

PROJETO ÁRIDAS

Uma Estratégia de Desenvolvimento Sustentável para o Nordeste



GT 3 – DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS E EQUIDADE SOCIAL

GT 3.2 – SAÚDE

Adauto Castelo Filho

Coordenação Geral:

COORDENAÇÃO DA
PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

711.2: 63:504 (213.504)

NOBRE P – ARIDA

V.1 N.1



Ministério da
Integração Nacional



PROJETO ÁRIDAS



Uma Estratégia de Desenvolvimento Sustentável para o Nordeste



**GT 3 – DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS E
EQÜIDADE SOCIAL**

GT 3.2 – SAÚDE

Adauto Castelo Filho

Versão Preliminar, sujeita à revisão.
Circulação Restrita aos participantes
do Projeto ARIDAS



PROJETO ÁRIDAS



Um esforço colaborativo dos Governos Federal, Estaduais e de Entidades Não-Governamentais, comprometidos com os objetivos do desenvolvimento sustentável no Nordeste.

O ARIDAS conta com o apoio financeiro de Entidades Federais e dos Estados do Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Sergipe e Bahia, particularmente através de recursos do segmento de Estudos do Programa de Apoio ao Governo Federal.

A execução do ARIDAS se dá no contexto da cooperação técnica e institucional entre o Instituto Interamericano de Cooperação para Agricultura-IICA e os Estados, no âmbito do PAPP.

ORGANIZAÇÃO

Coordenação Geral: **Antônio Rocha Magalhães**
Coordenador Técnico: **Ricardo R. Lima**

GTI – RECURSOS NATURAIS E MEIO AMBIENTE

Coordenador: **Vicente P. P. B. Vieira**

GT – II – RECURSOS HÍDRICOS

Coordenador: **Vicente P. P. B. Vieira**

GT III – DESENVOLVIMENTO HUMANO E SOCIAL

Coordenador: **Amenair Moreira Silva**

GT IV – ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO REGIONAL E AGRICULTURA DE SEQUEIRO

Coordenador: **Charles Curt Meller**

GT V – ECONOMIA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA

Coordenador: **Antônio Nilson Craveiro Holanda**

GT VI – POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO E MODELO DE GESTÃO

Coordenador: **Sérgio Cavalcante Buarque**

GT VII – INTEGRAÇÃO COM A SOCIEDADE

Coordenador: **Eduardo Bezerra Neto**

Cooperação Técnica-Institucional IICA: **Carlos L. Miranda** (Coordenador)

COORDENAÇÃO GERAL:

Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação
da Presidência da República
Seplan-PR – Esplanada dos Ministérios – Bloco K – sala 849
Telefones: (061) 215-4132 e 215-4112
Fax: (061) 225-4032



PROJETO ÁRIDAS



COLEGIADO DIRETOR

Presidente: Secretário-Executivo da Seplan-PR

Secretário: Coordenador Geral do ARIDAS

Membros:

Secretários-Executivos dos Ministérios do Meio ambiente e Amazônia Legal, da Educação e Desportos e da Saúde;
Secretário de planejamento e Avaliação da Seplan-PR;
Secretário de Planejamento do Ministério da Ciência e Tecnologia;
Secretário de Irrigação do Ministério da Integração Regional;
Superintendente da Sudene;
Presidente do Banco do Nordeste do Brasil;
Presidente da Embrapa;
Presidente do IBGE;
presidente do Ibama;
Presidente da Codefasv;
Diretor Geral dos Dnocs;
Presidente do Ipea;
Representante da Fundação Esquel Brasil (Organização Não Governamental)

CONSELHO REGIONAL

Membros:

Secretários de Planejamento dos Estados participantes do ARIDAS;

Suplentes: Coordenadores das Unidades Técnicas do PAPP;

Coordenador geral do Aridas;
Representante da Seplan-PR;
Representante da Sudene;
Representante do BNB;
Representante do Ipea;
Representante da Embrapa;
Representante do Codevasf;
Representante da Secretaria de Irrigação do Ministério da Integração Regional;

COMITÊ TÉCNICO

Presidente: Coordenador Geral do aridas;

Membros:

Coordenadores de GT Regionais;
Coordenadores Estaduais;
Representante da Seplan-PR;
Representante da Sudene;
Representante da Embrapa;
Representante do IBGE;
Representante do Codevasf;
Representante da Secretaria de Irrigação/MIR;
Representante do DNAEE;
Representante do Dnocs;
Representante do IICA





SAÚDE DA POPULAÇÃO DA REGIÃO NORDESTE

O nível de saúde de uma comunidade resulta de um conjunto de variáveis sócio-econômico-culturais, onde as ações médicas propriamente ditas constituem somente um desses elementos de promoção de saúde. Esse documento enfocará a saúde da população da Região através da discussão de alguns indicadores médico-sanitários e de ações médicas preventivas e curativas a cargo do setor saúde. Para tanto, serão utilizados bancos de dados oficiais e investigações realizadas por órgãos públicos e privados, assim como dados disponíveis nas Secretárias e no Ministério da Saúde.

O direito à saúde tem sido reconhecido e estabelecido em cartas magnas de diversos países, e se reflete tanto na Declaração dos Direitos Humanos das Nações Unidas como na constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS). A partir de reunião de todos estados membros desta organização em Alma-Ata, Rússia, 1978, foi definido uma meta comum: “Saúde para todos no ano 2000”.

A “Atenção Primária à Saúde” como estratégia estabelecida para alcançar essa meta visa ampliar a cobertura da assistência à população atendida, impactar de modo favorável os indicadores de saúde e melhorar a qualidade de vida a custos suportáveis. No Brasil, pela atual Carta Magna, a saúde é reconhecida oficialmente como um direito fundamental do cidadão, sendo dever do Estado zelar pela sua manutenção.

Os objetivos do presente documento são:

- 1) Fazer um diagnóstico geral da situação de saúde do Nordeste Brasileiro, através de indicadores médico-sanitários, assim como fatores socio-econômicos associados ao mal desempenho destes indicadores.
- 2) Analisar a adequação, grau de implementação, e impacto das últimas políticas de saúde (Sistema Único de Saúde e Municipalização) na Região Nordeste, discutindo-se as possíveis razões dos êxitos e fracassos.
- 3) Desenvolver cenários tendenciais e cenários desejados (possíveis) da mortalidade infantil na Região Nordeste, para os anos 2000, 2010, e 2020.
- 4) Propor estratégias que aproximem o cenário tendencial do cenário desejado.



1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DA REGIÃO DE ESTUDO

A Tabela 1 lista a população total e percentual de habitantes da zona rural, com idade inferior a um ano, entre zero e seis anos, acima de 65 anos, e densidade demográfica por estado da Região, de acordo com o último censo do IBGE realizado em 1991.

	POPUL. TOTAL	RURAL (%)	RURAL < 1 ANO (%)	RURAL 0-6 ANOS (%)	RURAL >65 ANOS (%)	DENS. DEMOG
BA	11.867.991	40,8	1,05	8,1	2,1	20.93
PE	7.127.855	29,1	0,79	5,8	1,6	70.55
CE	6.366.647	34,6	0,96	7,1	2,0	43.98
MA	4.929.029					14,96
PB	3.201.144	35,9	0,94	7,0	2,4	59.32
PI	2.582.137	47,0	1,27	9,7	2,2	10.14
AL	2.514.100	41,0	1,23	8,8	1,7	86.37
RN	2.415.567	30,9	0,79	6,1	1,9	45.43
SE	1.491.876	32,7	0,92	6,4	1,7	68.24

TABELA 1 - População Total e Percentual de Habitantes da Zona Rural, com Idade Inferior a Um Ano, de Zero a Seis Anos, Acima de 65 Anos, e Densidade Demográfica. Região Nordeste, 1991 (IBGE, Censo de 1991).

2. SAÚDE DA CRIANÇA

Uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde (MS), visando incrementar a resolutividade dos serviços de saúde é de identificar e priorizar ações básicas de saúde que possuam comprovada eficácia no controle dos mais relevantes problemas de saúde, e que envolvam reduzida complexidade tecnológica. Tais ações, no caso específico da assistência infantil, recebem a denominação de “Ações Básicas de Assistência Integral à Saúde da Criança”, envolvendo cinco ações essenciais: 1) controle das doenças diarreicas; 2) controle das doenças respiratórias agudas; 3) aleitamento materno; 4) controle de doenças preveníveis por imunização; e 5) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

2.1. Mortalidade infantil

O índice de mortalidade infantil, definido como o número de óbitos em menores de um ano para cada 1000 nascidos vivos, é tido com um dos indicadores mais sensíveis da saúde e da condição social de uma população. A nível mundial, e de países em desenvolvimento em particular, observou-se

dramática redução nas taxas de mortalidade infantil nos últimos cem anos. Três fatores são apontados como responsáveis: 1) aumento da renda, que possibilitou sobretudo aos mais pobres terem mais acesso a mais alimentos, melhores condições de moradia, e serviços de saúde; 2) avanço na tecnologia médica, expressa na forma de vacinas, antimicrobianos; 3) medidas de saúde pública como água tratada, saneamento.

No Brasil, e no Nordeste em especial, o cálculo do coeficiente de mortalidade infantil é no mínimo impreciso. O registro de nascimentos e óbitos, sobretudo na zona rural, é certamente parcial. Essa imprecisão do cálculo dos coeficientes de mortalidade era ainda maior antes da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACT) na maioria dos estados da Região em 1992. As estimativas oficiais baseadas em registros civis devem portanto ser vistas com reservas. As Regiões Sul e Sudeste do Brasil apresentaram notáveis declínios nas taxas de mortalidade infantil nos anos compreendidos entre 1930 e 1986, quando as taxas caíram de cerca de 150/1000 nascidos vivos para cerca de 43/1000. No Nordeste Brasileiro, onde em muitas áreas os três fatores apontados acima como responsáveis pela queda nas taxas simplesmente não ocorreram, a situação teve evolução bem menos favorável. De acordo com dados publicados no Anuário Estatístico do IBGE de 1992, o coeficiente médio de mortalidade infantil no Nordeste na década de 1930/40 foi de 178,71/1000 e no período 1970-80 continuava tão alta quanto 121,36/1000.

Apesar de muito inferior ao declínio observado no Sudeste (50%), o declínio da taxa de mortalidade infantil no Nordeste (28,2%) também caiu no período de 1970-1984.¹ Esses estudos sugerem que o ritmo de queda foi mais acentuado na década de 70 (“milagre econômico”). A década de 80 se caracterizou pela fragilidade da tendência de queda da mortalidade infantil no Sudeste e no Nordeste, calculadas por método proposto por Szwarcwald,² (Gráfico 1). Entre 1979 e 1989 o coeficiente de mortalidade infantil caiu 45,3% no Sudeste e 21,3% no Nordeste, alargando ainda mais as gritantes desigualdades regionais.

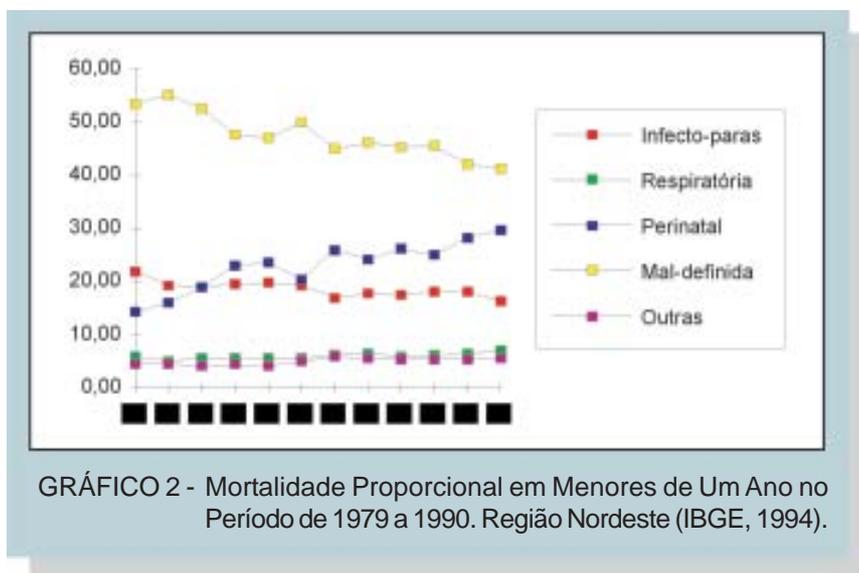


GRÁFICO 1 - Coeficientes de Mortalidade Infantil nas Regiões Nordeste e Sudeste. Período 1979-1989.



Entretanto, informações preliminares do MS dão conta que no primeiro trimestre de 1994 houve crescimento explosivo (74% no RN, 56% na PB, 54% no CE, 45% em AL) da mortalidade infantil quando comparada com o ano de 1993. Ou seja, independentemente da exatidão da magnitude do aumento das taxas, a Região Nordeste parece ter claramente revertido a tendência secular de declínio na mortalidade infantil. No CE, as taxas cresceram de 68/1000 em 1992 para 75/1000 em 1993 e, finalmente, para a assustadora e inaceitável taxa de 116/1000 no primeiro trimestre de 1994, medida em municípios do semi-árido. Isso ocorre a despeito de louváveis esforços do setor saúde deste estado, como a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ver seção 8). Pondere-se no entanto, que o primeiro trimestre do ano é sabidamente aquele com maiores coeficientes de mortalidade infantil no CE e o UNICEF, com base na previsão de boa safra de grãos, efeitos do Programa de Suplementação alimentar e queda da inflação neste ano, projeta para o ano de 1994 taxa de 70/1000 para todo o estado. O determinante de aumento da taxa nestes últimos anos foi provavelmente o aumento da pobreza a níveis incompatíveis com a sobrevivência. Porém, melhora no registro de nascimentos vivos e na notificação de óbitos no primeiro ano de vida pode ter contribuído com o aumento observado. O efeito da implementação de políticas sociais e de programas de prevenção e controle de doenças na mortalidade infantil parece ser neutralizado pela acentuação da pobreza. Nas seções seguintes poder-se-á notar progressos na implementação de intervenções simples e de baixo custo (imunizações, rehidratação oral, promoção do aleitamento materno) e na expansão da rede de atendimento de saúde na região, medidas sabidamente eficazes na redução da mortalidade infantil. Ressalte-se ainda o impacto do considerável declínio nos índices de fecundidade e natalidade verificados a partir de 1974, com a conseqüente diminuição da pressão sobre os serviços e programas de assistência infantil, e do deslocamento crescente da população para áreas urbanas com melhores oportunidades de emprego e infra-estrutura social.³

Parte dos óbitos perinatais, sobretudo os que ocorrem na zona rural, poderiam ser evitados com a identificação e encaminhamento de gestantes de alto risco, assim como pela aderência a regras básicas de higiene durante o parto. Já os óbitos por pneumonias apesar de poderem sofrer redução como resultado de melhor padrão nutricional, de higiene, e maior cobertura da imunização anti-sarampo e da vacina tríplice, parte substancial das mortes por esta doença só poderá ser evitada por antibioticoterapia adequada e precoce. A pesquisa PESMIC II4 realizada no CE em 1990 revelou que 43% das crianças que faleceram com menos de um ano de vida não receberam qualquer assistência (nem mesmo do agente de saúde) por ocasião da doença responsável pelo óbito. Esse percentual para a faixa etária de 1-4 anos foi de 27% e de 25% para aqueles com 12-35 anos. Essa ausência de assistência por ocasião do óbito se traduz no alto percentual de causas mal definidas mostradas no Gráfico 2 de mortalidade proporcional em menores de um ano, construído a partir de dados fornecidos pelo IBGE.



Para a Região de maneira geral, a contribuição das doenças infecto-parasitárias, essencialmente diarreia, e respiratórias permaneceram praticamente inalteradas no período de 1979-90. Como discutido em outras partes desse documento, há fortes evidências indicando que no primeiro semestre de 1994 houve aumento explosivo da mortalidade por diarreia e doenças respiratórias em menores de um ano. O pequeno município de Teotônio Vilela, AL, onde a notificação de nascimentos e óbitos parece confiável, apresentou a desesperadora taxa de mortalidade infantil de 377/1000 nos seis primeiros meses de 1994, de acordo com a Secretária de Saúde local. Mais de 80% dos óbitos foram causados por diarreia. É muito provável portanto, que a maioria dos óbitos mal definidos do Gráfico 2 sejam na realidade causados por diarreia.

Ao contrário de países desenvolvidos, o aumento proporcional das causas perinatais na Região não pode ser atribuído a causas inevitáveis como malformações congênitas. Representam antes as precárias condições da assistência pré-natal, do parto, e neonatal.

Trabalhando com dados coletados na Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste do Brasil em 1991 – PSFNe, Simões e col.5 analisaram através de modelos de regressão logística a associação independente entre mortalidade infantil e as seguintes variáveis: intervalo desde o último parto, idade materna, ordem ao nascer, sexo da criança, educação materna, saneamento do domicílio, material usado na habitação, situação do domicílio, status de sobrevivência do filho prévio à época da concepção, prematuridade, e atendimento pré-natal. A Tabela 2 lista as variáveis relacionadas com mortalidade infantil no Nordeste, com seus respectivos “odds ratios” (OR). Como pode-se observar, intervalo desde o último parto superior a 18 meses se traduz em risco 2,6 vezes menor de morrer antes de completar um ano,



enquanto nascer prematuro aumenta este risco em 22,2 vezes. Saneamento do domicílio não foi significativo, sugerindo que condições de saneamento só deve exercer efeito mais intenso na mortalidade após o primeiro ano de vida, quando as crianças realmente começam a ter contatos com o meio-ambiente.

Variáveis	Coefficiente	Erro Padrão	OR
Intervalo do Último Parto			
<= 18 meses	0,000	-	1,0
>= 19 meses	-0,968	0,173	0,38
Ordem ao Nascer			
2-3	0,000	-	1,0
4-6	0,004	0,234	1,0
7+	0,685	0,249	1,98
Idade Materna			
10-19	0,856	0,278	2,35
20-34	0,000	-	1,00
35+	-0,393	0,252	0,67
Educação Materna			
< 1 ano	0,000	-	1,00
1-4 anos	-0,325	0,192	0,72
5-8 anos	-0,505	0,324	0,60
9+ anos	-0,313	0,454	0,73
Material Usado na Habitação			
inadequado	0,000	-	1,0
adequado	-1,411	0,546	0,24
Prematuridade			
não	0,000	-	1,0
sim	3,106	0,303	22,2
Atendimento Pré-Natal			
não fez	0,000	-	1,0
1-3 consultas	-0,225	0,25	0,80
4-6 consultas	-0,426	0,23	0,65
7+ consultas	-0,882	0,31	0,42

TABELA 2 - Variáveis Relacionadas com Mortalidade Infantil no Nordeste e seus Respective Odds Ratios.

2.2. Diarréia e Rehidratação Oral

Em Regiões não desenvolvidas, a mortalidade infantil é muito influenciada pela mortalidade por diarréia (três ou mais episódios de fezes amolecidas ou líquidas em um período de 24 horas) e pneumonia por cada mil nascidos vivos. Regiões com altas taxas de mortalidade infantil têm, quase invariavelmente, alta taxa de mortalidade proporcional por diarréia. De acordo com pesquisa realizada em Fortaleza pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) com base em registros civis,⁶ no período de 1981 a 1990, o coeficiente de mortalidade infantil caiu de 62 para 29, enquanto o coeficiente de mortalidade infantil por diarréia caiu de 19 para 5 para cada 1000 nascidos vivos. Em que pese o elevado de subnotificação de óbitos infantis na área estudada, este estudo mostra o paralelismo entre queda do coeficiente de mortalidade infantil e da mortalidade por diarréia nesse período, na área urbana avaliada, já que a subnotificação não teria aumentado durante o período.

O óbito por diarréia ocorre basicamente por perda de líquidos e eletrólitos através das fezes (desidratação). A terapia de rehidratação oral ocupa papel fundamental, pois a ingestão precoce de líquidos, preferencialmente contendo glicose ou sacarose e sal, acompanhada da manutenção da alimentação resultam em marcado decréscimo da letalidade por diarréia.⁷ No CE, a cobertura de rehidratação com qualquer um dos tipos de soro passou de 23,6% em 1987 para 44,9% em 1991,4,7 enquanto a média da Região variou de 24,3 em 1987 para 34,3% em 1991,9 provavelmente prevenindo milhares de mortes infantis. A Tabela 2 fornece indicativos da ocorrência de diarréia em menores de três anos, assim como indicadores de utilização de soros caseiros para manuseio de episódios diarreicos na Região, coletados em pesquisa recentemente realizada pelo UNICEF (1989-92).⁹ A prevalência de diarréia no dia da entrevista e nas duas semanas anteriores à entrevista foi maior no CE (9,5% e 19,7% respectivamente) e mais baixa na BA (4,5% e 9,6%). Os autores da pesquisa no entanto, chamam atenção para o riscos de se tirar conclusões firmes a partir de dados referentes a um curto período, para uma doença com marcadas variações sazonais. Percentual alto (37,7%) das mães responderam não terem dado à criança com diarréia qualquer tipo de líquido para tratar o episódio. O uso específico de soluções reidratantes contendo sódio e glicose haviam sido administradas a 33,5% das crianças com diarréia na última quinzena. Em somente um quarto das vezes o soro havia sido receitado por médico, enquanto em mais de 40% das vezes as próprias mães decidiram usar o soro. Mães com maior escolaridade usavam mais frequentemente o soro (45,2%) que mães sem escolaridade (32,7%). A colher-medida para preparação do soro havia sido entregue para 32,6% das famílias estudadas, variando de 13,1% em AL a 50% no CE. Apesar da maior utilização do soro no tratamento de episódios diarreicos em 1991, ainda duas em cada três crianças com diarréia não receberam rehidratação oral.



Estado	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA	Região NE
Diarréia no dia da entrevista	5,9	8,1	9,5	4,5	7,3	6,4	9,5	6,1	4,5	6,5
Diarréia nas últimas duas semanas (%)	14,9	19,4	19,7	14,9	17,3	21,4	18,8	13,2	9,6	16,0
Uso de reidratante (%)										
SRO (CEME)	12,3	13,4	13,0	19,2	6,6	3,1	7,2	7,7	6,9	8,8
Colher-medida	16,8	9,5	12,8	12,5	9,2	10,0	5,2	12,6	10,8	11,1
Outros soros	13,7	18,4	5,0	7,6	13,4	13,4	20,0	10,0	17,3	13,1
Soro farmácia	2,9	3,0	4,5	4,7	5,2	6,0	3,7	5,0	5,7	4,8
Qualquer tipo de soro	41,6	10,0	32,6	37,1	30,2	31,5	35,5	36,3	39,4	35,5
Quem receitou o soro* (%)										
Médico	19,3	32,2	27,8	47,3	29,4	34,4	20,8	25,7	15,1	26,2
Outro membro da equipe de saúde	20,8	12,2	21,2	10,0	13,4	14,7	16,4	10,3	12,1	15,4
Pastoral da Criança	5,4	6,4	3,0	1,8	4,1	0,7	4,3	0,0	1,1	2,6
Balconista farmácia	2,7	2,9	1,1	1,7	0,8	3,7	2,3	6,1	5,9	3,3
Conta própria	32,2	38,2	41,9	33,1	42,5	29,2	50,1	54,3	60,3	42,4
Outra pessoa	19,6	7,9	5,0	6,1	9,8	17,3	6,1	3,6	5,6	10,2

TABELA 2 - Distribuição das Crianças Conforme a Ocorrência e Manejo de Diarréia. Região Nordeste, 1991.

* Somente para as crianças que usaram soro reidratante.

2.3. Desnutrição Infantil

Desnutrição crônica, baixa estatura para idade, é resultado do consumo insuficiente de proteínas e de fontes calóricas, além de micronutrientes essenciais como iodo, vitamina A, e ferro, em consequência da pobreza. O aumento da renda é a maneira mais efetiva de reduzir a desnutrição protéico-calórica possibilitando acesso a dietas mais balanceadas, melhor higiene e atenção médica. Outras ações governamentais no entanto, como educação nutricional, medidas para aumentar consumo de micronutrientes, e redução de infecções diarreicas e parasitárias em crianças podem melhorar significativamente o padrão nutricional de uma comunidade, apesar da estagnação econômica. Sabendo-se que o item alimentação consome a maior parte do orçamento de uma família pobre, a escolha de uma dieta protéico-calórica balanceada pode ser muito dificultada pela falta de informação. Alimentos ricos em proteínas, como soja e produtos animais, tendem a ser relativamente caros por unidade de energia, mas fontes energéticas baratas como farinha de mandioca tendem a ser caras por unidade de proteína. Em comunidades com alta prevalência de desnutrição, crianças letárgicas e abaixo do peso tendem a parecer normais para seus pais que desconhecem como comportam-se crianças saudáveis.³

Deficiência de ferro é o distúrbio de micronutriente mais comum entre crianças desnutridas, levando a redução da produtividade física e da capacidade da criança aprender na escola. Reduzindo o apetite, esta deficiência leva a criança a diminuir a ingesta e conseqüentemente retarda o crescimento. Na mulher, em função das menstruações e necessidades aumentadas durante a gravidez, a anemia aumenta o risco de morte por hemorragia durante o parto.

Deficiência de iodo causa retardo mental, atraso no desenvolvimento motor, além de distúrbios neuromusculares, de fala, e de audição. É a causa prevenível mais frequente de retardo de desenvolvimento intelectual em todo o mundo.³ No entanto, no Brasil, com a introdução da iodação do sal de cozinha, a prevalência dessa deficiência foi muito reduzida.

Deficiência de vitamina A causa graus variáveis de perda de visão, constituindo-se na principal causa de cegueira em crianças, além de aumentar a gravidade e mortalidade de infecções como sarampo e diarreia.

Como comentado acima, para crianças que recebem alimentação muito reduzida aumento da oferta de alimento é sem dúvida a intervenção de maior impacto no crescimento. Já para crianças com dietas um pouco mais adequadas, controlar doenças infecciosas pode ser tão importante quanto mais alimento. Controle de verminoses pode ter impacto significativo no perfil nutricional de crianças mais velhas.



Os índices mais frequentemente empregados para caracterizar a presença de desnutrição são altura/idade, peso/altura, e peso/idade. O índice altura/idade traduz desnutrição crônica enquanto peso/altura indica perda recente de massa corporal (desnutrição aguda). Peso/idade pode resultar de baixo peso/altura ou baixo altura/idade ou ambos.¹⁰ Os resultados resumidos na Tabela 3 estão expressos em escores z, ou seja, o número de desvios-padrão entre o peso ou altura da criança estudada e o valor mediano de uma população de referência (curvas do National Center for Health Statistics baseadas em uma população norte-americana). Um valor negativo significa que a criança está abaixo do padrão de comparação. Casos graves de desnutrição são aqueles com escore z igual ou inferior a -3, e como moderados aqueles com escores entre -2 e -2,9. Em uma população sadia espera-se menos de 1% de déficits graves e cerca de 2,3% de déficits moderados.

Em termos de estatura/idade, na Região Nordeste 19,2% das crianças avaliadas pela pesquisa do UNICEF entre 1989-91 tinham déficit nutricional grave (6,8%) ou moderado (12,4%).⁹ Medida através da relação peso/estatura somente 0,7% tinham deficiência grave e 1,4% moderada, confirmando a raridade desse tipo de deficiência na Região. A situação é mais crítica no MA, com 30,6% de déficits moderados ou graves de altura/idade e 18,2% de peso/idade. O RN foi o estado com menor percentual de moderados e graves de altura/idade com 14,2%, seguido de perto pela BA (14,4%) e por SE (15,8%). Como comparação, o percentual de crianças com desnutrição moderada e grave em países africanos com PNB per capita de 340 dólares é de 26%, e 21,8% na Nicarágua que tem PNB per capita de 760 dólares. O percentual nordestino para menores de cinco anos é cerca de três a quatro vezes maior que no sudeste do país.

O Gráfico 3, a seguir, compara os resultados obtidos na pesquisa realizada entre 1989-929 com estudos realizados anteriormente na Região. Observa-se tendência de queda do percentual de desnutrição moderada e grave em termos de peso/idade. Em 1974-75, o Estudo Nacional da Despesa Familiar-ENDEF¹¹ de 1974-75, o “Demographic Health Surveys”-DHS¹² de 1986, e a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição-PNSN de 1988¹³ encontraram taxas de 27%, 12,7%, e 12,8, respectivamente. Apesar de representar uma redução expressiva da prevalência de desnutrição moderada e grave, a redução verificada no Nordeste (57,8%) é inferior aquela verificada no Sul (79,6%) e Sudeste (67,5%) em igual período. Agravou-se portanto, a discrepância entre a região Nordeste frente ao Sul e Sudeste.¹⁴

O percentual de indivíduos do Nordeste que viviam abaixo da linha de pobreza absoluta (renda familiar inferior a um quarto de salário mínimo per capita) no período de 1970-76 (63,5%) teve redução de 17,3% no período de 1984-88 (52,5%). Em 1989, inicia-se novo período de estiagem que durará até 1993, aumentando a escassez de alimentos e a deterioração socioeconômica dos segmentos mais pobres e, como discutido acima, brecando o ritmo de queda da mortalidade infantil na Região.

Estado	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA	Região NE
Estatura/idade (%) #										
<= -3	12,1	7,8	7,7	3,2	6,1	6,4	6,1	5,3	5,3	6,8
- 2,9 a -2	18,5	15,1	13,4	11,0	13,6	12,2	12,0	10,5	9,1	12,4
- 1,9 a -1	27,8	30,5	28,1	24,6	25,0	26,1	24,6	23,7	20,4	24,9
> -1	41,6	46,6	50,8	61,2	55,2	55,3	57,3	60,5	65,1	55,9
Média	-1,21	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,70
		1,07	0,76	0,56	0,75	0,77	0,66	0,55	0,39	
Peso/estatura (%) #										
<= -3	0,7	0,1	0,5	0,3	0,3	0,5	0,4	1,2	1,4	0,7
- 2,9 a -2	2,2	1,4	1,4	1,0	1,5	1,3	1,0	2,0	1,2	1,4
- 1,9 a -1	16,1	12,6	8,5	10,3	6,5	8,0	7,7	9,9	14,5	11,2
> -1	81,0	85,9	89,6	88,4	91,7	90,2	90,9	86,9	82,9	86,7
Média	-0,08	0,01	0,22	0,23	0,29	0,41	0,29	0,08	-	0,13
									0,05	
Peso/idade (%) #										
-3	4,0	2,2	1,6	0,5	1,4	1,6	1,4	1,4	0,9	1,6
-2,9 a -2	14,2	10,3	8,0	5,7	5,2	4,9	5,3	6,0	7,3	7,6
-1,9 a -1	31,2	27,7	21,7	20,5	24,4	22,6	20,5	22,0	21,6	23,4
> -1	50,6	59,8	68,8	73,3	69,0	70,8	72,7	70,6	70,2	67,4
Média	-0,87	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,37
		0,69	0,36	0,17	0,35	0,20	0,18	0,26	0,29	
Classificação de Gomez (%)										
Desn. III grau	1,3	0,5	0,7	0,4	0,5	0,3	0,5	0,5	0,4	0,6
Desn. II grau	9,7	7,8	4,7	3,6	3,2	3,2	3,3	4,8	3,9	4,7
Desn. I grau	41,1	38,8	28,1	27,0	30,1	25,3	25,6	28,1	28,2	29,8
Normal	47,9	52,8	66,5	69,0	66,2	71,2	70,5	66,7	67,6	65,0
Número de crianças	1287	127	286	110	104	935	129	104	104	11890
		3	1	1	6		8	3	6	

TABELA 3 - Distribuição das Crianças Conforme o Estado Nutricional. Região Nordeste 1989-1992.

Escores z.



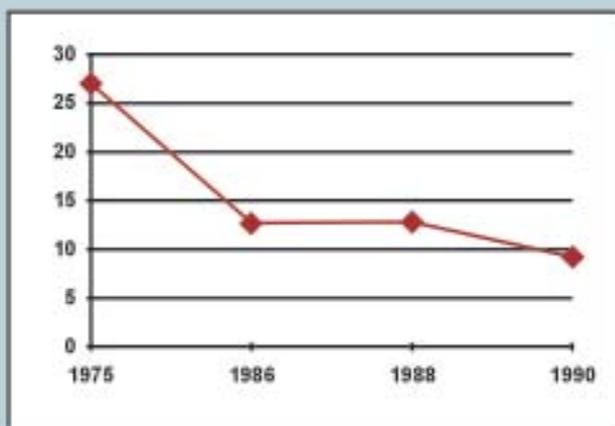


GRÁFICO 3 - Percentuais de Desnutrição Moderada e Grave em Crianças da Região Nordeste, no Período de 1975 a 1990.

Achado digno de nota da pesquisa do UNICEF⁹ de 1989-92 foi a prevalência duas vezes maior de desnutrição em termos de altura/idade de crianças de áreas rurais (26,4%) comparadas com as de zonas urbanas (13,7%).

Não houve diferenças significativas de taxas de desnutrição entre gêneros. Como seria esperado, o percentual de desnutrição decresceu linearmente com a renda familiar.

2.4. Baixo peso ao nascer

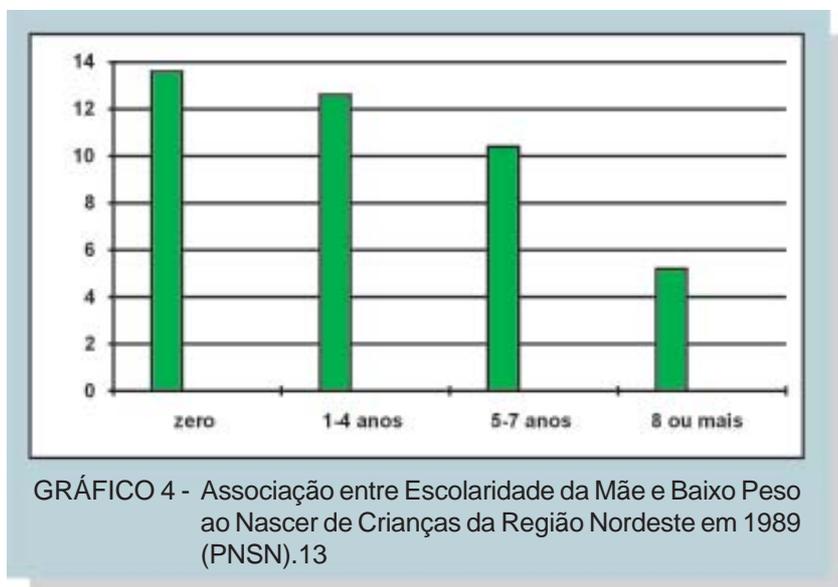
O peso normal de uma criança ao nascer está por volta de 3 kg. “Baixo peso ao nascer” (BPN) se define como um peso inferior a 2500 g. É o indicador mais significativo do risco de sobrevivência de um recém-nascido para seu futuro crescimento e desenvolvimento. O BPN reflete tanto o estado nutricional quanto as condições de saúde materna antes e durante a gravidez, indicando ainda o estado nutricional dos grupos mais pobres de uma comunidade. Este indicador pode identificar áreas e situações de alto risco. Estudo realizado em Porto Alegre demonstrou que o risco de morrer no primeiro ano de vida era 8 vezes maior para crianças com BPN.¹⁵ O percentual de BPN se calcula do seguinte modo:

$$\frac{\text{Crianças nascidas vivas com peso inferior a 2500 g}}{\text{Número total de crianças nascidas vivas}} \times 100$$

Países menos desenvolvidos como a Índia chegam a ter taxas de BPN próximas de 50% enquanto países desenvolvidos como a Suécia têm taxas em torno de 4%. Em situações onde a maioria dos partos são feitos fora de instituições sanitárias o indicador BPN, baseado exclusivamente nos partos institucionais, pode ter viés grosseiro, de magnitude e direção não conhecida. Quanto mais ampla a cobertura institucional da população mais válido será o indicador BPN.

No Brasil, duas pesquisas do IBGE fornecem informações sobre peso ao nascer. A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN)¹³ de 1989, e a Pesquisa de Assistência Médica Sanitária (AMS),¹⁶ que coleta esta informação anualmente desde 1985. A PNSN, por tratar-se de uma pesquisa por amostra domiciliar, incluiu também os partos domiciliares, enquanto a AMS só inclui dados de instituições ligadas à rede de saúde. Na Região Nordeste, no ano de 1989, a taxa de BPN obtido pela PNSN foi de 12%, e na Região Sul foi de 9,5%.

O Gráfico 4 ilustra a relação entre BPN e escolaridade da mãe. No Nordeste, crianças nascidas de mães sem instrução tinham taxa de 13,6% de BPN, enquanto filhos de mães com 8 ou mais anos de instrução tinham taxa de 5,2%, taxas comparáveis a de países desenvolvidos.



2.5. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento

Embora tenha sua efetividade discutida, a pesagem regular estimula o contato com os serviços de saúde e propicia oportunidades para imunizações, tratamento de infecções, e educação para saúde.⁹ Além disso, pode-se identificar e tratar precocemente os casos de desnutrição antes que seja muito tarde. As metas do Plano Quinquenal do MS de 1990-94¹⁷ prevê controle do



crescimento e desenvolvimento de 80% das crianças menores de seis anos. A recomendação do MS é pesar a criança aos 15 dias, 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 21, e 24 meses, duas consultas durante o terceiro ano, uma no quarto ano e outra no quinto ano de idade, totalizando 15 consultas nos primeiros cinco anos de vida. A Pesquisa de Imunizações, Manejo de Diarréia e Monitorização de Crescimento de 1991/92 revelou que mais de 62% das crianças amostradas nunca tiveram cartão de peso. Esse percentual cai para 7,9% no CE, em franco contraste com os 90% da BA. Adicionalmente, somente 5,5% das crianças tinham peso anotado no cartão no último trimestre (13,6% no CE e 1,3% na BA). Achado esperado foi a correlação entre nível de instrução da mãe e maior frequência de pesagens. Como demonstrado acima, são justamente crianças com maior risco de terem baixo peso ao nascer e serem desnutridas que têm acompanhamento ainda mais inadequado do desenvolvimento, já que baixo nível de instrução materna é fator de risco para as três condições. O percentual de crianças pesadas no último trimestre foi menor na zona rural (17,5%) que urbana (33,3%). Não se observou diferenças entre os dois gêneros. A melhor cobertura (apesar de ainda enormemente insuficiente) do acompanhamento do crescimento no CE pode provavelmente ser atribuída ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

2.4. Aleitamento Materno

As vantagens da amamentação para o bem-estar físico e psíquico da criança são consensualmente reconhecidas, garantindo padrão ideal de crescimento¹⁹ e proteção significativa contra infecções. No Brasil, a mortalidade infantil por diarréia é 14 vezes menor entre crianças amamentadas que entre as não amamentadas, além de reduzir 3,5 vezes a ocorrência de infecções respiratórias e 2,5 vezes outras doenças infecciosas.²⁰ Recomenda-se amamentação exclusiva, sem qualquer outro tipo de alimentação, até a idade de quatro a seis meses.²¹ A proteção contra diarréia é maior quando o aleitamento materno é exclusivo nos primeiros meses de vida.²²

O Plano Quinquenal de Metas 1990-94 do MS¹⁷ tem entre seus objetivos aumentar a duração do aleitamento materno exclusivo para 90 dias e do aleitamento total para 190 dias. Inquéritos realizados nos estados da Região dão conta que os percentuais de amamentação exclusiva e a duração mediana da amamentação estão muito aquém do almejado pelo MS. A Tabela 4 resume informações sobre amamentação na Região coletadas pelo UNICEF⁹ no período de 1989-92. A duração mediana da amamentação na Região foi de 136,7 dias, variando de 260,1 dias no MA a 88,6 dias no PE. Chama atenção 16,5% das crianças visitadas já desmamadas com um mês de idade e somente 9,7% que ainda persistiam em amamentação exclusiva. O estudo PESMIC-II⁵ realizado no Ceará em 1990 revela somente 3% das crianças em amamentação exclusiva no início do segundo mês de vida. Informações mais recentes (1992)⁶ dão conta que municípios cearenses com boa cobertura de

Agentes de Saúde conseguiram elevar o percentual médio de crianças de 0 a 4 meses em amamentação exclusiva para 36%.

Estado	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA	Região NE
Crianças amamentadas com diferentes idades (%)										
1 dia	95,2	95,0		90,5	88,5	89,1	85,8	91,2	95,2	92,2
1 mês	92,2	91,2	84,0	81,1	79,5	74,0	76,7	81,5	86,9	83,5
3 meses	81,0	75,9	66,0	58,9	55,9	49,0	54,3	57,5	63,6	62,7
6 meses	62,2	55,0	44,1	34,9	31,1	30,2	35,2	34,7	43,2	41,9
12 meses	42,8	36,3	28,5	19,5	19,1	18,6	25,3	22,8	23,7	26,0
Mediana (dias)	260,1	200,3	132,8	108,0	101,5	88,6	101,1	105,6	129,4	136,7
Crianças amamentadas exclusivamente em diferentes idades (%)										
1 mês	4,8		9,8		7,3	7,5	8,6		13,9	9,7
3 meses	1,6		2,4		1,2	2,4	3,3		2,9	2,4
6 meses	0,3		0,6		0,1	0,4	0,9		0,5	0,5
12 meses	0,0		0,1		0,0	0,0	0,1		0,0	0,0
Crianças amamentadas predominantemente em diferentes idades (%)										
1 mês	53,1		42,4		45,1	38,7	37,9		55,3	47,3
3 meses	23,1		16,8		21,2	18,2	20,0		23,1	20,6
6 meses	9,6		5,7		6,7	5,1	8,1		6,6	6,7
12 meses	2,4		1,4		1,5	1,2	2,9		1,1	1,5
Número de crianças	1287	1273	2861	1101	1046	935	1298	1043	1046	11890

TABELA 4 - Distribuição das Crianças de Acordo com a duração da Amamentação. Região Nordeste, 1989 -1992.



Como evidenciado na Tabela 4, 41,9% e 26% das crianças ainda recebiam leite materno no sexto e décimo-segundo mês de vida, respectivamente. Observaram-se no entanto, marcantes diferenças entre estados quanto ao percentual de crianças em aleitamento materno aos seis meses de idade, variando de 30,2% em PE para 62,2% no MA. Outras pesquisas realizadas na Região no período de 1986 a 1991^{22,23,24,25} sugerem, apesar das diferenças metodológicas, tendência de aumento na duração mediana da amamentação de algo próximo a 80 dias em 1986 para 117-130 dias em 1991.

Na pesquisa do UNICEF⁹ feita entre 1989-92, percentuais maiores de aleitamento aos seis meses de idade estavam inversamente associados ao nível de escolaridade e de renda das mães, sem notar-se contudo diferenças de taxas com relação ao gênero da criança.

Além de razões sócio-culturais incompletamente compreendidas, os baixos percentuais de aleitamento materno na Região podem estar associados à infrequência do alojamento conjunto para mães e crianças que não tenham complicações, à prescrição injustificada de líquidos (solução glicosada) nas primeiras 24 horas de vida, além da promoção de fórmulas de leite artificial na comunidade. A falta de suporte do sistema de saúde para a mãe que melhorasse a resolutividade de problemas de baixa complexidade durante o primeiro mês de vida deve contribuir com os baixíssimos índices de amamentação.

2.4. Doenças Preveníveis por Imunização

A imunização contra as seis doenças evitáveis com vacinas anti-pólio, difteria-tétano-pertussis (DPT), sarampo, e BCG está indicada para todas as crianças nos primeiros meses de vida. O esforço do Programa Nacional de Imunização (PNI) para aumentar a cobertura vacinal através dos serviços de saúde e de campanhas de vacinação de massa vem apresentando tendência de queda do número de casos de pólio, difteria, coqueluche, e tétano acidental. Desde 1989 não se registram casos de polio na Região.

A cobertura vacinal da população da Região em menores de cinco anos de idade foi recentemente (1991) avaliada em estudo colaborativo do MS, OPS, UNICEF, Sociedade Brasileira de Pediatria, e o Grupo de Defesa da Saúde da Criança.²⁶ A Tabela 5 resume os principais achados referente à cobertura vacinal do grupo com idade entre 12-23 meses.

O Gráfico 5 mostra que os 51,5% de cobertura para vacina tríplice em 1991 representa significativo aumento quando comparado com somente 6% e 39% de cobertura para esta vacina em 1975 e 1988, respectivamente (FIBGE e Centro de Documentação do MS). Sensíveis variações entre estados foram observadas. RN e CE tinham cobertura superior a 75% enquanto a cobertura em AL e PB foi inferior a 40%.

Estado	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA	Região NE
DPT(>= 3 doses) (%)										
Confirmada	24,3	56,9	65,7	69,3	32,4	45,5	29,6	50,6	47,3	46,3
Informada	26,8	59,1	75,1	75,5	39,4	50,7	36,3	58,4	50,5	51,5
Sabin (>= 3 doses) (%)										
Confirmada	27,0	68,0	76,7	81,6	41,5	54,0	32,5	71,6	65,8	57,4
Informada	58,2	79,6	88,4	92,2	78,2	85,2	76,3	81,9	79,9	79,6
Sarampo (%)										
Confirmada	37,7	67,3	72,1	79,0	49,4	52,5	51,4	70,6	62,0	58,5
Informada	52,2	73,6	84,2	88,2	63,9	69,0	67,4	84,2	73,5	71,6
BCG (%)										
Confirmada	45,7	78,6	86,0	88,1	44,2	68,3	51,5	77,7	72,5	68,2
Informada	48,2	80,1	87,1	88,7	46,7	71,2	57,4	80,7	73,9	70,3
Número de crianças	564	421	489	365	365	446	307	276	424	3657

TABELA 5 - Distribuição das Crianças de 12 a 23 Meses de Idade Conforme a Cobertura Vacinal. Região Nordeste, 1991.

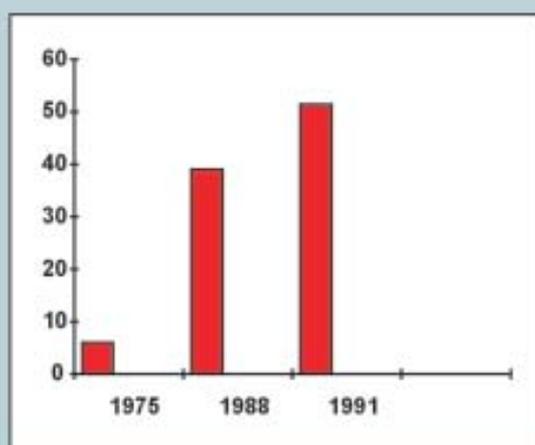


GRÁFICO 5 - Evolução da Cobertura de Vacinação Tríplex de 1974 a 1991. Região Nordeste.



Em 1991, a cobertura para as vacinas anti-pólio, sarampo, e BCG nos estados do RN e CE esteve em torno de 90%, bem acima das taxas de cobertura observadas no MA e PB. A pesquisa colaborativa de 1991 revela ainda que apenas 44% das crianças com um ano completo receberam todas as doses do primeiro ano de vida. As maiores coberturas para todas as vacinas foram observadas no RN (69,7%) e CE (65,4%) e as mais baixas no MA (25,2), PB (27,7%), e AL (27,8). O percentual com vacinação completa ao final do segundo ano de vida foi significativamente menor na zona rural (33%) comparado com a zona urbana (53%). A escolaridade da mãe associou-se positivamente com a cobertura vacinal, atingindo 68,5% para mães com mais de nove anos de escolaridade versus somente 29,9% para mães com nenhuma escolaridade. Não houve diferença significativa conforme o gênero.

3. SAÚDE DA MULHER

3.1. Mortalidade Materna

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças – CID (9a Revisão, 1975), morte materna é “a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas consideradas acidentais ou incidentais”. Esse conceito foi ampliado na 10a Revisão da CID, passando a considerar como morte materna todas as mortes ocorridas durante a gravidez, parto ou puerpério, independente da causa e num período de um ano após o término da gestação. A taxa é expressa como total de mortes dividido pelo total de nascidos vivos nesse mesmo ano. Esse novo conceito passará a valer a partir de 1995, quando entrará em vigor a 10a Revisão.

A Organização Mundial da Saúde estima que das 500.000 mulheres que morrem anualmente em todo o mundo por complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal, 99% são de países em desenvolvimento. Só na América Latina morrem cerca de 30.000 por ano, geralmente pertencentes às classes sociais mais baixas, com pouca ou nenhuma escolaridade, e com difícil acesso a serviços de saúde adequados. Mais importante, 98% dessas mortes prematuras são evitáveis. Enquanto a taxa de mortalidade materna no Canadá é de 4/100.000 nascidos vivos, no Brasil esta taxa está estimada em 141/100.000, próxima dos 270/100.000 do Paraguai. O Chile e Costa Rica têm taxas bem menores (30/100.000 nascidos vivos).

Mortalidade materna reflete o risco que correm as mães durante a gestação e parto. É influenciada pelas condições socio-econômicas gerais, nutrição e saneamento, assim como pela assistência sanitária à mãe. O

primeiro parto tem risco geralmente mais elevado que o segundo e terceiro, porém o risco sobe rapidamente com paridade superior a quatro. O aborto feito em condições inadequadas é responsável por muitas das mortes maternas.

Apesar de haver consenso que as taxas de mortalidade materna no Nordeste serem muito altas há poucos dados disponíveis na Região. Os estudos baseados em atestados de óbito são pouco sensíveis para identificar um óbito relacionado ao parto, enquanto estudos baseados em amostra de domicílios têm geralmente tamanho amostral que não permitem estimar taxa de mortalidade materna com precisão.

A Tabela 6 mostra os coeficientes de mortalidade materna (CMM) das várias Regiões brasileiras, de acordo com a publicação Estatísticas de Mortalidade – Brasil, 1987, editado pela Divisão Nacional de Epidemiologia do MS. Em estudo de validação dos índices oficiais, Braga e Laurenti concluíram que CMM da Região Nordeste devem ser multiplicados por 3 para corrigir a sub-notificação. Os CMM corrigidos estão também no Tabela 6.

CMM/100.000		
Região	Oficial	Corrigido
Norte	211,4	298,3
Nordeste	75,3	137,7
Sudeste	61,4	122,6
Sul	60,3	110,2
Centro Oeste	80,7	181,2
Brasil	72,0	141,0

TABELA 6 - Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM) Oficial e Corrigido por Regiões. Brasil, 1987.

Fonte: Comissão Nacional de Prevenção de Morte Materna.

No Brasil como um todo, em 1988, cerca de 2% de todas as admissões hospitalares eram relacionadas com complicações de abortos, correspondente a 6% do total gasto em assistência obstétrica no país.³

Altas taxas de natalidade (número de nascimentos anuais por 1000 habitantes) e intervalo interpartal inferior a 18 meses estão associados com maior mortalidade materna e infantil.



3.2. Taxas de Fecundidade

A possibilidade dos casais planejarem o nascimento dos seus filhos tem benefícios demonstrados sobre a sobrevivência e a saúde das crianças. A gravidez indesejada e aquela que ocorre em mulheres com quatro ou mais gestações prévias estão associadas com maior risco para a saúde da mulher. O acesso e utilização de serviços de planejamento familiar pelos casais é uma maneira efetiva de evitar esses riscos relacionados com a fertilidade, além de possibilitar cada casal decidir quantos filhos deseja ter.

Em 1991, a BEMFAM realizou pesquisa amostral entrevistando 6222 mulheres de 15 a 49 anos e 1266 maridos da Região Nordeste. O objetivo desta pesquisa (Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste-PSFNe)²³ era coletar dados sobre fecundidade, conhecimento, atitudes e práticas de planejamento familiar na Região Nordeste. A taxa de fecundidade total-TFT (número médio de filhos que uma mulher pode ter até o final de sua vida reprodutiva, caso sejam mantidas as atuais taxas específicas de fecundidade por idade) para mulheres de 15-49 anos de idade foi de 3,7 filhos/mulher, sendo **5,2** na zona rural versus 2,8 na zona urbana. O Gráfico 7 mostra as TFT por estado, a média da Região, e nas zonas urbana e rural em 1991. A PB apresenta a TFT mais baixa (2,6 filhos por mulher), e o MA a mais alta (4,6 filhos por mulher). A TFT de mulheres com 9 ou mais anos de instrução (2,0) é quase três vezes menor que aquelas sem instrução (5,8). O grupo etário de maior TFT foi o de 20-24 anos.

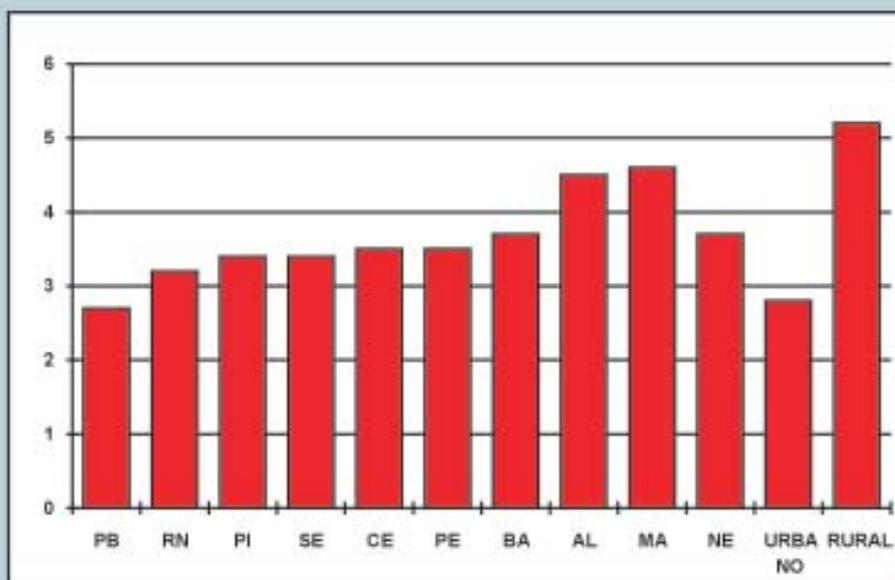


GRÁFICO 6 - Taxa de Fecundidade Total (TFT) por Estado, Zona Rural e Urbana, e para Região Nordeste, 1991.

O número médio de filhos nascidos vivos de mulheres de 40-49 anos reflete a fecundidade prevalente no passado, já que mulheres dessa faixa etária geralmente já encerraram sua vida reprodutiva. O número de filhos dessas mulheres permite uma comparação com a fecundidade atual expressa pela TFT. O percentual de queda recente da fecundidade foi maior nos estados da PB (42%) e RN (47%), menor no MA (29%) e BA (30%).

A idade de início da vida reprodutiva também se associa com seu nível de fecundidade. Quedas de níveis de fecundidade estão geralmente associados com postergação do início da reprodução. Na Região, em média, metade das mulheres têm um filho antes de completar 22 anos. Na zona rural, entre mulheres com baixa instrução, a idade mediana é de 20 anos. O percentual de adolescentes (15-19 anos) que estavam grávidas ou eram mães no momento da entrevista foi de 15%. Novamente, esse achado foi mais frequente em mulheres da zona rural e com baixa instrução.

Os resultados da PSFNe23 podem ser comparados com a Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar-PNSMIPF27 de 1986 para que se tenha uma idéia da tendência desses indicadores na Região. Em 1986, a TFT da Região era 5,2 filhos por mulher, ou seja, 30% maior que os 3,7 observados em 1991. A fecundidade declinou tanto em áreas rurais como urbanas, e em todos os grupos etários.

3.3. Composição etária das mães, paridade e intervalo Interpartal

A redução do número de gestações em mulheres menores de 18 e maiores de 40 anos e daquelas com mais de 4 filhos, além do espaçamento maior que dois anos entre as gestações pode representar impacto significativo na saúde da mulher. A gravidez em mulheres muito jovens pode elevar os riscos para a saúde tanto para mãe como para a criança. Intervalos curtos entre os nascimentos acarretam riscos substanciais para a criança nos primeiros cinco anos de vida. Crianças nascidas após intervalo menor que 18 meses da gestação anterior podem ter risco três vezes maior de morrer que aqueles que nasceram após intervalos superiores. Crianças nascidas de mães com menos de 18 anos têm probabilidade de morrer 50% maior que as nascidas de mães com idade entre 20-24 anos.³

Na Região, em cerca de 41% dos nascimentos de segundo filhos ou posteriores, o intervalo foi inferior a dois anos. Mulheres vivendo em zona rural, com pouca instrução, com paridade alta, e com menos de 30 anos têm maior percentual de intervalos curtos.²³



3.4. Anticoncepção

A PSFNe de 1991²³ revelou que 99,8% das mulheres vivendo com um companheiro conheciam pelo menos um método anticoncepcional moderno (pílula, DIU, esterilização, condom, injeções hormonais, diafragma), sendo a pílula, a esterilização feminina, e o condom conhecidos pela quase totalidade das entrevistadas. Cerca de três quartos das mulheres casadas ou unidas já haviam usado algum tipo de anticoncepção moderna. No momento da entrevista, 59% dessas mulheres (ou seus parceiros) faziam uso de algum método anticoncepcional. O método mais usado era a esterilização feminina (37,7%), seguido da pílula (13,3%). Só 1,4% usavam condons.

Em comparação com pesquisa realizada em 1986 (PNSMIPF)²⁷, observa-se aumento expressivo do percentual de esterilização, indo de 25% em 1986 para 38% em 1991. Em relação aos estados, o RN apresenta a mais porcentagem de mulheres unidas usando algum método anticoncepcional (70%), seguido por SE, PB, e PI (66% cada). As menores prevalências de uso de anticoncepção foram encontradas no MA (48%), AL e CE (54% cada). Entre os achados da pesquisa, chama atenção 79% das mulheres do PI que estavam usando algum método tinham sido esterilizadas.

Mulheres casadas ou unidas com nove ou mais anos de instrução usavam algum método anticoncepcional mais frequentemente (77%) quando comparadas com mulheres sem instrução (44%).

3.4. Assistência à Gestante Pre e Perinatal

Consultas periódicas a serviços de atenção pré-natal são comprovadamente efetivas na redução da morbi-mortalidade materna e de causas perinatais de mortalidade infantil. Cerca de um terço (31,5%) das mães da Região com filhos abaixo de cinco anos não haviam feito nenhuma consulta de pré-natal (Tabela 7).⁹ Observaram-se importantes variações entre os estados. Em Sergipe o percentual sem nenhuma consulta de pré-natal foi de 14,8%, Piauí e Rio Grande do Norte 15,5%, Ceará 35,3%, e na Paraíba 51,6%. Como esperava-se, mães com renda familiar inferior a um salário mínimo tinha taxa ainda maior (45,9%) comparadas com mães com renda superior a cinco salários (12%). Em 1989-90 no Ceará, contingente significativamente maior de mães vivendo no interior (42,6%) não tiveram nenhuma consulta de pré-natal versus 12% daquelas vivendo em Fortaleza.^{4,6} Outro estudo realizado no Nordeste (Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste do Brasil – PSFNe)²³ em 1991 confirma que um terço das mães não tiveram nenhuma consulta de pré-natal.

Apesar de sua eliminação ser uma meta do MS e do Pacto pela Infância, o tétano neonatal, discutido na seção de imunizações, continua sendo importante causa de mortalidade neonatal já que mais de 40% das mães da

Estado	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA	Região NE
Média de consultas de pré-natal	2,5	3,4	3,4	4,2	3,3	3,3	2,7	4,3	3,4	3,4
Consultas de pré-natal (%)										
Não fez	40,2	15,4	35,3	15,7	51,6	26,7	43,1	14,8	29,7	31,5
1- 4	31,5	42,6	33,7	22,7	37,0	24,6	20,7	30,6	24,0	28,5
5 ou mais	28,3	42,0	31,0	61,6	11,4	48,7	36,3	54,6	46,3	40,0
Mês em que iniciou o pré-natal* (%)										
0 - 3 mês	60,6	54,6			72,5	62,0	65,5		70,8	65,8
4 - 5 mês	21,3	20,0			15,8	26,6	24,6		20,3	21,7
6º mês ou mais	18,1	25,4			11,7	11,4	9,9		8,9	12,5
Número de doses de vacina antitetânica na gestação (%)										
0	52,4	20,7	22,0	18,2	22,5	40,7	35,8	44,2	26,1	31,1
1	10,2	14,2	8,4	21,4	13,6	8,4	12,7	13,4	14,4	12,2
2	13,9	20,1	16,5	36,3	25,2	15,6	19,3	18,5	17,2	18,5
3	18,8	28,3	36,8	14,3	29,8	30,6	16,6	19,8	22,5	25,6
Já imunizada	4,7	16,8	16,3	9,8	9,0	4,7	15,6	4,1	19,8	12,6
Número de mães	1287	1273	2861	1101	1046	935	1298	1043	1046	11890

TABELA 7 - Distribuição das Mães de acordo com a Assistência Pré-Natal da Região Nordeste, 1989 -1992.

* Apenas para mães que fizeram o pré-natal.

Região não estavam imunizadas contra o tétano, conforme inquérito em 1989-92 (Tabela 3).⁹ A estratégia de ampliação da cobertura vacinal de gestantes da zona rural (40% das gestações) passa pelo treinamento de agentes de saúde e parteiras tradicionais para engajamento nesse esforço.

Os achados da pesquisa do UNICEF⁹ referentes às condições do parto em cada estado da Região estão sumarizadas na Tabela 8. As precárias condições de higiene e de atendimento de partos domiciliares fazem desse tipo de assistência ao parto uma condição de risco materno e para o recém-nascido. Em média 18,8% dos partos da Região ainda eram



domiciliares no período estudado, variando de 4,2% no RN a 38,2% no MA. Em áreas rurais a proporção de partos domiciliares sobe para 35,2%, versus 8,9% em áreas urbanas. 49,8% dos partos não foram assistidos por médicos, evidenciando o papel relevante ainda desempenhado por parteiras tradicionais na assistência ao parto na Região. Quase dois terços dos partos no estado de Alagoas foram assistidos por parteiras. Na impossibilidade de realizar-se todos os partos da zona rural em hospitais, deve-se buscar garantir, através de supervisão continuada aos agentes de saúde e parteiras tradicionais e de

Estado	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA	Região NE
Local de nascimento (%)										
Hospital	61,5	72,2	74,1	89,9	92,6	90,6	78,8	81,4	79,0	79,5
Domicílio	38,2	27,8	21,8	4,2	7,2	8,2	19,5	15,5	19,8	18,8
Casa de Parto	0,3	0,0	4,1	5,8	0,0	0,6	1,3	3,0	0,0	1,3
Outro	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2	0,7	0,3	0,1	1,2	0,5
Atendimento ao parto (%)										
Médico	33,1	49,4	41,4	58,7	56,5	53,1	38,1	54,4	58,9	50,2
Parteira	44,5	22,6	33,7	38,6	43,0	34,7	60,2	39,6	19,4	33,2
Enfermagem	21,8	23,3	19,7	1,6	0,3	0,0	0,4	2,5	17,1	11,9
Sem assistência	0,7	4,7	5,1	1,0	0,1	12,1	1,3	3,6	4,6	4,7
Tipo de parto (%)										
Normal	89,0	78,2	86,7	79,9	74,7	77,1	83,1	84,4	79,8	81,3
Cesariana	11,0	21,8	13,3	20,1	25,3	22,9	16,9	15,6	20,3	18,7
Tipo de parto * (%)										
Normal	82,2	69,8		77,7	72,7	74,7	78,6	80,9	71,9	75,0
Cesariana	17,8	30,2		23,3	27,3	25,3	21,4	19,1	28,1	25,0
Sabe o peso ao nascer (%)										
Confirmado	21,7	17,1			24,6	26,9	10,1		30,5	25,1
Informado	24,0	49,8			61,0	52,1	58,0		43,8	45,9
Não sabe	54,3	33,1			14,3	21,1	31,9		25,7	29,0
Número de crianças										
	1287	1273	2861	1101	1046	935	1298	1043	1046	11890

TABELA 8 - Condições Relacionadas ao Parto e Assistência Perinatal. Região Nordeste, 1989-1992.

* Apenas para os partos hospitalares.

eficiente sistema de referência, o encaminhamento para hospitais dos partos de maior risco. No estado do Ceará a Secretária Estadual e Secretárias Municipais de Saúde estão expandindo um programa de treinamento de parteiras e agentes de saúde consolidando experiência pioneira de treinamento de parteiras tradicionais idealizado por Galba Araújo e colaboradores.

O parto por cesariana foi realizado em 39,6% das gestantes de renda alta versus 9,2% daquelas com renda muito baixa. A proporção de cesarianas na zona rural foi 9,4% versus mais de 25% na zona urbana. A Tabela 8 informa ainda o percentual de mães que sabiam o peso ao nascer, um dos principais determinantes da condição de saúde infantil. No MA esse percentual foi de 54,3%.

A prática de entregar o 'Cartão da Gestante' por ocasião da primeira visita pré-natal e atualizá-lo a cada nova visita, documento que facilita muito o atendimento por informar dados essenciais da gravidez, havia sido entregue a somente 61,7% das gestantes do interior do Ceará em inquérito de 1990.6

4. SAÚDE DO ADULTO

As 10 principais causas de internação hospitalar nos estados da Região no ano de 1993 estão listadas na Tabela 9, feita com base nos dados do Boletim SAS do MS de maio de 1994. Em todos os estados, a principal causa de internação foi parto normal, com pneumonia e infecções intestinais mal definidas alternando em segundo lugar. Chama atenção a importância de transtornos mentais e complicações do trabalho de parto como causa de internação na Região.

	Parto Normal	Pneu monia	Infec. Intest.	Insuf Card	Esquiz ofrenia	Bronq Asma	Compl Parto	Hernia Abdo	Hiper tensão	Infec Renal
AL	18,86	11,84	10,02	2,55	2,44	1,72	2,42	2,16	1,43	0,99
BA	14,80	6,89	7,36	1,94	1,32	2,66	1,99	2,10	1,47	0,81
CE	17,75	11,62	12,45	2,18	1,03	2,34	4,96	1,52	1,43	1,03
MA	16,32	16,79	7,57	2,02	2,10	1,77	1,50	2,00	1,47	1,99
PB	12,95	11,97	7,27	5,24	1,90	3,43	4,27	1,63	1,49	1,19
PE	16,76	7,99	10,52	2,51	4,31	5,03	3,73	1,68	2,27	1,33
PI	15,75	11,11	10,86	3,26	2,84	2,57	3,43	2,81	1,49	1,22
RN	19,75	7,36	11,36	1,69	2,86	2,28	1,79	1,70	1,61	0,78
SE	18,62	6,33	5,27	1,60	3,66	2,07	2,31	2,13	0,85	1,02

TABELA 9 - Ocorrência por /Ano por 1000 Habitantes, das 10 Principais Causas de Internação Custeadas pelo MS Através da AIH. Região Nordeste, 1993.



4.1. Grandes Endemias

O ressurgimento em estados Nordestinos de endemias características de sociedades muito pobres não se constitui surpresa. Os indicadores de nutrição infantil (Seção 2.3) e de saneamento básico (Seção 4) da Região apresentados neste documento traduzem de fato condições de pobreza extrema. Portanto, políticas públicas que priorizassem ações preventivas eram ainda mais necessárias se a determinação fosse a de evitar epidemias como Dengue, Cólera, e Hepatite, que encontram na pobreza condições ideais de proliferação. Somando-se aos enormes problemas de saúde peculiares da Região, nos últimos anos, o Nordeste vem registrando aumento rápido da epidemia de AIDS, colocando na já precária rede de atendimento importante sobrecarga. Por outro lado a interiorização da AIDS no Nordeste certamente provocará exacerbação de manifestações clínicas de doenças dependente de imunidade celular para seu controle, como Tuberculose, Doença de Chagas, Calazar, Esquistossomose. Leishmaniose, endemia até então restrita a zona rural, tem apresentado surtos urbanos em cidades da Região, como Natal, Terezina, e São Luíz. No ano de 1993, ocorreram 12 casos autóctones de Calazar em Fortaleza, observando-se clara tendência de aumento no primeiro semestre de 1994. Em que pese a enorme subnotificação de casos, a Tabela 10 mostra a incidência de algumas dessas endemias no Nordeste, de acordo com as notificações oficiais ao MS.

	AIDS	Hansen	TB&	Esquisto*	Calazar**	Dengue#	Colera\$
AL	1,4	3,39	5,6	37,04	0,22	0,67	20,10
BA	2,3	4,31	5,6	9,40	0,71	-	4,37
CE	2,7	8,31	6,6	1,68	0,22	16,65	33,82
MA	1,1	42,21	8,2	4,30	0,18	-	1,31
PB	1,3	3,08	1,5	9,57	0,19	-	24,43
PE	2,7	10,87	5,2	15,11	0,14	-	12,67
PI	1,1	18,40	6,3	0,04	0,78	-	7,68
RN	1,8	2,81	5,0	5,26	0,39	-	13,16
SE	1,7	5,39	4,2	19,48	0,55	-	6,13

TABELA 10 - Incidência por 10.000 Habitantes* de Casos Notificados de Algumas Endemias. Região Nordeste, 1992.**

* Incidência de Esquistossomose expressa como % de exames positivos para *S. mansoni* em inquéritos coprocópicos.

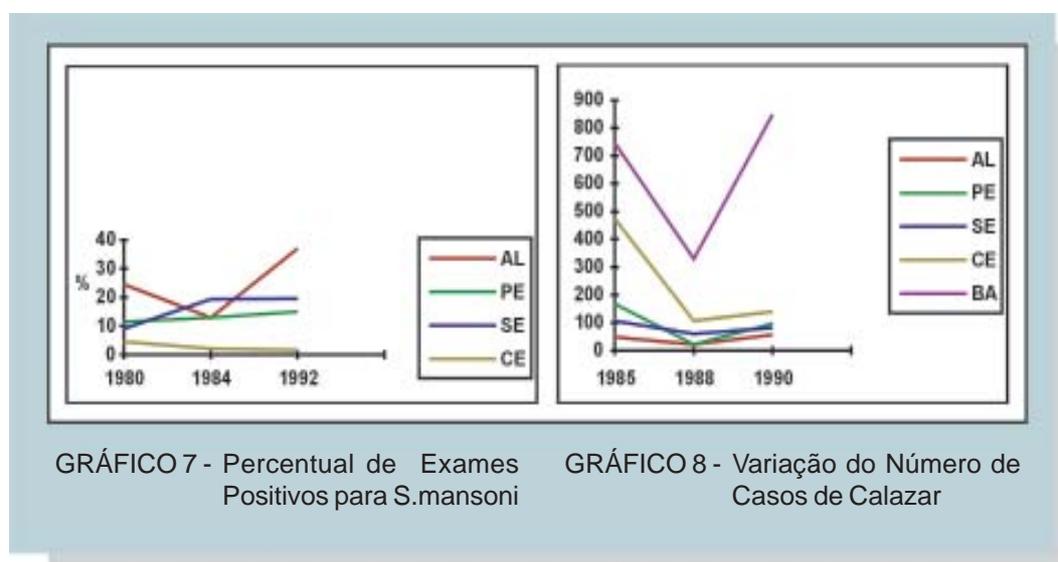
& Dados referentes a 1991.

** Dados referentes A 1990.

Dados Referentes ao primeiro semestre de 1994. Dados incompletos, sujeito a alterações.

\$ Casos confirmados, referentes a 1993. Dados incompletos, sujeito a alterações.

A subnotificação de casos associada à existência de somente inquéritos coprocópicos pontuais na Região não permite determinar com maior acurácia a incidência e prevalência de esquistossomose. Apesar de dispendiosos Programas de controle, a epidemia continua atingindo todos os 9 estados Nordestinos, tendo mesmo se expandido em alguns estados, como mostra o Gráfico 7. De maneira análoga, provavelmente devido a falta de continuidade de Programas de controle de Calazar, a redução significativa do número de casos conseguida no período de 1984-88 (237% na BA) foi seguida de aumento no período 1988-90 (247%) (Gráfico 8).



A Hanseníase permanecia em 1992 com prevalência muito elevada (> 4 casos/10.000 habitantes) no MA (42,21), PI (18,4), PE (10,87), CE (8,31), e SE (5,39). Em quase todos os estados, os coeficientes/10.000 aumentaram de 1991 para 1993.

Reintroduzida no Brasil através dos estados da Amazônia legal, nos últimos dois anos a epidemia de cólera acometeu grande número de pessoas no Nordeste, sobretudo no CE, AL, e PE. Locais com baixos percentuais de domicílios com água tratada, como grandes áreas da Região, torna difícil o controle dessa epidemia, que recrudescerá tão logo as medidas de controle sejam descontinuadas.

Nos primeiros seis meses de 1994, com o retorno das chuvas, Fortaleza foi atingida pela maior epidemia de Dengue de sua história. Estima-se (já que a grande maioria dos casos não são notificados) que até o final desse ano, Fortaleza terá registrado entre 300.000 e 600.000 casos.



4. SANEAMENTO BÁSICO

As precárias condições sanitárias em se encontram os estados da Região podem ser avaliadas pelos baixos índices de cobertura de água tratada, rede de esgotos, e coleta de lixo listados na Tabela 11, montada a partir de dados do censo de 1991 (IBGE). O acesso à água potável e o destino adequado dos dejetos sabidamente previnem diarreia e outras infecções. Crianças que vivem em domicílios sem água encanada têm mortalidade por diarreia cinco vezes maior.²⁸ Já doenças de transmissão respiratória são facilitadas em situações de aglomeração no domicílio. Em pesquisa amostral do UNICEF em 1989-92,⁹ um quarto dos domicílios visitados tinham somente um compartimento para dormir toda a família, com número médio de 4,8 pessoas. Cerca de 30% das moradias da Região são construídas com taipa ou adobe, variando de 64% no MA para 11,7 no RN. Em mais da metade dos domicílios do CE, PI, e MA não se encontrou nenhum tipo, nem mesmo improvisado, de sanitário.

	% Água Tratada		% Esgotamento Sanitário Adequado		% Lixo Coletado	
	Urb	Rural	Urb	Rural	Urb	Rural
CE	57,9	2,7	11,2	0,0	63,4	0,4
BA	68,9	8,3	26,7	0,6	65,2	2,9
AL	69,2	11,3	13,4	0,6	71,1	7,2
PB	75,3	4,5	23,4	0,1	67,8	0,9
PE	73,9	9,3	25,3	2,2	67,5	3,8
PI	60,0	2,9	3,0	0,0	43,3	0,2
RN	65,1	8,9	14,2	0,5	78,0	6,7
SE	80,9	12,1	29,2	0,1	73,9	3,1

TABELA 11 - Percentual de Domicílios com Água Tratada, Esgotamento Sanitário Adequado e Coleta de Lixo em Zonas Urbana e Rural dos Estados do Semi-Árido do Nordeste Brasileiro*

* IBGE, Censo de 1991.

6. SERVIÇOS DE SAÚDE

A utilização de serviços de saúde pode refletir tanto a disponibilidade e acesso a estes serviços como os padrões de morbidade da população. A Tabela 12 sumariza alguns dados referentes à utilização de serviços médicos eminentemente curativos na Região, de acordo com dados produzidos por pesquisa do UNICEF.⁶ Os maiores percentuais de pelo menos uma consulta no trimestre que precedeu à entrevista foram encontrados na PB (51,2%), SE (50,6%), e RN (49%), em contraste com somente 35,7% no MA. Quase metade (43%) das consultas foram motivadas por infecções respiratórias, enquanto somente 9,4% foram consultas de puericultura. Já como motivação de hospitalização nos 12 meses anteriores à entrevista, diarreia foi a causa mais comum (3,5% das crianças), seguida de pneumonia (2,4%).

Estado	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA	Região NE
Consulta médica nos últimos 3 meses (%)	35,7	42,1	46,5	49,0	51,2	44,1	44,3	50,6	43,9	44,4
Motivo da consulta (%) *										
Infecção respiratória	49,0	45,1	50,6	54,1	58,6	37,5	56,6	49,1	30,2	43,0
Diarreia	22,9	17,6	13,4	13,0	19,5	14,7	15,7	16,1	15,4	16,1
Puericultura	5,3	11,4	#	9,2	4,5	15,7	5,0	6,2	7,1	9,4
Infecção de pele	12,6	9,0	10,4	6,8	18,1	14,0	20,3	14,6	14,6	13,0
Outro	18,8	16,4	25,7	21,8	14,1	40,2	6,1	21,3	45,8	17,8
Consulta médica nos últimos 3 meses conforme distância do serviço de saúde										
< 1 km	56,0	41,6	41,6	50,8	44,1	65,1	52,9	57,5		53,4
1 - 5 km	60,5	40,7	37,1	50,3	41,9	58,8	54,0	30,7		50,1
6 - 10 km	74,2	68,8	33,7	41,1	65,5	40,7	68,7	45,3		51,9
> 10 km	79,6	77,7	26,8	33,0	65,7	61,3	81,4	26,8		55,3
Hospitalizações nos últimos 12 meses (%)*										
Todas as causas	12,8	8,4	10,2	6,9	9,5	10,0	9,0	6,1	9,6	9,7
Diarreia	5,2	3,7	4,1	3,0	4,4	2,3	3,4	1,6	3,1	3,5
Pneumonia	4,3	2,7	2,5	1,3	3,8	1,0	3,3	1,8	2,0	2,4
Número de crianças	1287	1273	2861	1101	1046	935	1298	1043	1046	11890

TABELA 12 - Distribuição das Crianças Conforme a Utilização de Serviços Médicos. Região Nordeste, 1989.

* A soma dos motivos de consulta pode exceder 100%, pois pode haver mais de um motivo por consulta.
Na pesquisa do Ceará, as consultas de puericulturas foram englobadas na categoria "outros motivos".

Entre 1980 e 1990 o número de estabelecimentos de saúde na Região aumentou de 5.425 para 10.499.¹⁵ O número de leitos entretanto, permaneceu praticamente o mesmo. A Organização Mundial de Saúde recomenda 4,0 leitos por 1000 habitantes para países desenvolvidos. Em 1993, o número de leitos SUS por 1000 habitantes variou entre 4,46 no MA e 2,02 na BA.

Em 1990, o número de consultas por habitante em instituições públicas do Nordeste foi 0,88/habitante e em instituições privadas foi 2,05. Essa relação



público/privado na Região Sul foi de 0,73 e 3,48 respectivamente. Ou seja, o Nordeste é muito mais dependente do setor público. O número de médicos por 1000 habitantes no Nordeste varia de 0,49 no MA para 1,38 em PE. PI, CE, BA, e SE têm todos menos de um médico por 1000 habitantes.

7. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: UM BALANÇO DAS CONDIÇÕES RECENTES

INTRODUÇÃO

A realização de um esforço de avaliação da política de saúde nos anos recentes, com ênfase no processo de descentralização é o objetivo deste trabalho. Não é uma tarefa fácil. Está subordinada a uma série de condicionantes e limites, alguns dos quais derivados do próprio objeto sob análise.

A principal dificuldade para avaliar os avanços do processo de descentralização reside na insuficiência de informações sistematizadas e produzidas a partir de um mesmo referencial teórico-metodológico. Além de escassas, as informações disponíveis resultam de observações pontuais e localizadas, em geral depoimentos ou registros de experiências.

Um segundo problema está associado ao caráter processual da descentralização. Como processo que envolve dimensões técnicas, institucionais, econômico-financeiras e políticas, o ritmo e a natureza das transformações estará sempre dependente de variáveis associadas a essas diversas dimensões, determinando diferenças significativas entre as unidades federadas, ainda que seja possível identificar se as mudanças se orientam ou não para a mesma imagem-objetivo. Em razão disso, qualquer esforço comparativo entre experiências concretas se torna extremamente complexo e limitado.

As únicas variáveis que poderiam ser indiscutíveis seriam as relativas aos resultados observados acerca da qualidade e efetividade da atenção à saúde, avaliadas através do impacto sobre o quadro sanitário. Aqui nos deparamos com limites de outra natureza. De um lado, a incipiência de um processo que almeja realizar profunda transformação em um cenário de práticas cristalizadas em décadas de vigência de um modelo de atenção orientado por lógica diametralmente oposta, numa conjuntura extremamente adversa. De outro, a precariedade do sistema de informações, que não disponibiliza com agilidade e adequação os dados necessários a essa avaliação.

Neste contexto, procuraremos, a partir de uma caracterização sumária dos principais traços do sistema de saúde pré-existente, explicitar as propostas

de mudança mais importantes, identificando os obstáculos e buscando, no limite das informações disponíveis, apontar os avanços alcançados.

CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Se a ação estatal na área da saúde pode ter a sua emergência registrada no início do século XIX, com a criação das primeiras escolas médicas e as primeiras leis de vigilância sanitária de portos, é só na terceira década do século vinte, com a Lei Eloy Chaves, que regulamenta as Caixas de Assistência e Previdência (CAPs), que a assistência médica se incorpora efetivamente ao rol de ações asseguradas à população através de mecanismos com participação estatal. E, já em sua origem, estabelece limites ao acesso: a assistência médica é benefício ao qual fazem jus os segurados previdenciários e oferecida através de instituições e mecanismos vinculados às CAPs. Essa opção já embutia a diferenciação e a desigualdade no acesso que marcaram, até a década de 80, o sistema de saúde brasileiro. A exclusão de amplos setores da população dos benefícios previdenciários – reservados à reduzida parcela da população incorporada ao mercado de trabalho urbano-industrial – só começará a ser atenuada no início da década de 80, com as Ações Integradas de Saúde- AIS que, mediante delegação de competência a estados e municípios para a gestão de serviços de saúde propõem a ampliação da cobertura dos serviços de assistência médico-hospitalar à população não previdenciária.

Além de seu caráter excludente, três outros traços, interdependentes, desse sistema, marcadamente presentes a partir da década de 60, exigem referência: 1) fragmentação institucional; 2) centralização; e 3) predominância da opção de compra de serviços da esfera privada para a provisão da assistência médico-hospitalar.

A vinculação da assistência médico-hospitalar (“individual”) ao sistema previdenciário e a atribuição das funções de “saúde pública” (“coletivas”, particularmente as ações de vigilância sanitária e epidemiológica) ao Ministério da Saúde, fragmentando a responsabilidade institucional pela provisão dos serviços de saúde produziu distorções cujas consequências são até hoje presentes no sistema de saúde brasileiro. A mais grave delas, a forte predominância das ações curativas, que levam a caracterizar o sistema de saúde vigente como “hospitalocêntrico”, decorre do fato de que o sistema previdenciário, responsável pela assistência médico hospitalar, dispunha de recursos vinculados e em volume suficiente, até a década de 80, para suportar o crescimento dos gastos. Ademais, sua articulação com os interesses privados do complexo médico-industrial que se constituía no país, a partir da década de 60, lhe conferiu peso político para absorver crescentes parcelas do fundo público.



A unificação do Sistema Previdenciário, em 1966, no bojo de um profundo processo de centralização na esfera federal dos fundos públicos e das funções de Estado, necessário à consolidação do projeto do regime autoritário instaurado com o golpe militar de 1964, transformou a saúde em responsabilidade primordialmente atribuída à União. Os Estados e Municípios, que em alguns casos vinham assumindo responsabilidade crescente na provisão de serviços de saúde no período anterior, constituindo redes próprias de atenção, tornam-se esferas dependentes da União e perdem progressivamente sua importância enquanto gestores. A consequência mais grave desse processo é a atual precariedade da capacidade de gestão de grande parte das unidades federadas.

A terceira característica assinalada é a prioridade à compra de serviços ao setor privado – que se faz presente com destaque também a partir de 1966. O forte direcionamento dos recursos públicos destinados a investimentos – em especial através do FAS – ao financiamento da esfera privada e a garantia de um mercado institucional, através dos credenciamentos para compra de serviços e dos convênios com empresas, viabilizaram a constituição de uma expressiva rede privada na área da assistência médico-hospitalar, ao mesmo tempo em que se produzia o sucateamento da rede pública pré-existente. Em 1962, o país dispunha, segundo dados do IBGE, de 236.930 leitos hospitalares, dos quais 40% eram públicos (aqui incluídos os do sistema previdenciário) e 60% privados. Em 1976, dos 432,9 mil leitos existentes 27% eram públicos e 73% privados. Em 1986, a participação dos leitos públicos cai para 22,3% enquanto os privados respondem por 77,7%.

Submetido esse processo apenas à lógica de mercado, sem qualquer regulação estatal, essa rede privada se constrói em torno dos núcleos mais dinâmicos da economia, resultando na profunda concentração espacial dos equipamentos de atenção médico – hospitalar que ainda hoje se observa no país: cerca de 64% dos leitos existentes estão localizados nas regiões Sul e Sudeste, que abriga 57% da população, enquanto o Nordeste que tem cerca de 29% da população detém 24,7% dos leitos. Simultaneamente, verifica-se a crescente subordinação da oferta de serviços aos interesses dos agentes prestadores, com visíveis prejuízos para o atendimento às reais necessidades da população.

A articulação dessas características tem consequências sobre as condições institucionais e a qualidade da atenção à saúde no país e elevado poder explicativo para a crise com que se debate hoje o setor.

O início da década de oitenta é marcado pela simultaneidade de dois processos que repercutem sobre o setor saúde: os primeiros movimentos da transição democrática e a profunda crise econômica do país e, em especial, a de financiamento do Estado. A liberalização política permite a emergência de demandas sociais até então represadas. A crise econômica tem duplo

efeito – de um lado, a piora na distribuição da renda e na qualidade de vida da população determina uma ampliação das demandas sobre o sistema de saúde; por outro, a redução das receitas fiscais e de contribuições sociais conduz à compressão dos recursos destinados à saúde. Já nesse período se aplica solução ainda hoje reproduzida: a compressão dos gastos com saúde para viabilizar a cobertura dos déficits relativos a benefícios previdenciários.

O Plano CONASP, produzido em 1982, num contexto muito similar ao que se verifica hoje (crise financeira associada a denúncias de fraudes), propõe, então, a reversão do modelo médico assistencial, a melhoria da operação do sistema de assistência médico hospitalar através do aumento da produtividade e da racionalização e melhoria da qualidade dos serviços, simultaneamente à expansão da cobertura. Ainda que não chegue a se efetivar, cria as bases para algumas transformações posteriores, em especial as AIS e o SUDS, que viabilizam expandir a cobertura e reintegrar os sistemas públicos estaduais e municipais à prestação de serviços de saúde.

Nesse período cresce e se consolida no país o Movimento pela Reforma Sanitária. Suas principais bandeiras são: o reconhecimento da saúde como direito social, universal; a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; a descentralização das ações e serviços; a reorganização do modelo de atenção sob a égide dos princípios de integralidade da atenção e de equidade.

Essas teses, legitimadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, se impuseram durante a Assembléia Nacional Constituinte e foram consagradas no texto da Constituição de 1988.

AS PRINCIPAIS TRANSFORMAÇÕES DO SISTEMA DE SAÚDE DETERMINADAS PELA CONSTITUIÇÃO DE 1988

A Constituição de 1988 introduz, em seu Título VIII – Da Ordem Social, Cap. II, o conceito de Seguridade Social, que compreende “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. O parágrafo único do mesmo artigo estabelece os objetivos sob os quais deve se organizar a seguridade social: 1) universalidade da cobertura e do atendimento; 2) uniformidade e equivalência dos benefícios e dos serviços às populações urbanas e rurais; 3) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; 4) irredutibilidade do valor dos benefícios; 5) equidade na forma de participação no custeio; 6) diversidade da base de financiamento; e 7) caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.



Na seção II, que trata especificamente da saúde, estão explicitados os princípios e diretrizes que devem orientar a reorganização do Sistema de Saúde. Ao estabelecer que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196) e que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde” (art.197) o texto constitucional determina uma verdadeira revolução sobre o sistema de saúde até então vigente.

O art. 198, dando consequência a esses postulados, fixa as condições sob as quais deve ser organizado o setor:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: 1) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; 2) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; e 3) participação da comunidade.

O financiamento do sistema será feito “com recursos do orçamento da seguridade social (nos termos do artigo 195), da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

Esses dispositivos foram regulamentados dois anos após a promulgação da Constituição, através da Lei 8080/90, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), complementada pela Lei 8142/90 . Mais dois anos e meio se passaram até que se desenhasse uma estratégia e se regulamentasse os dispositivos legais referentes à descentralização e reorganização do modelo institucional, o que só veio a ocorrer em 20 de maio de 1993, com a edição da Norma Operacional Básica (NOB) – SUS 01/93, aprovada pela Portaria MS nº 545/93.

Não foi ainda regulamentado, contudo, um dos aspectos cruciais da descentralização: o repasse direto dos recursos arrecadados pela esfera federal aos Estados e Municípios, previsto pelo art. 35 da Lei 8080/90.

A REGULAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO

Tomando como referência os dispositivos da lei 8080/90, foram estabelecidas, com maior clareza, pela NOB 01/93 as responsabilidades dos três níveis de governo, cabendo ao município a prestação da maioria dos serviços de atenção à saúde, seja como atribuição exclusiva, como é o caso do atendimento ambulatorial, seja como tarefa a ser compartilhada com as esferas estadual e federal.

O documento de diretrizes para a descentralização explicita essas funções:

- “–à esfera federal cabem as funções típicas de Estado Nacional: formulação de políticas nacionais, planejamento, normatização, avaliação e controle do sistema em seu âmbito, apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico e de recursos humanos; coordenação das ações de educação para a saúde; regulação do Sistema Único de Saúde de abrangência nacional; cooperação técnica e financeira com estados e municípios; a regulação das relações público-privado; regulação da atividade privada; acompanhamento e análise de tendências do quadro sanitário nacional; regulação dos padrões éticos de pesquisa; regulação e o registro de processos e produtos; coordenação em nível nacional do Sistema de Informações em Saúde; articulação intersetorial na esfera federal;
- à esfera estadual cabe a formulação da política estadual de saúde, a coordenação e planejamento, incluindo a regionalização e hierarquização da rede de serviços, formulação e coordenação da política de investimentos setoriais em seu âmbito; coordenação da rede de referência estadual e gestão do sistema de alta complexidade; coordenação estadual das ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de educação para a saúde, dos hemocentros e da rede de laboratórios de saúde pública; o estabelecimento de padrões de atenção à saúde no seu âmbito, bem como a supervisão e cooperação técnica e financeira a municípios e, supletivamente, a execução, controle e avaliação de alguns serviços; formulação e coordenação das políticas relativas ao tratamento fora do domicílio, medicamentos especiais e órteses e próteses.
 - à esfera municipal cabe a provisão das ações e serviços de saúde, envolvendo a formulação de políticas de âmbito local, o planejamento, execução, avaliação e controle de ações e serviços de saúde, quer sejam voltadas aos indivíduos, ao coletivo ou ao ambiente, inclusive educação para a saúde e processos de produção, distribuição e consumo de produtos de interesse para a saúde. “

As unidades federadas podem integrar-se ao processo de descentralização mediante proposta de adesão e à medida em que comprovem o cumprimento de requisitos em uma de três condições de gestão previstas, progressivas, mas não necessariamente sequenciais: incipiente, parcial ou semi-plena.

As características e requisitos de cada uma dessas situações são a seguir sumarizados.

INCIPIENTE

Secretarias Municipais de Saúde – assumem, imediata ou progressivamente, todas ou parte das seguintes responsabilidades: sobre a



autorização do credenciamento, descredenciamento, controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares privados/filantrópicos contratados no município; a gestão de uma cota de AIH's negociada na Comissão Bipartite ou o correspondente a 8% de sua população; assumem o gerenciamento da rede ambulatorial pública existente no município; incorporam ações de vigilância sanitária e epidemiológica; organizam/fortalecem seus serviços de programação, acompanhamento, controle e avaliação

Para tanto, devem cumprir os seguintes requisitos: dispor, em seu corpo funcional, de médico responsável pela emissão das autorizações de AIH que não tenha vínculo com prestador contratado ou conveniado; dispor de condições técnicas e materiais para planejar; controlar e avaliar os serviços; ter Conselho Municipal de Saúde em funcionamento; dispor de Fundo Municipal ou, até sua instalação, de Conta Especial para a Saúde; manter registro e alimentar regularmente os bancos de dados epidemiológicos, de mortalidade e nascidos vivos, e cadastrais de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde .

PARCIAL

Secretarias Municipais de Saúde – assumem, necessariamente, a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores; programação e autorização da utilização de AIHs e procedimentos ambulatoriais; controlam e avaliam serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados; assumem o gerenciamento de unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorporam à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária; ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação de acidentados/portadores de doença ocasionada pelo trabalho.

Para enquadrar-se nesta condição devem, além dos requisitos da condição anterior, apresentar anualmente à Comissão Bipartite seu Plano Municipal de Saúde atualizado e Relatório de Gestão; comprovar contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal; ter constituído Comissão para elaborar, ou dispor de Plano de Carreira, Cargos e Salários para a saúde.

Nesta condição, o município receberá mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido com base em série histórica corrigida e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais existentes no município.

Secretarias Estaduais de Saúde – assumem a responsabilidade pela coordenação das ações e serviços; programam os investimentos com recursos próprios e federais, em articulação com municípios; assumem cadastramento, programação, distribuição de cota de AIHs e ambulatoriais, controle e avaliação em municípios não enquadrados em nenhuma das condições de gestão

previstas na NOB-SUS 01/93; coordenam a rede de referência estadual; gerem sistemas de alta complexidade; formulam e coordenam políticas relativas a tratamento fora do domicílio, órteses e próteses, e medicamentos especiais; coordenam em âmbito estadual as políticas de vigilância sanitária e epidemiológica, hemocentros e rede de laboratórios de saúde pública.

Para obter o enquadramento devem, além de dispor de condições técnicas e materiais para o desempenho das atribuições, ter Conselho e Fundo Estadual de Saúde em funcionamento; dispor de Comissão Bipartite em atividade; apresentar anualmente à Comissão Tripartite Plano de Saúde e Relatório de gestão atualizados; comprovar contrapartida de recursos do Tesouro Estadual; manter permanentemente o Sistema de Informações Ambulatoriais e alimentar os Bancos de Dados epidemiológicos, de nascidos vivos, de mortalidade e Cadastrais.

Enquadrados nesta condição, receberão mensalmente recursos financeiros para custeio correspondentes aos tetos estabelecidos para a rede própria e contratada suplementarmente e o referente aos municípios não enquadrados nas situações de gestão incipiente, parcial ou semi-plena.

SEMI-PLENA

Secretarias Municipais de Saúde – assumem a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e avaliação e pagamento de prestadores de serviços; o gerenciamento de toda a rede pública, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária e de saúde do trabalhador de sua competência.

A Comissão Bipartite avalia as condições técnico-operacionais do município para enquadramento nesta situação de gestão e controla o alcance de metas expressas em Termo de Compromisso a ela submetido após aprovação pelo Conselho Municipal. O descumprimento do Termo de Compromisso acarretará perda da condição. A atribuição do enquadramento caberá à Comissão Tripartite.

Ao se enquadrar nesta situação, o município deixa de se relacionar com a União através da venda de serviços e passa a receber mensalmente o total dos recursos para custeio correspondentes aos tetos financeiros estabelecidos com base na série histórica dos gastos com atenção ambulatorial e hospitalar, submetidos a eventual correção negociada no âmbito da Comissão Bipartite do Estado.

Secretarias Estaduais – além das atribuições da situação de gestão parcial, passam a gerir inteiramente e assumem completa responsabilidade



sobre a gestão dos serviços de sua competência, inclusive contratação de serviços de assistência médico-hospitalar.

Para tanto, além dos requisitos da condição parcial, devem apresentar à Comissão Tripartite Termo de Compromisso que contemple metas anuais a serem cumpridas e os indicadores de resultado com que se comprometem a serem avaliadas. A Comissão Tripartite analisará as condições técnico-operacionais e avaliará permanentemente se o seu desempenho permite a manutenção da condição de gestão, com base em acompanhamento e análise realizados pelo Ministério da Saúde.

O processo decisório acerca do enquadramento nas condições de gestão incipiente e parcial se desenvolve no âmbito estadual, através dos Conselhos de Saúde e das Comissões Bipartites. No caso da gestão semi plena, a decisão final é da Comissão Tripartite, no âmbito federal.

PROBLEMAS, DIFICULDADES E AVANÇOS NA REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Se a imagem-objetivo, em direção à qual devem se encaminhar as ações estatais concretas destinadas a reorganizar o sistema de saúde no país, está colocada com alguma clareza, a superação dos problemas e dificuldades envolvidos nesse processo está longe de ter sido alcançada.

As barreiras para a implementação do disposto na NOB-SUS 01/93 são muitas e de diferente natureza. Vão de resistências corporativas a divergências político-institucionais; de limitações de ordem financeira a problemas de capacitação técnico-gerencial. Incluem também problemas a serem equacionados no marco jurídico.

OS PROBLEMAS

A primeira questão, que está na raiz de muitos dos problemas que tem emergido recentemente, diz respeito à própria compreensão do processo de descentralização, com repercussões sobre a redistribuição das funções, o papel das diferentes instâncias de governo e as responsabilidades com o financiamento do setor. Se na área da assistência médico-hospitalar se observa relativo consenso quanto aos papéis das três esferas de governo, nas áreas de vigilância sanitária, controle de endemias e vigilância epidemiológica há ainda problemas quanto aos limites das responsabilidades das esferas estadual e federal que tem retardado o processo de reorganização dessas áreas. Associam-se argumentos técnicos a resistências corporativas, e torna-se muito difícil o estabelecimento de diretrizes claras para orientar as ações.

Há também conflitos sérios em relação às responsabilidades das três esferas sobre as ações de controle e avaliação. A legislação que regula o setor contém dispositivos ambíguos e até contraditórios. Em alguns casos, a ambiguidade decorre do fato de que diversos pontos da Lei 8080 foram vetados pelo então presidente Collor.

Em outros, há choque de interpretação sobre as disposições: o art. 18 estabelece, em seu inciso X, que a fiscalização dos serviços contratados é responsabilidade dos municípios e o parágrafo 4º do artigo 33 prevê que o MS, “acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada dos recursos repassados a estados e municípios”. O entendimento do sistema de auditoria do MS é o de que esse acompanhamento implica inclusive a auditoria direta em serviços sob responsabilidade de estados e municípios, enquanto gestores estaduais e municipais consideram que o MS exorbita em suas funções, uma vez que o artigo 198 da Constituição determina que o sistema será descentralizado, com direção única em cada esfera de governo e que os entes federados são dotados de autonomia de gestão (art. 18 da Constituição Federal). Ademais, no entender de alguns juristas, aplica-se ao caso o disposto no art. 24 da Constituição Federal, que estabelece que quando há competências concorrentes a União deve se restringir a estabelecer normas gerais.

A edição, em abril de 1994, do decreto 1105/94, que regulamenta a implantação do Sistema Nacional de Auditoria previsto nas leis 8080/90 e 8689/93 trouxe mais dificuldades. A lei que extinguiu o INAMPS reconceituou o sistema de auditoria, na perspectiva de um sistema descentralizado, com instâncias municipais e estaduais. O decreto, contudo, regulamenta apenas as funções federais sob a mesma denominação de Sistema Nacional de Auditoria. A ausência de regulamentação dos dispositivos sobre o repasse direto a estados e municípios dos recursos do SUS, com a preservação do mecanismo de compra de serviços, tem ampliado a dificuldade de obtenção de acordo. A solução parece estar dependendo de novas medidas legais, que explicitem com clareza as funções dos diversos níveis de governo no sistema, estabelecendo os limites de ação de cada esfera no que se refere às ações de controle e avaliação e que regulamentem o repasse automático dos recursos a Estados e Municípios, nos moldes dos Fundos de Participação.

A questão da autonomia também é colocada em pauta pelos art. 33, parágrafo 4 e art. 35, que estabelecem a exigência de programação aprovada e da análise técnica de programas e projetos como condição para o repasse de recursos federais para Estados e Municípios. Se o gestor é autônomo essa exigência se torna incongruente.



FINANCIAMENTO E GASTO

O nó crítico, entretanto, reside na questão do financiamento do setor e envolve problemas de diferente natureza. A Constituição de 1988, ao redesenhar a partilha tributária não incluiu as contribuições sociais entre as receitas que foram objeto de redistribuição entre as esferas de governo. O argumento era simples: dada a natureza eminentemente redistributiva das ações financiadas pelas contribuições sociais, era importante que a sua arrecadação se mantivesse centralizada para que fosse possível a implementação de mecanismos redistributivos entre as diferentes regiões. Estabeleceu, ainda, quais contribuições se destinariam ao financiamento das ações da seguridade social. Ocorre que as ações de saúde e de assistência social – que integram a seguridade social – são responsabilidade das três esferas de governo, sendo a provisão de ações e serviços responsabilidade primordial do poder local. Dessa forma é imperativo que se estabeleça com clareza qual a participação da saúde nas receitas de contribuições e quais os critérios de partilha dos recursos entre as esferas de governo.

O segundo aspecto, que não é independente do primeiro, diz respeito ao volume de recursos originários das contribuições sociais aportado ao sistema de saúde. Face à inexistência da regulamentação anteriormente referida, a esfera federal tem poder ilimitado para determinar o orçamento do sistema de saúde. Simultaneamente, a despeito dos reconhecidos esforços para reduzir a sonegação e melhorar a arrecadação, o sistema previdenciário vem apresentando expressivo aumento dos gastos, com déficits que deveriam, nos termos do artigo 16 da Lei 8212, ser cobertos com recursos do Orçamento Fiscal. No contexto de crise fiscal e de ajuste macroeconômico, à crescente demanda de recursos para fazer face às despesas com benefícios da previdência social tem correspondido uma expressiva redução dos recursos alocados ao setor saúde. Em outras palavras, o déficit da previdência, aqui incluídos os encargos previdenciários da União, tem sido evitado à custa de redução das ações de saúde.

Dados da Secretária do Tesouro Nacional (STN), analisados pelo IPEA, indicam que a participação da saúde no orçamento da seguridade social caiu de 25,7% em 1991 para 19,5% em 1992. Os recursos aportados pela esfera federal que correspondiam em 1989 a US\$ 12,6 bilhões atingem em 1992 apenas US\$ 7,3 bilhões, o que significou um gasto anual per capita de US\$ 46,9, o mais baixo desde 1980.

A crise do sistema foi atenuada porque a progressiva incorporação pelos municípios da responsabilidade de prestação de serviços de saúde tem provocado aumento dos recursos dessa esfera de governo aportados ao setor. À redução dos gastos federais as administrações municipais responderam com ampliação de US\$ 1,7 bilhões em 89 para US\$ 2,9 bilhões em 1991²⁹ o volume global de recursos alocados ao setor. Em valores consolidados, os programas de saúde absorveram 13% da despesa total dos municípios. Se a

redução no volume de recursos é expressiva, o quadro se agrava ainda mais porque a ela se associa a irregularidade dos fluxos financeiros.

Os pagamentos do SUS têm sido efetuados recorrentemente nos últimos anos com defasagem de, em média, 60 dias após o mês em que foram produzidos os serviços. Dadas as elevadas taxas de inflação e a inexistência de mecanismos de indexação, esses atrasos determinaram perdas reais superiores a 60% em relação ao valor devido aos prestadores públicos e privados.

Mesmo diante do reconhecimento da existência de problemas de gestão e da ocorrência de irregularidades na alocação de recursos – que, segundo o próprio sistema de auditoria do MS, nem sempre caracterizam dolo – é imperioso reconhecer a gravidade dos efeitos que essa prática tem sobre a operação do sistema. Nesse quadro, a efetivação do processo de descentralização passa a depender fortemente da regulamentação de mecanismos para o repasse direto e automático dos recursos a medida que se realizam as receitas, reduzindo o grau de discricionariedade da esfera federal em relação ao aporte de recursos. As incertezas quanto ao financiamento têm sido apontadas como o maior obstáculo para que os municípios se disponham a assumir efetivamente as responsabilidades de gestores do sistema. Mas não é apenas na esfera das receitas que são encontrados problemas na implementação do SUS. A estrutura das despesas com saúde também precisa ser objeto de profunda transformação. Ainda que só estejam disponíveis dados sobre o gasto federal, se considerarmos que este representa cerca de 75% do gasto público, a sua análise pode ser indicativa das distorções que o sistema apresenta. Da perspectiva da natureza da despesa, pode-se apontar o peso dos gastos com Pessoal e Encargos Sociais, que representam cerca de 23% do total de dispêndios nos exercícios de 1992 e 1993. Os recursos destinados a Despesas de Capital -investimentos – absorveram apenas 4,37% do total de gastos em 1992 e 2,96 em 1993. Quando consideradas as despesas por subprograma, fica evidenciada a grande prioridade atribuída aos gastos com assistência médica ambulatorial e hospitalar. O subprograma Assistência Médica e Sanitária foi responsável por 74% do gasto em 1992 e por 71% em 1993. Ainda que sua participação relativa tenha apresentado decréscimo em 1993, esse subprograma teve um aumento, em valores reais, de 17% em relação ao exercício anterior. Parte expressiva desse acréscimo, porém, destinou-se à ampliação dos gastos ambulatoriais cuja tabela sofreu correções que visavam compensar defasagens de valor da remuneração, em particular das consultas médicas, além de passar a incluir procedimentos de vigilância sanitária e epidemiológica, o que representa uma mudança positiva no interior desses gastos. O subprograma Controle de Doenças Transmissíveis, que envolve o controle de doenças endêmicas e epidêmicas, teve sua participação reduzida de 4,8% em 1992 para 4,1% em 1993, ainda que tenha tido um incremento real de cerca de 3% em 1993.



Os crescimentos mais significativos em 1993 ocorreram nos subprogramas Produtos Profiláticos e Terapêuticos (106%), Vigilância Sanitária (148%) e Saneamento (39%). No entanto, a participação relativa desses subprogramas no conjunto dos gastos de 1993 ainda permanece pouco expressiva: 3,5%, 0,08% e 0,45%, respectivamente.

Outro indicador das correções que o sistema está a demandar pode ser encontrado nos valores médios das internações segundo a causa da internação. A fragilidade dos mecanismos de controle no contexto de um sistema de pagamento baseado na compra de serviços associado à ausência de parâmetros de custo tem permitido que a variação do valor médio de internações entre as unidades federadas atinja, em alguns casos, mais de 4 vezes o menor valor. No caso do parto normal, por exemplo, enquanto em Sergipe o valor médio das internações era de US\$ 67,96 no primeiro semestre de 1993, no Distrito Federal o valor médio para esse atendimento foi US\$ 146,76, enquanto em Mato Grosso o valor alcançou US\$ 288,45. O mesmo pode ser apontado para todas as causas de internação, não se identificando razões, à primeira vista, para essas discrepâncias. Não se observa também tendência genérica a custos maiores (ou menores) para o conjunto das internações em alguma unidade federada. As internações por Pneumonia, por exemplo, custaram em Sergipe – que apresentou o menor valor para o parto normal – quase quatro vezes mais do que em Mato Grosso, que tinha o maior valor para parto normal: US\$ 503,29 e US\$ 130,16, respectivamente, em 1993. Discrepâncias dessa magnitude devem ser objeto de investigação e exigem um acurado estudo sobre as estruturas de custos da atenção hospitalar nas diferentes unidades federadas. Ainda que se possa supor custos maiores em áreas que concentram serviços de maior densidade tecnológica, os exemplos apontados não nos autorizam a supor que este seja o fator preponderante para explicar as diferenças observadas.

Não existem dados completos sobre a distribuição do gasto total com saúde segundo as unidades federadas. Mais uma vez, as informações disponíveis dizem respeito somente ao gasto com assistência médica ambulatorial e hospitalar. Ainda que a distribuição do número de internações hospitalares venha guardando proporcionalidade com a distribuição da população, é possível observar que a proporção dos gastos globais com internações das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresenta-se ligeiramente superior à participação dessas regiões na distribuição da população.

AS DIFICULDADES

Desencadear um processo de descentralização no contexto de extrema desigualdade entre as unidades federadas como a existente no Brasil exige cuidadosa estratégia para respeitar as diferenças de ritmo e capacidade técnico-operacional.

Ainda que existam perto de cinco mil municípios no país, 40% da população brasileira está concentrada nos 194 municípios com população superior a 200 mil habitantes (cerca de 4% dos municípios). Em contrapartida, os 3515 municípios com população inferior a 20 mil habitantes congregam apenas 19,4% da população total. Além das desigualdades de porte, há expressivas diferenças de ordem político-cultural e econômica entre eles. Não seria sensato imaginar que essas unidades federadas respondessem de modo sincrônico ao processo de descentralização, o que não invalida os esforços em direção a um sistema descentralizado. Apenas exige soluções flexíveis e diferenciadas e o reconhecimento do caráter processual das mudanças.

Dos 4975 municípios existentes, 1519 haviam solicitado seu enquadramento em alguma das condições de gestão previstas na NOB SUS 01/93 até março de 1994, dos quais 983 já haviam recebido aprovação.

A Tabela 13 seguir apresenta a distribuição por regiões desses municípios, segundo a condição de gestão que pleiteiam.

Região	Total Municípios	Solicitaram Enquadramento				Aprovados
		Incipiente	Parcial	SemiPlena	Total	
NORTE	398	13	3		16	12
NORDESTE	1.559	262	61	5	328	191
C.OESTE	427	74	48	1	123	85
SUDESTE	1.533	427	197	16	640	432
SUL	1.058	181	227	4	412	263
TOTAL	4.975	957	536	26	1519	983

TABELA 13 - Municípios que solicitaram enquadramento na NOB SUS 01/93 até março/94 segundo as condições de gestão pleiteadas.

Como evidenciado na Tabela 13, apenas 30% dos municípios brasileiros, nos primeiros meses de vigência da norma reguladora da descentralização, pleitearam seu enquadramento em alguma das condições de gestão – tendo sido publicada no Diário Oficial a relação dos primeiros pleitos aprovados em 04/07/94, o que implica que somente após essa data passam a vigir as novas condições. A maior parte preferiu o enquadramento nas situações de gestão incipiente ou parcial, nas quais a responsabilidade pelo pagamento de serviços contratados se mantém da União. A maioria dos que pleiteiam a gestão parcial ou semi-plena são municípios de maior porte e há predominância de municípios menores entre os que pleiteiam a gestão



incipiente. Do total de pleitos, contudo, apenas 26 reivindicaram a condição de gestão semi-plena.

Esses números não refletem a quantidade de municípios que apresentam os requisitos para assumir integralmente a responsabilidade pela gestão do sistema de saúde em sua área, ou que desejariam fazê-lo. Refletem, mais que tudo, a conjuntura em relação às condições de financiamento. Com o elevado grau de incertezas quanto à liberação dos recursos arrecadados pela União, as municipalidades têm demonstrado receio de assumir a responsabilidade de efetuar contratos sem a contrapartida de garantias pelo governo federal de que os recursos estarão disponíveis nos prazos previstos.

Têm sido grandes as dificuldades na operacionalização do processo. A maior parte (23) dos Estados já constituiu as Comissões Intergestoras Bipartites, incumbidas de deliberar e acompanhar a operacionalização do processo de descentralização no âmbito estadual. Sua operação, contudo, ainda é bastante desigual entre as unidades da federação. Observa-se falta de regularidade de reuniões em alguns Estados mais refratários ao processo e dificuldades para a delimitação de papéis entre as mesmas e os Conselhos de Saúde.

Também na operação dos Conselhos de Saúde há profundas diferenças entre as unidades federadas, sejam estaduais ou municipais. Nem sempre os gestores têm compreensão/compromisso com a constituição de Conselhos representativos e legítimos, procurando preservar antigas práticas clientelistas. De outro lado, em muitos locais, a população não se encontra organizada e não tem experiência de participação ou de controle sobre a ação estatal, tendo dificuldade de compreender efetivamente seu papel e se tornando presa, com frequência, das mesmas práticas clientelistas.

Ademais, o longo período em que estiveram excluídos dos processos de gestão fragilizou técnica e gerencialmente muitos municípios ou impediu que se capacitassem. A capacitação gerencial é um dos aspectos críticos que tem que ser enfrentados ao longo desse processo.

Às dificuldades de gestão e a insuficiente capacitação técnica de muitas municipalidades podem ser, contudo, contrapostas muitas soluções engenhosas e criativas de experiências em curso que apontam para as inúmeras possibilidades que o processo pode fazer emergir. Assim, o “julgamento” sobre o processo de descentralização depende fundamentalmente da ótica, da lógica que preside a análise. Nas palavras de Ítalo Calvino, do “ponto de observação”.

Um levantamento realizado pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará identificou significativo aumento na produção de serviços em municípios que assumiram a gestão de seus sistemas, com reflexos sobre a melhoria de cobertura de suas populações, particularmente no que se refere a

atendimentos básicos e consultas médicas e odontológicas. Nos municipalizados, a cobertura por atendimento básico era, em 1993, de 3,8 atendimentos per capita, contra 2,8 nos não municipalizados. Foram 2,11 consultas médicas e 0,86 consultas odontológicas por habitante nos municipalizados e 1,35 e 0,56, respectivamente, nos não municipalizados.

Os resultados mais visíveis, no curto prazo, são os relativos à área de controle e avaliação. Guarapuava, Curitiba, Niterói, Ipatinga, Quixadá, Blumenau são alguns dos municípios que obtiveram, em poucos meses de operação de seus sistemas de controle e avaliação, reduções significativas – de até 30% – no total de AIHs emitidas, sem prejuízo à qualidade da atenção à população.

A reorientação do modelo de atenção, com a implantação de sistemas orientados pela lógica da vigilância à saúde, é outra dimensão que merece destaque. A melhoria das condições de operação da rede, sua gradativa qualificação em termos de recursos humanos e tecnológicos, o ajustamento de sua operação às necessidades de atenção à saúde da população com base em indicadores epidemiológicos, implantação de sistemas de informações, esforços de articulação multisetorial são aspectos dessa transformação identificados em municípios como Salvador, Maceió, Santos, Ipatinga, Terezina, Fortaleza, Curitiba, Porto Alegre, dentre outros que vem desenvolvendo esforços de transformação.

RECOMENDAÇÕES

Se são animadores os exemplos apontados, são também enormes os esforços a despender para que essa situação se amplie para a maior parte dos municípios, ou pelo menos que atinja o conjunto dos municípios que congregam a maior parte da população, no menor prazo possível.

A transformação do quadro atual implica o desencadeamento de um processo de intervenção organizado e sem solução de continuidade, que atue sobre alguns dos determinantes mais relevantes dos problemas anteriormente identificados.

Há a necessidade de superar as diferenças entre as unidades federadas quanto à capacidade organizacional e gerencial da rede de serviços de saúde, sua inadequada distribuição no país, as deficiências de recursos humanos, materiais e financeiros, bem como a desarticulação dos sistemas de informações em saúde. Para isso, é indispensável o desencadeamento de ações com o objetivo de:

- Reorganizar institucionalmente o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, adequando suas estruturas e suas práticas a seus novos papéis previstos na legislação do SUS, constituin-



do as condições para que possam efetivamente desenvolver as tarefas de formulação de políticas, coordenação, acompanhamento e avaliação de resultados em âmbito nacional e regional.

- Articular um amplo processo de cooperação técnica, envolvendo Estados e União, com ações coordenadas e regulares com vistas a reorientar o modelo de atenção e recompor a capacidade de gestão dos municípios, sob a ótica de um novo paradigma que privilegie a vigilância à saúde e a ação intersetorial para o equacionamento dos problemas de saúde.
- Construir, sob a coordenação das secretarias estaduais, um consistente plano de investimentos, com objetivos claramente definidos de promover a equidade de acesso.
- Promover a reorganização e integração do sistema de informações de modo a viabilizar a reconstrução das práticas de planejamento e ações efetivas de controle e avaliação de resultados.
- Apoiar o desenvolvimento de esforços para formação e capacitação de recursos humanos com perfil adequado às novas exigências do sistema de saúde.

Para o enfrentamento desses desafios é indispensável o desenho de estratégias flexíveis e um permanente processo de negociação que permita superar as resistências a transferir ou partilhar poderes cristalizados no modelo anterior ao SUS, particularmente as que se localizam no interior das burocracias nos níveis federal e estadual.

É também indispensável aprofundar a proposta existente de descentralização dos recursos, que se assenta principalmente na descentralização dos recursos atualmente destinados à assistência médico-hospitalar e não incorpora a parcela dos recursos destinados a outras áreas de atuação do sistema, nas quais perdura a prática das transferências negociadas. Finalmente, há necessidade de apoiar e reforçar os mecanismos de controle social sobre a gestão do sistema, promovendo o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e de outros mecanismos de gestão participativa e assegurando o acesso amplo a informações.

Estes são os desafios de curto e médio prazos que estão colocados para que se alcance os objetivos desejados e que devem constituir o núcleo central de uma agenda de prioridades para a implementação do SUS.

8. CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POPULAR: ELEMENTOS ESTRATÉGICOS DE MUDANÇAS

O Sistema Único de Saúde pode ser tomado como exemplo de reforma do Estado Brasileiro, no sentido de sua racionalização, descentralização e democratização. Ele é o resultado das lutas sociais - dos movimentos

populares, das entidades da sociedade civil, dos sindicatos de trabalhadores, dos profissionais de saúde, das instituições de ensino e pesquisa e tantas outras que lutaram em seus respectivos espaços e se articularam no Movimento pela Reforma Sanitária e nas Conferências Nacionais de Saúde. Entretanto, é também fruto da negociação política entre interesses contraditórios representados no Congresso Nacional.

A implementação do SUS tem ficado aquém das possibilidades abertas pela legislação, porque a reforma está praticamente restrita ao âmbito da seguridade social (saúde, previdência e assistência social), ainda muito dependente de iniciativas governamentais e sujeita a diversos fatores relacionados às nossas culturas administrativa e político-partidária.

Apesar disso, sinaliza muito fortemente no sentido das mudanças necessárias ao avançar na perspectiva de uma prática descentralizada, que fortalece o poder local e, conseqüentemente, torna possível o controle da sociedade sobre os governos e as políticas públicas.

A defesa do SUS e de um Estado descentralizado, democratizado, eficiente e com forte poder regulador, para enfrentar as desigualdades sociais e regionais, depende também da existência de organizações próprias da sociedade civil que tenham representatividade, força e independência em sua atuação nos espaços institucionais.

DESCENTRALIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO NA GESTÃO DO SUS

A Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) reconhecem que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Portanto, a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício através de políticas econômicas, sociais e da reorganização das ações e serviços de saúde.

Por outro lado, o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. As ações e serviços de saúde podem ser executadas por pessoa física ou jurídica de direito privado, sob regulamentação, fiscalização e controle do poder público e da sociedade.

Na Lei Orgânica da Saúde observamos que a descentralização político-administrativa, enquanto diretriz do SUS, é enfatizada sob a forma da municipalização, que significa a redistribuição de poder, de competências e de recursos em direção aos sistemas locais de saúde. A organização dos distritos sanitários é uma das estratégias propostas para mudar o modelo assistencial e as práticas de saúde, com efetiva participação social.



O atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, é outra das diretrizes do SUS. Incluem-se no seu campo de atuação a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de saúde do trabalhador, de assistência às pessoas e a coletividade, visando as condições de bem-estar físico, mental e social, bem como as ações de saneamento básico, de vigilância nutricional e orientação alimentar e a colaboração na proteção do meio ambiente, entre outras.

A Lei nº 8.142/90 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e condicionou o repasse de recursos financeiros à existência do Conselho Municipal de Saúde funcionando de acordo com a legislação. A participação comunitária aparece articulada aos diretos de: integralidade das ações; universalidade do acesso; equidade do atendimento; uso da epidemiologia e do planejamento participativo para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a definição das políticas públicas. Também são princípios do SUS: a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário e o direito de informação às pessoas assistidas sobre sua saúde.

O conceito abrangente de saúde individual e coletiva e a necessidade de ações intersetoriais integrando as políticas públicas democraticamente construídas mostram o acerto da estratégia de descentralização político-administrativa (em direção aos municípios, aos sistemas locais de saúde e aos distritos sanitários) e de democratização do Estado, através de órgãos colegiados gestores, e do incentivo à participação social. O objetivo central é a descentralização do poder até o nível local, com reorientação das práticas de saúde e uma nova ética da função pública que ressalta o compromisso de todos com os direitos dos cidadãos.

CONFERÊNCIAS E CONSELHOS DE SAÚDE

A Constituição Federal admite amplas possibilidades de exercício do direito de cidadania e a legislação do SUS estabelece algumas formas para concretizá-lo no espaço institucional. Desta forma, são previstos as conferências e os conselhos de saúde, órgãos colegiados do SUS que reúnem representantes dos diversos segmentos sociais para propor, decidir e fiscalizar a política de saúde em cada nível de governo.

As conferências de saúde são convocadas pelo poder Executivo e/ou pelo Conselho de Saúde correspondente, têm caráter consultivo e servem para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes da política de saúde. Os conselhos de saúde são órgãos permanentes, fazem parte da estrutura do Estado e buscam ter uma atuação independente dos governos. Eles têm poder deliberativo, devem atuar na aprovação das diretrizes, através dos planos de

saúde, dos orçamentos e planos de aplicação dos recursos financeiros, e no controle da execução da política de saúde, através de relatórios de gestão e de suas atividades.

Os conselhos de saúde são paritários, pois metade dos seus membros representa os usuários; os trabalhadores da saúde têm direito a outros 25% das vagas e os demais 25% devem ser repartidos entre o poder público, as instituições de ensino e pesquisa e os prestadores privados de serviço de saúde.

As reuniões do Conselho são abertas à participação de todos os interessados, embora sem direito a voto, e suas pautas e datas de reuniões devem ser previamente divulgadas pela imprensa. Sua existência está prevista na legislação do SUS, mas sua criação depende de lei de iniciativa do Executivo ou do Legislativo, conforme determina a Lei Orgânica de cada município. A lei deve ser elaborada com intensa participação da sociedade organizada e deve estar de acordo com a legislação do SUS. O regimento interno é elaborado pelos próprios conselheiros, com base na lei aprovada.

O Conselho Nacional de Saúde tem, subordinadas a ele, comissões intersetoriais de âmbito nacional, integradas pelos ministérios e entidades representativas da sociedade civil, para a articulação de políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no SUS. Igual preocupação tem se manifestado na organização dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

O Conselho Nacional de Saúde recomenda que o presidente do colegiado seja eleito entre os seus membros em reunião plenária. Apenas as suas decisões de caráter normativo precisarão de homologação do chefe do Executivo ou do dirigente de saúde para terem validade. Portanto, nos colegiados gestores do SUS se manifestam com maior ou menor representatividade, os interesses dos diferentes segmentos sociais que pretendem direcionar os recursos para prioridades diferentes. As decisões dos conselhos são resultado de negociação política que exige representatividade de seus membros e o respeito à pluralidade democrática.

O QUE FAZER PARA QUE A PARTICIPAÇÃO SEJA EFETIVA?

Em que pese a maioria das unidades federadas e dos municípios já ter constituído seu Conselho de Saúde, o que se observa em muitos casos é que falta legitimidade ao mesmo, seu funcionamento é irregular, extremamente dependente da iniciativa governamental, preso à rotina burocrático-administrativa e sem uma inserção real na comunidade em que atua.

Existem outros, entretanto, que exigem e são estimulados a participar efetivamente das decisões, participam da definição das grandes questões



do SUS, sem deixar de enfrentar os problemas concretos da realidade em que atuam. Fazem parte da dinâmica social do estado ou município, ocupam espaço político nos meios de comunicação e na sociedade apoiando ou propondo caminhos alternativos para as políticas governamentais.

Em geral há maior legitimidade nos conselhos cuja criação foi precedida ou vem sendo acompanhada de luta social pela saúde. Em muitos estados e municípios os canais de participação estão restritos ao espaço institucional ou à realização da respectiva conferência de saúde, havendo um refluxo ou desestímulo à organização autônoma, principalmente nos movimentos populares. Faltam espaços públicos não institucionais, como as plenárias de saúde, que favoreçam a articulação entre os movimentos sociais, outras entidades e as universidades no sentido de promover alianças para apoiar o funcionamento dos conselhos de saúde e disputar a hegemonia de propostas no seu interior e na sociedade.

Apresentamos a seguir algumas sugestões para melhorar a prática dos Conselhos de Saúde:

1. Os conselhos de saúde não devem se limitar a acompanhar aquilo que é predominante no SUS, ou seja, a assistência médica individual curativa. O conceito ampliado de saúde e a busca de integralidade das ações justificam a atuação dos conselhos de saúde em todas as áreas, como saúde, meio ambiente e saneamento básico;
2. A municipalização da saúde, a formação dos distritos sanitários, as mudanças nas práticas de saúde, com a adoção do poder público do planejamento participativo, das ações de saúde coletiva e de vigilância à saúde, entre outras, contribuem para conferir aos conselhos e aos serviços uma nova dinâmica que supera a rotina burocrático-administrativa e o caos da saúde;
3. O controle que o Conselho exerce sobre a gestão dos serviços públicos e privados de saúde deve contemplar o acesso a todas as informações e documentos necessários, inclusive contratos e convênios, a realização de visitas e investigações nos locais de serviço, a definição das intenções de gasto e o controle da utilização dos recursos segundo as prioridades estabelecidas no plano de saúde;
4. Os conselhos devem participar da elaboração de novos critérios de avaliação, do sistema local de saúde e de sua própria prática, que resultem do compromisso ético, político e profissional com os direitos dos cidadãos;
5. O conselheiro não pode ser visto como único e legítimo representante da população. Sua conduta deve pautar pela preocupação em estimular a organização autônoma da sociedade e a participação direta de cada cidadão com suas críticas, sugestões e colaboração. A experiência dos agentes comunitários de saúde tem mostrado como

- é possível e produtiva esta interface entre o cidadão, a sociedade organizada e os serviços de saúde;
6. A existência de assessoria de comunicação e imprensa no Conselho de Saúde e a utilização de boletins, cartilhas, atividades culturais e educativas e outros meios para um diálogo permanente com a população tem contribuído para dar maior visibilidade e legitimidade aos seus atos, colaborando para a organização da sociedade;
 7. Devemos tornar sistemática a prática de capacitação dos conselheiros de saúde, sobretudo os representantes dos usuários e os trabalhadores de saúde, de forma a tornar efetiva a atuação do Conselho em sua dimensão ética, política e educativa;
 8. Criar linhas de financiamento para apoiar as entidades que já vêm atuando numa perspectiva de incentivo, articulação e treinamento junto às organizações populares que participam do gerenciamento do SUS;
 9. Apoiar a produção, troca e difusão de materiais educativos, entre as várias entidades, movimentos e conselhos;
 10. Os debates e a negociação das políticas de saúde no interior dos conselhos não devem se transformar em disputas por interesses corporativos ou por espaço partidário. As atividades dos conselheiros são consideradas de relevância pública e devem se pautar pelo compromisso com o interesse público;
 11. A participação comunitária prevista na Constituição deve compreender também o estímulo à organização de entidades e movimentos sociais autônomos, o incentivo à participação dos cidadãos e os trabalhadores de saúde, bem como sua articulação em plenárias de saúde para uma aliança em defesa do SUS, da democratização do Estado e da sociedade.

9. SAÚDE MATERNO-INFANTIL NA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL. CARACTERÍSTICAS RELEVANTES DE UM PROGRAMA DE SAÚDE.

1) Objetivos e Metas Bem Definidos.

A referência a objetivos bem definidos é importantíssima quando a estratégia para a proteção à saúde baseia-se na valorização da mobilização social abrangente norteada por objetivos e em planos flexíveis e descentralizados, mais do que em programas de médio e longo prazo relativamente rígidos e centralizados. Não somente no planejamento territorial, mas também na gestão de serviços de saúde a referência aos objetivos últimos das instituições e a sua “popularização” é fundamental para evitar desvios de funções de setores e departamentos especializados.



2. Sensibilização de Autoridades e Líderes (Advocacia política) e Mobilização Social

Nos Estados do Nordeste, constata-se que a sensibilização de autoridades e líderes políticos é uma das estratégias mais importantes para encaminhar ações concretas que vão no rumo dos objetivos de proteção à saúde da mulher e da criança. Em muitos casos, projetos especiais de expansão de serviços ou de melhoria de sua qualidade, sobretudo através de capacitação de pessoal, só fazem sentido quando colocados num clima em que existe apoio político e compreensão por parte dos chefes políticos. Além destes, os diretores de Unidades de Saúde e, especialmente dos maiores hospitais, têm um papel importante na promoção de mudanças.

Por isso, o prosseguimento, a adequação e a intensificação das iniciativas “Pacto pela Criança do Brasil” (1992), “Prefeitos Defensores da Criança” (1994) e “Hospital Amigo da Criança” são muito relevantes. Estas iniciativas foram convocadas por um leque amplo de entidades, das quais várias não governamentais. O UNICEF desempenha um papel de secretaria executiva em todos estes casos. A primeira (Pacto pela Criança do Brasil) teve a adesão do governo federal e da quase totalidade dos governos estaduais do país; reuniões periódicas foram realizadas a cada 100 dias para o acompanhamento. Estratégias vêm sendo preparadas para dar continuidade a este tipo de trabalho.

3. Ações e Tecnologias Propostas

Típicas ações de saúde consideradas como “básicas” são: Planejamento Familiar; Controle Pré-Natal; Atenção Peri-Natal; Promoção do Aleitamento Materno; Imunização; Cuidados da Diarréia Infantil; Controle do Crescimento; Educação Nutricional; Cuidados das Infecções Respiratórias Agudas; Estimulo do Desenvolvimento Infantil. Devem ser entendidas simplesmente como ações que, a priori, por razões de eficácia, segurança e custo, merecem ter atenção especial no planejamento nacional e, possivelmente, estadual, uma vez declarados objetivos na linha da “Declaração Mundial de Chefes de Estado sobre Sobrevivência e o Desenvolvimento das Crianças e dos Adolescentes nos anos 90”. Já no planejamento municipal, o mais relevante para assegurar o impacto das políticas públicas para a infância, a lista apresentada de ações básicas não deve-se constituir num pacote fechado; a alocação de recursos financeiros, físicos e humanos, a distribuição no tempo e no espaço de cada ação não devem ser pré-definidas, sob o risco de o planejamento municipal não contribuir para os objetivos.

É essencial uma análise de pontos críticos específicos do Nordeste do Brasil baseada na experiência de cerca de 15 anos de implementação destas ações padronizadas. Alguma readequação de normas parece necessária em algumas áreas, mas, sobretudo, é necessário adequar as estratégias de

implementação no nível estadual e municipal, norteadas, pela análise de resultados alcançados (sucessos e insucessos). Extrapolando os limites deste documento uma discussão detalhada dos pontos críticos na implementação de cada uma destas ações. Como uma exceção, a suplementação alimentar, não incluída na lista de ações básicas, é tratada como um item específico mais adiante (por ser um tema especialmente polêmico).

4. A Resolutividade na Atenção Individual e o Impacto (Efetividade das Políticas de Saúde) na Promoção da Saúde Coletiva

A combinação de três elementos é necessária na procura da efetividade: 1) Escolha de tecnologias e ações eficazes (na normatização e no planejamento); 2) Ampla cobertura das ações preconizadas (universal para algumas ações, de acordo com a procura das metas declaradas); 3) Alta qualidade das ações preconizadas (qualidade compatível com procura das metas de impacto declaradas). Para a maioria das metas de saúde incluídas no plano anexado à Declaração Mundial sobre a Sobrevivência e o Desenvolvimento das Crianças e dos Adolescentes nos anos 90, técnicas de alta eficácia e segurança e custo aceitável, já existentes há anos, não somente já foram identificadas, mas também já foram testadas em ampla escala podendo-se assim propor normas válidas para a sua implementação.

No contexto atual, os dois últimos elementos são mais importantes. As promoções do aumento da cobertura e da qualidade devem ser simultâneas. Enfocar as propostas com base no risco (“enfoque de risco”) é um ponto chave na procura da efetividade na atenção individual e na promoção da saúde coletiva.

5. A Normatização

A normatização é papel do Ministério da Saúde e, em alguns casos, das Secretarias Estaduais de Saúde. O aperfeiçoamento das normas não deve ser exagerado na sua importância. Há, no país e no mundo, exemplos abundantes de como, mantendo as mesmas normas, o desempenho dos serviços de saúde pode ser radicalmente diferente. Normas adequadas devem, antes de tudo, ser viáveis para se cumprir em larga escala e de maneira mais integral possível. A demora excessiva no aperfeiçoamento de normas, favorecida por mudanças de cargos, pode ter efeito contrário ao esperado, reduzindo a efetividade da ação. Mais atenção é necessária para as estratégias de ação (o terreno em que as normas se cumprem ou descumprem). Com os anos, definiram-se normas bastante coerentes para a quase totalidade das ações de saúde sobre cuja prioridade existe consenso. Maior atenção para a normatização é precisa no caso de ações e técnicas cuja proposta de uso em saúde pública é mais recente (medidas específicas de controle da AIDS, por exemplo).



6. O Desafio da Cobertura

Definida como proporção de uma determinada população que beneficia-se com uma certa prestação de serviços. O acesso é um dos fatores que permite a cobertura. A subestimação da importância da cobertura (na procura da efetividade) é muito frequente na cultura institucional dos Departamentos Materno-Infantis estaduais. No meio político, pelo contrário, este fator é bastante valorizado; como também nos Departamentos de Epidemiologia. A experiência recente, bem sucedida (o Brasil, junto com vários países do continente americano está na vanguarda mundial) das estratégias de controle de doenças infecciosas através do uso de vacinas, coordenada por estes Departamentos, sugere um uso mais rigoroso dos dados de população e, especialmente de prevalência de comportamentos e de cobertura na rotina dos Departamentos Materno-Infantis.

O Sistema de Informação do Programa Agentes de Saúde (PACS) desde 1993 vem organizando dados municipais de cobertura de indicadores da área materno-infantil, prevalência de amamentação e controle pré-natal, anteriormente não disponíveis. Isto é um exemplo de um recurso com potencial muito grande para nortear as atividades dos Departamentos Materno-Infantis.

7. O Desafio da Qualidade

Definida como adequação às normas estabelecidas “a priori”. As iniciativas de promoção da “qualidade total” da gerência, especialmente para as Unidades de Saúde maiores, têm uma grande contribuição a dar. Para a área materno-infantil é especialmente relevante a promoção da humanização do atendimento como um fator capaz não somente de melhorar a satisfação do público, mas também a efetividade do serviço, melhorando a qualidade. A qualidade melhora quando se consegue obter o compromisso das chefias dos serviços e dos trabalhadores destes como equipe com os objetivos institucionais maiores.

Admite-se, comumente, que a capacitação e, sobretudo, a reciclagem de pessoal são estratégias típicas que permitem melhorar a qualidade. Entretanto, graves limitações, inclusive de concepção, das reciclagens de pessoal estão limitando enormemente os efeitos de maciços investimentos nesta área (ver item: Reciclagem de pessoal técnico).

8. Enfoque de Risco no Atendimento Individual

Oferecer a todos um leque mínimo de ações eficazes de proteção e uma atenção especial para alguns, de acordo com seu maior risco biológico ou social é o enfoque da atenção médica baseada no risco. A cultura institucional

e, em parte, a popular não favorecem a aplicação deste enfoque, que valoriza fatores, às vezes, pouco evidentes. Na procura da efetividade da atenção médica às crianças e gestantes, a readequação das estratégias de implementação deve ter este enfoque como um de seus eixos. Nos serviços de atenção médica, rotinas locais (no fluxo de pacientes, por exemplo) que favorecem a atenção com base no risco dos usuários devem ser implantadas.

9. Enfoque de Risco na Saúde Comunitária

No planejamento e na implementação de ações de saúde pública, também sente-se a necessidade de valorizar mais e mais as informações acumuladas localmente sobre fatores de risco locais, sazonais, climáticos, territoriais e culturais, entre outros. A concentração de mais de 50% dos óbitos infantis (especialmente por diarreia) em somente 3 ou 4 meses do ano, documentada para alguns Estados do Nordeste é exemplo da oportunidade desta conduta.

10. Descentralização e Municipalização

Na oposição à descentralização, especialmente na forma de municipalização que se dá no Brasil, há convergência de posições declaradamente conservadoras (sem compromisso com a ampliação de cobertura e equidade das prestações de serviços e com a transformação do modelo assistencial) com outras declaradamente progressistas. Estes últimos posicionamentos têm força na cultura institucional de entidades federais e estaduais atuantes em saúde pública. Alega-se que a descentralização é o ideal, mas deve ser cuidadosa e lentamente preparada, com a contribuição competente de assessores dos níveis centrais. Entretanto, há dados que mostram que a descentralização, mesmo quando implementada de maneira brusca, funciona melhor do que a manutenção da centralização que ainda predomina. A descentralização, que é especialmente importante para a saúde da criança, que precisa sobretudo de prevenção e atenção precoce, é um processo em que a contribuição das entidades com atuação nos níveis nacional e estadual é essencial. Mas implica na sua transformação bastante radical, de executora de ações de saúde para assessora dos municípios. A competência específica das Secretarias Estaduais deve abranger as áreas de assessoria para o planejamento, monitoramento, avaliação (epidemiológica, sobretudo), controle de qualidade e de capacitação de pessoal, além da administração direta de serviços de atenção médica e laboratorial de referência.



11. Participação Popular no Planejamento Municipal e na Gestão de Serviços

A atenção à saúde tem alta prioridade entre as demandas expressas da população (sensivelmente maior do que a demanda de educação). Embora hoje prevaleça uma identificação popular com o modelo assistencial curativo e “hospitalocêntrico”, há provas de que, oportunamente conduzida, a promoção de sistemas de saúde que valorizam a prevenção e a atenção precoce também pode ter apoio popular. Está tendo o maior envolvimento popular e intersectorial o controle bem sucedido de doenças imuno-preveníveis, embora realizado sobretudo através de campanhas pontuais. Está colocado, assim, o desafio de aproveitar esta demanda expressa. Especialmente a contribuição das novas tecnologias de informatização e de comunicação social para a transparência administrativa é grande e ainda pouco aproveitada.

O funcionamento dos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde e de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente representa, além do que uma estratégia obrigada pela lei (são conselhos deliberativos), uma maneira concreta de aumentar a transparência administrativa. Chegar a promover, no mínimo, esta função, é ainda o desafio de uma maioria dos conselhos de Saúde e dos Direitos da Criança já formados nos municípios do Nordeste do Brasil. Em outros, hoje minoria, os conselhos precisam ser ainda constituídos. Por outro lado, integrar plenamente os conselhos no processo de planejamento é o desafio que deve ser promovido já nas realidades mais avançadas. Nas capitais e nos municípios de maior porte, nos quais a distância entre poder público municipal e população pode ser, objetivamente, grande, “conselhos de Unidades de Saúde” são especialmente interessantes. Nos municípios de pequeno porte, nos quais recomenda-se que, como nos maiores, além da saúde e da criança, também o meio ambiente, a defesa civil e a educação, entre outros, tenham seu conselho, conselhos comunitários com funções mais globais, eventualmente articulados por segmentos territoriais, são experiências interessantes; dado que não há suficientes pessoas para constituir e fazer trabalhar tantos diferentes conselhos.

12. Entidades Não-Governamentais, Privadas e Filantrópicas

Respeitar estas entidades e aproveitar plenamente o seu potencial é uma estratégia de sucesso para o poder público e para a mobilização da sociedade. Muitas das entidades não-governamentais sem fins lucrativos têm tido maior estabilidade de gestão que a grande maioria das governamentais. Esta é uma das razões pelas quais a sua contribuição para a saúde pública tem ido bem além do esperado (Pastoral da Criança é um claro exemplo). O fator “voluntariado”, muitas vezes citado como fator de debilidade das ações promovidas pelas entidades sem fins lucrativos, atua, em determinados contextos, como um fator que dá grande força à ação (de fato, é praticamente

impossível deter movimentos voluntários, como os religiosos, que conseguem permear a cultura de grupos sociais e segmentos amplos da sociedade).

Num contexto de expansão dos conhecimentos da população sobre “epidemiologia” (como um método que informa a situação de saúde atual e ajuda a ver possíveis situações desejadas e também informa sobre a eficácia e segurança de ações e técnicas existentes capazes de modificar a situação atual) a função das entidades privadas deve ser reconduzida no marco de uma atuação mais coerente com o benefício da população. A área de medicamentos é exemplo típico de uma das que precisam de fortes mudanças de regulamentação; outra é a atuação dos hospitais privados com relação ao parto (veja-se, por exemplo, a elevadíssima taxa de cesarianas da média dos hospitais privados do país). Os convênios do Sistema Único de Saúde com serviços não-governamentais devem ser conduzidos dentro dos limites impostos pela Lei de Reforma Sanitária. De acordo com a Norma Operacional Básica (01/93), já na sua fase incipiente, a municipalização dos serviços de saúde implica na liberdade da autoridade municipal de saúde de contratar ou não contratar serviços privados com o dinheiro público.

12. Gerência de Serviços Ambulatoriais de Saúde

São enfermeiras a maioria das administradoras das Unidades de Saúde Ambulatoriais tipo Centro de Saúde no Nordeste do Brasil. Existe também tendência crescente que estes profissionais assumam responsabilidades de dirigentes municipais e distritais de saúde. São enfermeiras também a grandíssima maioria dos instrutores/supervisores municipais do Programa Agentes de Saúde, que induz, através do seu sistema de informação a trabalhar indicadores de avaliação global do sistema de saúde.

13. Gerência de Serviços Hospitalares

Na procura da melhor qualidade dos serviços e de sua efetividade, modificações na gerência dos mesmos já foram citadas como mais relevantes, em muitos casos mais do que a reciclagem dos profissionais que nestes atuam em diferentes departamentos.

14. Modelo Assistencial – Relações entre Atenção Precoce, Hospitalar e Prevenção no Território como Parte da Atenção Médica

Programa “Saúde da Família”. No médio e longo prazo parece ser um caminho obrigatório (na ótica da procura da efetividade). No curto prazo o programa esbarra numa grave deficiência quantitativa de médicos, enfermeiras



e assistentes sociais no Nordeste do Brasil, cuja concentração por mil habitantes é sensivelmente menor do que a média do país.

15. Estudos Especiais (pesquisas) e Sistemas e Subsistemas “Contínuos” de Informação

O papel atual dos sistemas e subsistemas “contínuos” de informação é fundamental, maior do que o papel de “estudos especiais”. Pelo fato de captar eventos em áreas muito grandes sem predefinir planos de amostragem (vigilância epidemiológica) ou de trabalhar diretamente grandes massas de dados (sistemas administrativos) estes sistemas contínuos têm a vantagem de identificar padrões de comportamento de indicadores muito detalhados no tempo e no espaço. A principal limitação dos sistemas contínuos, que é a de utilizar dados captados em serviços de saúde não existe no caso de dois sub-sistemas que recentemente tiveram forte implementação: o de Vigilância Epidemiológica e o Sistema de Informação do Programa Agentes de Saúde.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. Esta área teve avanços muito significativos na última década. O controle de doenças imuno-preveníveis avançou significativamente pelo efeito combinado da vigilância, da mobilização de autoridades e líderes e pela participação popular. No controle de “endemias” a ação vertical da ex-SUCAM FNS está em processo de ser substituída por ações mais horizontais, administradas pelos Estados e Municípios. Nesta transformação um papel importante continuará sendo desempenhado por setores vinculados ao Ministério da Saúde. Existe o risco de que a transferência de responsabilidades entre níveis provoque um retrocesso nos resultados (em geral já não satisfatórios) alcançados na época da administração centralizada. Os Departamentos Estaduais de Epidemiologia dedicam-se ainda hoje essencialmente ao controle de doenças transmissíveis específicas e de diagnóstico altamente específico e caracterizado (desta forma, a grande maioria das causas de morte e de deficiências da infância e ligadas ao parto, transmissíveis e não, não é acompanhada nestes departamentos). Não fica clara hoje a responsabilidade com o acompanhamento e análise das informações sobre nascimentos e óbitos e sobre as coberturas de atividades relevantes para as quais, diferentemente da vacinação (vinculada aos Departamentos de Epidemiologia) não têm tradição de análise quantitativa. Ao assumir como prioritária a análise destes indicadores, as Secretarias Estaduais de Saúde deverão considerar várias hipóteses gerenciais, podendo ou não esta responsabilidade ficar com os Departamentos já constituídos de Epidemiologia ou de Vigilância Epidemiológica.

SINASC (Sistema de Nascidos Vivos). Este sub-sistema de informação merece uma atenção especial pela relevância dos dados que gera. Pela alta cobertura do parto hospitalar, no qual a Declaração de Nascido Vivo (entrada do sistema) é utilizada como instrumento único padronizado a nível nacional e

pela facilidade da consolidação de dados através de programa específico de computação, adaptado para o trabalho em nível estadual e de municípios de médio e grande porte.

SI/PACS (Sistema de Informação do Programa Agentes de Saúde). Este sub-sistema de informação tem a característica interessante de ter sido implantado, junto com o Programa no qual insere-se, “por município”. Oferece dados municipais ou de grandes setores do município. A fonte de dados são as famílias contatadas nos domicílio; fato que permite gerar dados confiáveis, inclusive, sobre situação nutricional, amamentação, nascimentos e óbitos, dificilmente obtíveis de outras fontes rotineiras.

SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade). Referindo-se especialmente à área materno-infantil, considera-se que no Nordeste do Brasil, no curto prazo, não há perspectivas de melhorar rapidamente o registro de óbitos de crianças menores de 1 e de 5 anos. Nos serviços de saúde há uma situação consolidada em delegar o preenchimento da declaração de óbitos, especialmente nesta idade, para pessoal não médico e especialmente de nível médio ou sem qualificação nenhuma. Por outro lado, as famílias das crianças não têm incentivos relevantes para cumprir com os requerimentos da declaração nos casos dos óbitos em domicílio (muito frequentes, especialmente nos segmentos onde os óbitos infantis se concentram, apesar dos frequentes contatos com Unidades de Saúde nas circunstâncias que antecedem estes óbitos). Por estas razões, os óbitos por causa indefinida e o subregistro dos mesmos nas declarações oficiais são muito elevados para os menores de 5 anos. Os dados também sofrem de bruscas variações de um município a outro quanto à precisão de preenchimento e subnotificação; fatos que fazem muito difícil a análise destes dados seja por município, seja agregados por estado, porque a mesma estrutura da composição por subfaixas de idade (infantil neonatal e pós-neonatal e de maiores de 1 ano) dos óbitos registrados está profundamente alterada pelos fatores municipais.

Uma melhoria desta situação é muito desejável, mas o cenário previsível é de um progresso paulatino, que deverá acompanhar o desenvolvimento social. A contribuição do pessoal médico deverá aumentar; inclusive procedimentos disciplinares podem ser úteis. Mas não há hoje mecanismos nem clima favorável para que estes profissionais passem a reassumir esta responsabilidade que já foi por eles delegada. Vale ressaltar que os grandes avanços no SINASC, no SI/PAS e, até certo ponto, na Vigilância Epidemiológica aconteceram sem a contribuição dos médicos.

Merecem menção especial os Comitês de Mortes Maternas e de Mortes Infantis. São iniciativas da maior importância e com grande potencial, não somente para um conhecimento da situação mais exato, como também para implementar mudanças no perfil de mortalidade. Os óbitos ligados à gestação e ao parto são cerca de 50 vezes menos frequentes que os infantis (embora o seu impacto social não deixe de ser muito relevante). A disparidade entre



países com relação à este indicador é maior que no caso da mortalidade infantil, fato este que indica uma vulnerabilidade especial deste problema. Desta forma, a difusão nos níveis estadual, regional e municipal (especialmente nos municípios acima de 30.000 habitantes) dos comitê de mortes maternas está sendo proposta, através da aplicação de um questionário individual que é bastante detalhado. Para a mortalidade infantil não há propostas padronizadas para o país. Parece muito oportuno, como procedimento obrigatório, a análise da mortalidade infantil, trimestral ou mensal, muito simplificada, a realizar-se com o envolvimento das principais autoridades e dos conselheiros municipais de saúde. As circunstâncias de cada óbito nos seus aspectos sociais e de uso dos serviços, mais do que os meramente biológicos, seria analisada. É um trabalho viável nos municípios com PACS implantado. Por outro lado, incentivar e aprofundar a análise da tendência temporal e da distribuição destes indicadores “por estado” (através das declarações oficiais e, no caso do interior dos Estados, através do SI/PAS) é oportuno.

16. Estudos Especiais (Pesquisas) Dirigidos a Reorientar os Serviços de Saúde.

A importância especial destes estudos, quando o universo pesquisado é o de um estado inteiro, está na geração de indicadores representativos deste universo estadual, permitindo utilização mais fácil nas políticas públicas dos governos estaduais e na mobilização social neste nível. Por razões operacionais e de custo não é viável nem desejável a repetição destes estudos com frequência menor que 3 anos. Além disso, estes não geram dados “por região e por município”. Desta forma, existem limitações importantes para sua utilização no planejamento estadual, regional e municipal.

É especialmente interessante explorar o potencial da integração entre: a) dados oriundos de sistemas contínuos e administrativos de informação; e b) dados de pesquisas específicas. Estas últimas podem aprofundar a análise de tendências e padrões identificados através dos primeiros. Trata-se de uma integração extremamente oportuna, visto os avanços recentes na área de sistemas de informação. O nível de aprofundamento da informação e o leque de assuntos pesquisados, em geral, é maior para estudos especiais. O rigor metodológico aplicado nestes estudos é, certamente, outro importante fator que os torna necessários, inclusive para conferir a precisão de dados gerados pelos sistemas contínuos.

Em todos os Estados do Nordeste do Brasil o UNICEF apoiou (1987/94) a realização de Estudos de campo Transversais de abrangência estadual que informaram “típicos” indicadores de saúde materno-infantil, estado nutricional de mulheres e crianças; cobertura vacinal e de outras prestações de serviços, controle pré-natal, visitas médicas em geral. A prevalência da

amamentação, do uso de anticoncepcionais, de conhecimentos e práticas nos casos de diarreia foi também pesquisada nestes estudos. A mortalidade infantil (com o uso do método Brass) foi pesquisada em alguns casos.

Vários outros importantes estudos de campo de abrangência estadual, regional ou nacional relacionados com a saúde materno-infantil foram realizados nos últimos 10 anos, a maioria dos quais foram analisados na primeira parte deste relatório (diagnóstico de saúde da Região). Veja-se, especialmente, os citados na Bibliografia aos pontos: 5, 13, 18, 23, 24, 26, 27.

Os conhecimentos, as atitudes (incluindo satisfação com os serviços) e práticas (K.A.P.) relacionados com a saúde materno-infantil representam uma área prioritária de atuação, entre outras razões, porque foram sempre negligenciados. A melhoria na produção de dados quantitativos confiáveis gerados por sistemas contínuos de informação impõe que estudos complementares (entre os quais KAP) sejam realizados para um melhor entendimento dos dados por estes gerados, capaz de orientar a ação.

Uma importante complementação tanto dos dados oriundos de sistemas de informação, tanto de estudos especiais sobre indicadores de saúde, é a difusão em ampla escala das metodologias de “trabalho de grupo focal” que permitem realizar, com a participação de usuários do sistema de saúde e de pessoas chaves como os agentes de saúde, análises rápidas e bastante profunda das causas de comportamentos locais de indicadores e de fatos relevantes como os óbitos.

17. Formação de pessoal técnico

Há deficiências quantitativas graves na Região Nordeste na formação de pessoal de nível superior e de nível médio. É por falta quantitativa de pessoal de nível médio (e de professores de escola formados) que os prefeitos do Nordeste, com a responsabilidade total de dar cobertura a área rural (o Estado e a União são praticamente ausentes na área rural) recrutaram pessoal leigo para a gestão dos Postos de Saúde e das Escolas da área rural.

As carências no número de profissionais de nível superior também são importantes. A disparidade regional atinge valores acima de 200% no caso do pessoal médico entre o Nordeste e as regiões do Sul e Sudeste. As tendências recentes na formação destes profissionais tendem a acentuar estas diferenças. Ligada à cultura médica e a oferta de serviços, estes profissionais concentram-se nas capitais dos Estados, onde a concentração de médicos por mil habitantes é mais de três vezes maior que no interior. A municipalização da Saúde têm sido o fator mais efetivo na promoção da interiorização dos profissionais de nível superior, graças à flexibilidade das contratações de pessoal nos aspectos normativos e econômicos. Mas, por si só, este mecanismo revela-se insuficiente.



As deficiências qualitativas também são graves quando considera-se, por exemplo, a excessiva especialização do pessoal médico e, obviamente, o desafio de dar uma qualificação mínima e título formal de estudo para as dezenas de milhares de “atendentes” de enfermagem que prestam serviços.

18. Reciclagem de Pessoal Técnico

As propostas de reciclagem sobre ações básicas de saúde têm dado atenção, desde o fim dos anos 80, à resolução de problemas na esfera da metodologia do ensino, mas pouca atenção à questão fundamental da convocação das pessoas certas para reciclar e aos mecanismos gerenciais que permitem melhorar a atuação nas equipes locais de saúde, junto com a maior quantidade de informação a disposição do pessoal técnico.

Nos últimos 15 anos, o mecanismo de “cascata” mostrou-se quase totalmente ineficaz na grande maioria dos Estados do Nordeste do país na área materno-infantil; com exceção da área de epidemiologia. Ou seja, muito frequentemente os supostos multiplicadores participaram de cursos que não reproduziram como previsto. Além disso, Diretorias Regionais seguiram atuando como “delegacias da Secretaria Estadual”, dedicando-se prioritariamente à administração das Unidades de Saúde patrimoniais do Estado. A mesma reciclagem de pessoal, nos casos em que tem acontecido, tem sido frequentemente entendida como destinada ao pessoal funcionário do Estado. Paradoxalmente, as deficiências estruturais graves dos serviços municipais por muitos anos serviram como uma razão para não investir no pessoal funcionário de municípios (faltando muitas vezes títulos mínimos profissionais, achava-se que não havia condições de fazer “reciclagem”). A questão partidária, também sente-se com mais força no nível regional, podendo levar à discriminação de municípios específicos. Enfoques deste tipo, radicalmente contrários à idéia de sistema único de saúde, determinam inefetividade das reciclagens, já que não levam em conta o fator cobertura.

Uma combinação de diferentes estratégias faz-se necessária. Dependendo do caso específico de cada uma das Diretorias Regionais, o seu engajamento em reciclagens e outras ações de reordenamento dos serviços é possível. Em geral, caminhos alternativos devem ser procurados. Uma articulação direta entre nível municipal e nível estadual poderá ser, necessária.

19. Agentes Comunitários de Saúde

Um Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) encontra-se implantado em todos os Estados da Região Nordeste do Brasil desde 1991. Moldado a partir da experiência do Ceará, iniciada em 1988, este Programa entrou na sua rotina de trabalho somente em 1993, quando encontrava-se

implantado em cerca de 30% dos municípios da região, com forte concentração no interior. Desde 1994, após uma nova rodada de seleções de agentes, encontra-se implantado em cerca de 45% dos municípios, sempre concentrado no interior dos Estados.

Os resultados das duas maiores revisões mundiais de estudos sobre Programas de Agentes Comunitários de Saúde atuantes em larga escala como parte de iniciativas governamentais,³⁰ alertam para estes dois principais pontos débeis: 1) a distância entre planos e realidade de implementação, por deficiências na gerência e em aspectos simples da implementação, como fornecimento dos poucos insumos necessários para a atuação dos agentes; 2) a falta de integração no sistema local de saúde. Concebidos na maioria dos casos como projetos autônomos, estes programas foram as primeiras vítimas de cortes financeiros em fases de crise econômica. No Brasil, o apoio político no nível federal para este Programa foi garantido através da passagem por cinco mudanças de ministros de saúde e parece também garantida nas perspectivas de governo para 1995/1998. As deficiências apontadas em ambos os pontos se fazem sentir de maneira muito diversificadas de um município para outro pela singular condição do Brasil no aspecto da autonomia administrativa. Entretanto, parecem ter mais relevância no PACS em desenvolvimento no Nordeste os problemas apontados no ponto 1). Apesar do Programa na sua normatização prever ações exclusivamente preventivas e educativas, faltam com muita frequência os insumos mínimos necessários para esta ação. Por outro lado, no aspecto da integração, graças aos mecanismos próprios deste Programa, percebe-se, mais do que a falta de integração, uma contradição especial pelo fato do Programa “assumir a cara” do município, com os seus avanços sociais e os seus (as vezes graves) atrasos.

Há duas linhas propostas para a evolução deste programa. Numa primeira hipótese, o agente deverá especializar-se sempre mais como técnico de saúde: um auxiliar de enfermagem com especialização em saúde comunitária. Numa segunda, que se vislumbra no Programa do Ceará, o agente de saúde seria levado no caminho da promoção do desenvolvimento comunitário integral, atuando sempre mais num amplo leque de assuntos prioritários para a qualidade de vida da população. Não há definição clara com relação à isso. Possivelmente esta poderá acontecer nos próximos anos e ser diferente de um Estado para outro.

20. Infra-estrutura: Postos de Saúde, Centros de Saúde e Hospitais

A tendência, na cultura política e institucional do país, em valorizar o aspecto “construção” é tão forte, que uma vigilância se impõe para evitar notáveis desperdícios de recursos.



21. Medicamentos Essenciais (Excluindo Vacinas)

Sem aprofundar neste aspecto, aponta-se esta área como uma das que mais precisam de mudanças radicais. De fato, na média, os medicamentos essenciais para a sobrevivência infantil (sais de reidratação oral e antibióticos para infecções respiratórias agudas) têm no Brasil um preço várias vezes maiores daqueles do mercado internacional. Outro aspecto é a cobertura do fornecimento de maneira gratuita dos medicamentos essenciais pelo governo federal. Em época nenhuma esta chegou a aproximar-se de 30% das necessidades (com exceção de alguns medicamentos destinados ao controle da hanseníase, malária, tuberculose, e determinadas endemias). Em 1993/94 o fornecimento, sobretudo canalizado através de laboratórios públicos, chegou ao seu nível mínimo de cobertura. De fato, especialmente nos municípios municipalizados, uma parte significativa do gasto necessário com medicamentos (além de gastos desnecessários) vem sendo suprido pelos governos municipais.

Novas definições normativas são necessárias, inclusive considerando a possibilidade de flexibilizar a lei que proíbe o pagamento de qualquer tipo de prestação e produto nos serviços públicos.

Certamente é necessária, como parte de uma política nacional e de políticas estaduais de medicamentos essenciais, uma ação dirigida a modificar a cultura médica e popular com relação ao uso de medicamentos.

22. Suplementação Alimentar

A sua importância é super-estimada pelos representantes do poder político público. Entre os dirigentes de serviços de saúde há opiniões divergentes. Por um lado há receios que a entrega de alimentos possa “acomodar” as famílias numa atitude passiva e admite-se que é difícil para as Unidades de Saúde conduzir com competência programas deste tipo; por outro lado considera-se importante para os programas educativos e de prevenção a vantagem de atrair os usuários dos serviços através da entrega de alimentos.

Uma revisão dos efeitos da suplementação alimentar sobre a situação nutricional de gestantes e crianças pequenas mostra: 1) Efeitos positivos muito mais claros para as gestantes desnutridas que para as crianças desnutridas, especialmente menores de 3 anos (a idade em que as formas mais graves são mais frequentes); 2) Possível efeito negativo da inclusão do leite como alimento oferecido, mesmo quando normatizada a sua entrega excluindo-se a nutriz e a criança de até 6 meses, devido à interferência com o aleitamento materno; 3) A avaliação mensal, ou em intervalo mais curto, da situação nutricional de gestantes e crianças desnutridas, no marco de atividades educativas e de atenção médica como um elemento necessário; 4) Compra dos alimentos no mercado local (o mercado da comunidade beneficiada) como

um forte fator de sucesso, fora dos períodos de estiagem muito grave; 5) Entrega de alimentos seja planejada para um grupo alvo muito grande de pessoas (por exemplo: segmentos de baixa renda, independentemente do estado nutricional) com o intuito de minimizar o efeito da redução intra-familiar dos alimentos entregues e privilegiando só uma pequena parte dos segmentos territoriais que deveriam ser beneficiados, pela frequente impossibilidade de atender a totalidade dos beneficiários desejados. A preocupação com o custo dos alimentos da cesta básica é geralmente melhor atendida com redução dos impostos sobre produção e comercialização de alimentos ou com subsídios e créditos especiais selecionados para a sua produção.

23. Educação para a Saúde e Comunicação Social para a Saúde

Não há contradição entre o trabalho educativo realizado mediante a comunicação inter-pessoal e a atuação através da comunicação de massa; evidentemente são ambos necessários. Apesar disso, ainda persiste nos serviços públicos de saúde alguma desconfiança em relação a tudo aquilo que se realiza através da mídia com a intenção de contribuir para a melhoria de indicadores de saúde.

As vantagens especiais de oferecer através de meios como a televisão, o rádio e os jornais informações muito simples de tipo operacional ou sobre funcionamento de serviços de saúde são indiscutíveis. Porém, a possibilidade de implementar trabalhos de informação mais detalhada e educativos não pode ser excluída a priori. Na realidade, a improvisação (com falta de definição de objetivos e uso de meios inadequados para os fins) é extremamente frequente nesta área; como também a abundante difusão de produtos de nível inadequado que desvaloriza a contribuição da comunicação de massa.

Mais recentemente, a nível mundial, uma série de reflexões sobre a possível utilização das técnicas do marketing moderno na procura de melhoria de indicadores sociais (“Social Marketing”) tem provocado bastante interesse. A avaliação rigorosa dos resultados, a segmentação do público alvo, a adequação rigorosa dos meios usados para os fins e a combinação do uso de diferentes meios de comunicação são características desta abordagem.

10. ANÁLISE DO CENÁRIO TENDENCIAL DA MORTALIDADE INFANTIL NA REGIÃO NORDESTE

A precária situação de saúde dos habitantes da Região Nordeste, evidenciada pelos indicadores discutidos acima, traduz de modo incontestável pobreza, baixo nível de educação daquela população, gritantes desigualdades socioeconômicas, falta de decisão política, e a baixa prioridade das questões sociais em todos os níveis de governo no Brasil. Existe reconhecida interdependência entre os indicadores de saúde com desenvolvimento



econômico (renda) e distribuição de renda, e nível de educação de uma comunidade. Evidências demonstram que o nível de saúde melhora rapidamente a medida que diminui o nível de pobreza e aumenta o nível de instrução. As variáveis renda e educação se associam com nível de saúde independentemente. Ou seja, mesmo sem alterar a renda, melhora no nível de instrução terá impacto positivo nos indicadores de saúde, assim como o aumento isolado da renda per capita de 1000 para 1900 dólares corresponderá a um ganho de sete anos na expectativa de vida de uma comunidade.

O coeficiente de mortalidade infantil é um dos indicadores que melhor traduzem as condições de saúde de determinado grupo populacional. Escolhemos por conseguinte este indicador para análise tendencial para os anos 2000, 2010, e 2020.

A análise da Tabela 14, que lista a evolução do coeficiente médio de mortalidade infantil no Nordeste nas décadas de 1930 a 1980 e do Gráfico 9, que incorpora também os coeficientes de 1980 a 1990, evidencia declínio muito lento. Ao contrário do observado na maior parte dos países e das Regiões Sul e Sudeste do Brasil, o desenvolvimento econômico e tecnológico, que marcou o Mundo durante esse período, não se fez sentir de maneira clara em muitas áreas do Nordeste. Décadas inteiras parecem perdidas. A tendência de queda observada a partir de 1930 foi revertida em muitos períodos e acelerada na primeira metade da década de 1970.

	1930/40	1940/50	1950/60	1960/70	1970/80
NE	178,71	176,34	154,94	151,18	121,36
MA	162,17	150,79	133,24	131,55	106,26
PI	158,31	146,54	136,87	130,15	96,40
CE	165,32	166,25	175,38	156,54	140,15
RN	201,01	199,04	198,16	176,61	146,88
PB	193,35	194,53	192,86	175,33	151,31
PE	191,34	193,55	184,90	165,36	136,91
AL	183,62	184,85	182,25	167,93	140,48
SE	194,48	182,72	165,01	148,01	106,45
BA	172,19	167,31	149,93	132,79	95,97

TABELA 14 - Coeficiente Médio de Mortalidade Infantil por Década Segundo Estado. Região Nordeste do Brasil, 1930 a 1980.



GRÁFICO 9 - Evolução da Mortalidade Infantil no Nordeste do Brasil. 1935 a 1989.

Não é fácil determinar a influência de fenômenos climáticos, como a ocorrência de secas, na variação desse coeficiente. Se por um lado a seca, tornando mais escassa a produção local de alimentos, contribuiria de maneira óbvia com a desnutrição e suas complicações nefastas, ações “emergenciais” dirigidas às camadas mais pobres podem reverter essa tendência. Estudo (série de casos) realizado por Marcelo Gurgel da Silva³² analisando os efeitos do longo período de estiagem na Região nos anos de 1979 a 1983 (129/1000 NV em 1979, 124/1000 em 1980, 115/1000 em 1981, 108/1000 em 1983) não revelou efeitos negativos nos indicadores de saúde quando comparados com anos imediatamente antes (1977-78) e o ano seguinte à estiagem (113/1000 em 1984). Mesmo deficiências nutricionais não se agravaram naquele período de seca, ainda de acordo com este estudo.

Arraes e Castelar³³, avaliando através de modelos econométricos os impactos da seca de 1979-83 nas finanças públicas do estado do Ceará, concluíram que apesar da renda gerada localmente cair nos anos de seca, as transferências institucionais do Governo Federal podem compensar esta queda. Surpreendentemente, os autores revelam que a arrecadação de impostos no estado se correlacionou inversamente com a ocorrência de chuvas. Ou seja, se arrecadou mais durante aquela seca socorrida por programas de “alívio” financiados do governo federal.

Considerando-se os coeficientes de mortalidade infantil da Região Nordeste como um todo, de 1930 até 1989, poder-se-ia estimar através de regressão linear simples ($Y = 3358,1 - 1,6381 X$) os seguintes coeficientes:



1994:	91,7/1000.
2000:	81,9/1000.
2010:	65,5/1000.
2020:	49,1/1000.

Ou seja, caso permaneça a tendência atual de mortalidade infantil no Nordeste, o coeficiente de 49,1/1000 esperado para aquela Região no ano 2020 será superior ao coeficiente observado nas Regiões Sul e Sudeste no ano de 1989 (39/1000 e 35/1000, respectivamente). Somente 40 anos depois (por volta do ano 2029) o coeficiente de mortalidade infantil do Nordeste se igualaria ao coeficiente do Sudeste em 1989.

Essa projeção prevê a existência de períodos de seca, socorridos somente por ações “emergenciais”, a continuidade da concentração da renda, do acesso desigual à instrução e aos serviços de saúde, e da perversa relação capital-trabalho, que traduzem a pobreza a que se acha submetido a maioria do povo Nordestino. Entretanto, a se confirmar a tendência atual de estabilização econômica, reduzindo dramaticamente o imposto inflacionário pago sobretudo pelos mais pobres, pode haver aceleração do declínio do coeficiente de mortalidade infantil da Região.

11. CENÁRIO DESEJÁVEL PARA A MORTALIDADE INFANTIL NO NORDESTE

É óbvio que é possível alterar o cenário tendencial discutido acima. É igualmente claro que serão necessárias mudanças muito mais abrangentes que simplesmente aquelas de responsabilidade do setor saúde. A Política de Saúde não pode estar dissociada das demais Políticas, já que a condição de saúde de uma comunidade é determinada por ações que vão muito além das ações meramente médicas. Consequentemente, melhores indicadores de saúde futuros para a Região fica contingenciado a mudança do quadro injusto da ordem econômico-social do Nordeste. Essa mudança parece passar necessariamente por progressos significativos do nível de instrução da população Nordestina, com um processo de educação que devolva a auto-estima e o respeito perdido, além da incorporação de tecnologia que possibilite aumentar significativamente a produção de alimentos.

É meta desejável e possível para já para o ano 2000 queda acentuada do coeficiente de mortalidade infantil da Região Nordeste, para níveis próximos do observado na Região Sudeste em 1989 (35\1.000). Tal meta depende do êxito da redução da concentração de renda prevalente no Nordeste, através do controle da inflação e da implementação dos ajustes tributários previstos, juntamente com adoção de políticas de Saúde que priorizem ações preventivas e intervenções simples de alta relação custo-efetividade, dirigidas primordialmente às camadas mais pobres da população. Evidência da

viabilidade desta meta aparentemente ambiciosa são taxas atuais de mortalidade infantil ao redor de 40/1000 em municípios Nordestinos com gestão competente e voltada para os reais interesses da população. Na realidade Nordeste de pobreza e inequidade de acesso a ações simples e de alta efetividade, ações curativas de alto custo e complexidade tecnológica financiadas pelo Estado só parecem justificadas após a totalidade da população ter sido atendida em suas necessidades de saúde mais básicas.

Considerando-se a rapidez do desenvolvimento tecnológico atual, é meta realista para o Nordeste do ano 2020 coeficientes de mortalidade infantil muito próximos aos atualmente observados em países desenvolvidos. Para tanto, a racionalização do processo de alocação dos recursos do setor Saúde, juntamente com a participação organizada da Sociedade, será ainda mais definitivo.

Referências Bibliográficas

1. Simões C, Ortiz LP. A mortalidade infantil no Brasil nos anos 80. In: Crise e Infância no Brasil. O impacto das políticas de ajustamento econômico. UNICEF/IPEAÚSP, São Paulo, 1988.
2. Szwarcwald CL, Chequer P, Castilho EA. Tendências da mortalidade infantil no Brasil nos anos 80. In: Informe Epidemiológico do SUS, Ano 1, Número 2, 1992, página 34-40.
3. THE WORLD BANK. World Development Report 1993 - Investing in Health. Oxford University Press, 1993. Cap. 4, p. 74.
4. Pesquisa de Saúde Materno-Infantil no Ceará. PESMIC II. UNICEF/SOCEP/SSE-CE/HOPE. 1990.
5. Simões C, Leite I. Padrão Reprodutivo, Serviços e Mortalidade Infantil - Nordeste, 1991. In: Fecundidade, Anticoncepção e Mortalidade Infantil. BEMFAM, Rio de Janeiro, 1994.
6. UNICEF/ GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Crianças e Adolescentes no Ceará - saúde, educação e trabalho. Unicef, 1992.
7. UNICEF/ OMS/ UNESCO/ UNFPA. Medidas vitais. Um Desafio de Comunicação. Brasília, Unicef, 1993.
8. Pesquisa de Saúde Materno-Infantil no Ceará. PESMIC I. UNICEF/SOCEP/SSE-CE/HOPE. Outubro, 1987.
9. UNICEF. Saúde e Nutrição das Crianças Nordestinas - Pesquisas Estaduais 1987-1992. Abril, 1994.
10. Beatton GH, Kelly A, Kevany J, Martorel R, Mason J. Appropriate uses of anthropometric indices in children. Geneva ACC/SCN, 1990 (ACC/SCN State of the art Series. Nutrition Policy Discussion Paper no. 7).
11. FIBGE (1975). Metodologia do Estudo Nacional da Despesa Familiar - ENDEF. Núcleo de Banco de Informações ENDEF. Rio de Janeiro.



12. Baez MC, Monteiro EAA. Estudo antropométrico da Região Nordeste do Brasil. In: Arruda JM, Rutemberg N, Morris L, Ferraz EA. Pesquisa Nacional Sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, Brasil 1986. Rio de Janeiro: BEMFAN/IRD, 1987.
13. INAN. Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição - PNSN - 1989 (1990). Arquivo de dados da Pesquisa. Brasília.
14. Monteiro CA, Benício MH, Icenés R, Gouveia NC, Taddei JA, Cardoso MA. O Estado nutricional das crianças brasileiras: a trajetória de 1974 a 1989. IBGE, 1992:43-49.
15. Monteiro MF (1990). "A case-control study of infant mortality determinants in the metropolitan region of Porto Alegre". Tese de Doutorado em Demografia Médica apresentada na London School of Hygiene and Tropical Medicine, Universidade de Londres.
16. FIBGE. Estatísticas da Saúde Assistência Médico Sanitária. Rio de Janeiro, 1990.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Quinquenal de Metas 1990-1994. Brasília, Ministério da Saúde, 1990.
18. Pesquisa de Imunização, Manejo de Diarréia e Monitorização de Crescimento, 1991.
19. Seward J, Serdula, MK. Infant feeding and infant growth. Pediatrics 1984;74 (suppl):728-62.
20. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP et al. Evidence for a strong protective effect of breastfeeding against infant deaths due to infections diseases in Brazil. Lancet 1987; 2:319-23.
21. UNICEF. Declaração de Innocenti. Florença, Unicef, 1990
22. Victora CG. Breastfeeding morbidity and mortality. In Chandra RK (ed.) Proceedings of the Conference on Nutrition and Immunology. St. John's Canada: ARTS Biomedical Publishers and Distributors, 1992; 63-72.
23. Pesquisa sobre Saúde Familiar do Nordeste do Brasil em 1991. PSSFNB. BEMFAM, Demographic Health Survey. Rio de Janeiro, 1992.
24. Leão MM, Coutinho DC, Recine E, Costa LAL, Lacerda AJ. O perfil do aleitamento materno no Brasil. In FIBGE/UNICEF/FINAN. Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil. Aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil 1989. Rio de Janeiro: IBGE, 1992; 97-109.
25. Monteiro CA, Rea MF, Victora CG. Can infant mortality be reduced by promoting breastfeeding? Evidence from São Paulo city. Health Policy Plan, 1990; 4: 23-9.
26. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE/SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE DO NORDESTE/UNICEF. Inquérito domiciliar sobre a cobertura vacinal da população materno-infantil no Nordeste do Brasil. Relatório final. Unicef, 1992.
27. PNSMIPF - Pesquisa Nacional de Saúde Materno Infantil e Planejamento Familiar 1986. Rio de Janeiro, BEMFAM, Center for Disease Control, 1986.
28. Victora CG; Smith PG; Vaughan JP; Nobre LC; Lombardi C; Teixeira AMB, Fuchs SMC, Moreira LB, Gigante LP, Barros FC. Water supply, sanitation and housing in relation to the risk of infant mortality due to diarrhoea. Int J Epidemiol 1988; 17:651-4.

29. Afonso JR. Decentralização fiscal e financiamento da saúde: algumas idéias ou provocações. Centro de Estudos de Políticas Públicas, RJ, outubro 1993.
30. Berman et al. Community Health Workers: a false start for Health for All. In: World Bank Report, 1986.
31. Walt et al. Community Health Workers: just another pair of hands? Londres, 1989.
32. Silva MGG. Effects of drought on health and nutrition in Brazil's Northeast. In: Socioeconomic impacts of climate variations and policy responses in Brazil. Editado por A. R. Magalhães e M. Glantz. Brasília, Esquel Brazil Foundation, 1992.
33. Arraes RA, Castelar I. The impacts of drought on public finances. In: Socioeconomic impacts of climatic variations and policy responses in Brazil. Editado por A. R. Magalhães e E. Bezerra. UNEP/SEPLAN-CE, Fortaleza, Ceará.



ARIDAS



Ministério da
Integração Nacional

