana da Saúde para este decênio. Recursos educativos e

tecnológicos devem ser convergidos neste sentido. Grande parte (cerca de 40%) das populações rural e periférica das grandes cidades não tem qualquer acesso a serviços de saúde. A aplicação dos métodos e da tecnologia tradicionais manterá marginalizada esta população. O desenvolvimento das unidades de cuidados primários nestas áreas é a meta principal a alcançar. Os serviços primários de saúde devem ser prestados por pessoal paramédico, com uma formação mínima. Os centros rurais atenderão e resolverão a maior parte dos problemas de saúde. Facilita-se, assim, a triagem e o encaminhamento dos demais casos para centros com recursos mais elevados e especializados.

### *Estratégias Alternativas*

A simples presença de serviços de saúde significa apenas ligeiro e fugaz melhoramento, porque se dilui nas péssimas condições de vida, típicas desta população cronicamente subatendida. Para resolver esse problema, é fundamental que os programas sejam capazes de intervir nas seguintes variáveis:

- a - efeitos da má nutrição;
- b - falta de saneamento básico;
- c - condições miseráveis das habitações;
- d - incapacidade para utilizar os escassos recursos disponíveis;
- e - barreiras culturais;
- f - vida comunitária-familiar de qualidade insatisfatória.

### *Participação da comunidade*

Os programas devem estar integrados e sua execução centrada mais nas pessoas do que nas coisas. Nos dizeres de Acuña (1976), "o importante não é modernizar (tecnologia e industrialmente), mas o país voltar-se para a melhoria das condições de vida de suas populações necessitadas". Para a execução destes programas em que a criatividade humana é desafiada a encontrar soluções apropriadas a uma realidade, é preponderante a participação integral do indivíduo, segundo seus interesses e expectativas, utilizando seus próprios valores, nos problemas da comunidade.

### *Melhoria do estado nutricional*

A melhoria do estado nutricional destas populações é o problema crucial para os países



em desenvolvimento. A solução é completa e depende, de certa forma, da situação econômica mundial. O INCAP (Guatemala) aponta os seguintes meios, de forma genérica, para a melhoria das dietas:

- a — aumento da produção agropecuária;
- b — melhoramento qualitativo e quantitativo dos alimentos básicos;
- c — suplementação com cereais;
- d — desenvolvimento de alimentos ricos em proteínas de origem animal;
- e — aumento da produção animal.

São amplas as possibilidades de transformação da agricultura e da indústria de alimentos no continente americano, explorando-se de imediato os abundantes recursos naturais.

Há sérias limitações para que os países venham ultrapassar essa etapa a curto prazo. Destas, pelo menos três de ordem geral podem ser destacadas, ainda segundo o INCAP: econômicas, tecnológicas e educacionais. Considerando-se as limitações da educação como importante embaraço ao desenvolvimento, o caminho natural é formar pessoal qualificado. Os cursos de pós-graduação ajudarão a programar e executar as urgentes medidas para resolver o problema nutricional dos países em desenvolvimento.

### *Obstáculos*

Os primeiros obstáculos residem nos setores acostumados a eleger com auto-suficiência seus procedimentos e suas soluções. Outro entrave gigantesco está no tradicionalismo de certas profissões e na autonomia de disciplinas científicas. Os países em desenvolvimento, com frequência, copiam ou importam os programas dos países desenvolvidos. Desta forma, aumentam o número de resistências, como adiam a aplicação de um programa próprio e específico. Entre os fatores de ordem humana, o baixo nível educacional é um dos maiores obstáculos e todas as medidas que possam acelerar a execução de programas, em especial no atual decênio.

### *Estratégias de Assistência Sanitária*

Em 1974, a perplexidade econômica e social, em várias partes do mundo, motivou a necessidade de se adotarem com urgência sistemas de assistência sanitária mais racionais (Mahler, H.; Crónica de la OMS, 29: 223, 1975). A OMS

considera fundamental, para a rápida solução do problema, um programa coordenado de atividades inter-relacionadas e de metas bem definidas. Os meios a serem seguidos implicam em normas gerais e comuns a diversos países, segundo algumas estratégias.

Uma programação sanitária nacional é a primeira delas. Os países identificam seus problemas prioritários de saúde, determinam os objetivos operacionais e estabelecem programas que lhes permitam alcançar estes objetivos. Esta atitude foi aplicada pela primeira vez em Bangladesh, em 1973, com a ajuda de um grupo da OMS. A seguir, o sistema foi introduzido em Nepal, no Paquistão, na Tailândia, no Afeganistão e no Sudão. Os resultados até agora são animadores e mostram que a programação sanitária nacional é um método válido para programas a médio prazo.

As atividades de pesquisa, envolvendo os problemas de maior prevalência no país, despontam com realce. Um dos principais objetivos neste setor dos programas é a aplicação de princípios e métodos biomédicos modernos para o estabelecimento de novos critérios para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças transmissíveis. As dotações orçamentárias a este nível teriam prioridade, destinadas aos cursos de pós-graduação em ciências biomédicas.

A melhoria da qualidade de vida é outra das metas entre as estratégias sanitárias para um mundo em transformação. Uma das medidas mais abrangentes para se melhorar a qualidade de vida é o estabelecimento de serviços básicos de saneamento. Nos países em desenvolvimento, uma pequena melhoria em matéria de saneamento básico constituiu-se num grande passo para a redução da incidência de parasitoses e outras doenças transmissíveis. É admitido como indispensável a participação da comunidade nos programas de higiene do meio e na vigilância epidemiológica. Neste sentido novamente se resalta a necessidade básica de uma alimentação adequada. Só bem nutridos, podem indivíduos e comunidade ter condições de emprestar colaboração significativa aos programas que se propõem estabelecer. A medida é de tal importância, que a estratégia da OMS recomenda vigilância permanente da situação nutricional e níveis local, nacional e internacional. A médio prazo, indicam-se duas frentes paralelas: melhorar o nível de nutrição das gerações futuras e tratar as doenças carenciais. Ainda neste sentido, um dos programas extensivos preocupa-se com a reprodução humana, o planeja-

mento familiar e a dinâmica das populações humanas, pertence a esta categoria de ação e de estudos a atenção que se deve dispensar às características psicossociais da família.

A assistência primária, já ventilada linhas atrás, é outra das metas estratégicas. Acrescenta-se apenas que, nos programas até agora executados com êxito, o fator decisivo foi a utilização, nos serviços de cuidados primários, de pessoas do próprio local.

A formação e aperfeiçoamento de pessoal da saúde são meios indispensáveis para que qualquer programa tenha possibilidades de êxito. Neste ponto, haveria benefício com a atuação de pessoas capacitadas, sem necessidade das costumeiras improvisações e atividades mais gerais devem ser descentralizadas do médico, que não só passaria a contar com auxiliares competentes, como se aliviaria da sobrecarga e do monopólio de todas as responsabilidades. O próprio médico terá que ser formado neste sentido e/ou se readaptar, para que não se torne, ele mesmo, o maior obstáculo.

A prevenção e o tratamento das doenças são medidas que compõem as estratégias sanitárias, tendo alguma importância, quando em conjunto e/ou em complementação às demais. Podem

alcançar espetaculares resultados, se bem centradas em campanhas multidisciplinar e internacional, como se viu recentemente na erradicação mundial da varíola.

Realizar um plano de saúde implica em levantar diversos problemas, cuja solução é indispensável. A divulgação do mesmo, como sua institucionalização, é capaz de convertê-lo em realidade. Contar com a decisão da autoridade para planificar e executar é questão primordial. Sem a compreensão e a participação a níveis individuais, cada um buscando no todo sua perspectiva de vida, é provável que a atual década marque também nova fase de desacertos coletivos. Soam bem aqui os dizeres de Hamburguer (Crônica de la OMS 28: 404, 1974) em conferência realizada na Fundação Jacques Parisot, em Genebra: "se quisermos evitar que a espécie humana desapareça, como se verifica para tantos outros animais, se pretendermos ao mesmo tempo manter os imperativos de justiça, de bem-estar e de respeito ao indivíduo — que enobrecem e distinguem a humanidade — é evidente que devemos por mãos à obra, para buscar, metodicamente, soluções e efeitos aceitáveis".