

econômico-social: o padrão de morbi-mortalidade e o perfil das políticas públicas, a de saúde em especial.

Morbi-Mortalidade e Políticas Públicas: a Nossa Complexidade

O padrão de morbi-mortalidade que vem se configurando no Brasil e em outros países em desenvolvimento é caracterizado pelo avanço de agravos à saúde ditos da modernidade (doenças crônico-degenerativas, acidentes, intoxicações, doenças mentais, etc), ao lado da persistência de padrões identificados com o atraso e o subdesenvolvimento (doenças infecciosas e parasitárias e ligadas à desnutrição).

Os países desenvolvidos operaram a chamada transição epidemiológica a partir de uma progressiva melhora do padrão de vida das populações (habitação, saneamento, alimentação, educação) e de um correspondente declínio das DIP (Doenças Infecciosas e Parasitárias), iniciado várias décadas antes do aparecimento das sulfas e antibióticos e acentuado após esses progressos da medicina. Já os países em desenvolvimento, desprovidos desta espécie de "linearidade" com relação ao progresso nas condições de vida, obtiveram o declínio das DIP de forma mais lenta e só acentuado após o advento da era dos antibióticos e de outras conquistas da medicina moderna. Num e noutro caso, as doenças crônico-degenerativas e as causas externas passaram a assumir maior importância como causas de morte. Contrariamente aos países centrais, contudo, os países em desenvolvimento mantêm elevadas taxas de mortalidade e morbidade por DIP.

A transição epidemiológica em países como o Brasil, tem suscitado vários e importantes estudos, empenhados na identificação das suas peculiaridades. Convergentemente, tais estudos acentuam a não linearidade desse processo face os países centrais como, de resto, não é linear o próprio desenvolvimento econômico-social dos países periféricos. Nestes, a expansão capitalista não apenas faz conviverem os contrastes típicos do atrasado e do moderno mas, sobretudo, os agrava e os recria, a ponto de justificar denominações como a de "capitalismo selvagem".

Nesse sentido, tais estudos apontam para as grandes disparidades regionais e sociais internas a estes países. Ou seja, chamam a atenção para a existência de regiões com padrões de saúde comparáveis aos dos países desenvolvidos, de regiões com padrões comparáveis aos dos países mais pobres do hemisfério sul e para os desníveis nos indicadores de morbi-mortalidade entre diferentes grupos populacionais dentro de uma mesma região, estado ou cidade, expressão das desigualdades de renda e das carências de alimentação, moradia, saneamento, educação e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. (ARAÚJO, 1992).

Um outro elemento importante é o fato de que cada vez mais amplos contingentes da população estão expostos *simultaneamente* aos riscos provenientes do "atraso" e da "modernidade".

"É frequente - e isto confere certamente especificidade ao quadro sanitário brasileiro - o fato de que um mesmo indivíduo apresente patologias variadas, associadas às condições decorrentes do desenvolvimento e do subdesenvolvimento, o que passa cada vez mais a exigir dos precários serviços locais de saúde maior diversificação e complexidade do atendimento oferecido, além de considerável aumento do seu volume". (POSSAS, 1989, p. 24).

Segundo a autora, esta multiplicidade simultânea de riscos tem origem nas transformações decorrentes da industrialização, da urbanização e da expansão capitalista no campo, operadas no país nos últimos 30 anos e que produziram intensa mobilidade espacial (migrações internas) e ocupacional (rotatividade de trabalhadores entre empresas e atividades).

Esta mobilidade populacional, associada a precárias condições de vida nas periferias urbanas e nos grandes empreendimentos em áreas de fronteira, constitui elemento desencadeador da propagação de várias dessas doenças transmissíveis por todo o país, facilitada pela desnutrição, promiscuidade das sub-habitações e precariedade do saneamento básico. Ao mesmo tempo, como que dilui a até recente demarcação entre camadas de população expostas aos "padrões do atraso", restritos às áreas rurais e aos "padrões da modernidade" característicos das regiões mais desenvolvidas.²

Acrescente-se, a este quadro, os impactos na saúde resultantes do desgaste no processo de trabalho e das próprias transformações urbanas e ambientais operadas pelas sociedades contemporâneas. Ocorrem assim, a geração e a superposição de novos padrões de morbi-mortalidade aos *já existentes* (a exemplo das doenças degenerativas, cardiovasculares e mentais, das doenças do trabalho, além de outras ligadas a causas externas, como os acidentes de trânsito, os homicídios, etc.).

Está dado, portanto, um quadro cuja complexidade não pode ser menosprezada na formulação e na implementação de uma política de saúde. Por um lado, esta política deve levar em conta tanto os novos desafios à saúde postos pela "modernidade", quanto os antigos frutos do atraso que não foram superados.

Por outro lado, a persistência de altas taxas de incidência das doenças infecciosas e parasitárias - a despeito dos avanços das políticas de saúde no Brasil serem, em grande medida, responsáveis pela tendência de queda da mortalidade e da morbidade -, demonstra os limites de um modelo de assistência à saúde caracterizado pela ênfase curativa em detrimento do seu caráter preventivo.

Segundo PAIM (1992), no Brasil convivem duas formas de organização e produção das ações de saúde. O modelo assistencial "sanitarista", que tradicionalmente corresponde à Saúde Pública, enfrenta os problemas de saúde da população através de campanhas (vacinação, combate ao dengue, à cólera, reidratação oral, etc) e de programas especiais (controle de tuberculose, da hanseníase, saúde da mulher, da criança, saúde mental, etc). Dessa maneira, atua pontualmente, quer sobre grupos de indivíduos supostamente mais suscetíveis à doença ou à morte, quer no controle de determinadas doenças. Consequentemente, dentre outros senões, não contempla a totalidade da situação de saúde, menospreza os problemas do sistema de saúde e os determinantes mais gerais da situação sanitária.

Já o modelo médico-assistencial privatista está voltado para a chamada "demanda espontânea" composta por aqueles indivíduos que procuram, por "livre iniciativa", os serviços de saúde. Seu alcance é limitado, pois aque-

les indivíduos ou grupos que ignoram medidas de prevenção ou para os quais passem despercebidos os problemas de saúde, não serão atingidos pelos serviços de saúde. Este modelo não é exclusivo do setor privado, estando presente também nos serviços públicos enquanto não reorganizados para atender demandas de uma população definida. Por ele, os serviços de saúde restringem-se à manutenção de uma dada oferta de serviços condicionada às pressões dessa "demanda espontânea", sob um caráter predominantemente curativo. (PAIM, 1992).

Vale ressaltar que esta oferta de serviços é também condicionada pelos interesses do setor produtor de serviços e bens ligados à saúde, já plenamente constituído e próspero no país. Com os interesses de mercado prevalecendo sobre as reais necessidades em termos de saúde, tornam-se patentes as distorções que ocorrem na própria "demanda espontânea" e, conseqüentemente, na oferta dos serviços de saúde.

A vigência desses modelos é problemática, ineficaz e de limitado alcance preventivo. Isto porque estão voltados para indivíduos ou grupos doentes que compõem a "demanda espontânea" e quando, ocasionalmente, assumem uma face preventiva - as campanhas, por exemplo -, fazem-no de forma discutível: atuam pontualmente, consomem vultosos recursos e desestruturam as atividades de rotina do sistema de saúde.

Nesse sentido, e considerando as doenças infecciosas e parasitárias em particular, ganham importância e atualidade as políticas públicas relacionadas ao saneamento básico e às condições gerais de habitabilidade, à educação e, evidentemente, ao emprego e a renda.

A Persistência da Morbidade e da Mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias na Bahia

Embora as estatísticas de mortalidade e de morbidade sejam reconhecidamente deficientes no Brasil, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, quando trabalhadas como tendências a partir de séries históricas, elas são de extrema utilidade no traçado do perfil epidemiológico da população.³

As estatísticas de mortalidade no Brasil (ARAÚJO, 1992) mostram que, até antes dos

Modelo de assistência à saúde caracterizado pela ênfase curativa em detrimento do seu caráter preventivo.

anos 60, as DIP predominavam como principal causa de morte. Já em 1970, surgem as Doenças do Aparelho Circulatório como primeira causa de mortalidade, deslocando para o 2º lugar as DIP, vindo as Neoplasias Malignas como 3ª causa. Informações mais recentes, datadas de 1986, mostram que as Doenças do Aparelho Circulatório já eram responsáveis por mais de 1/3 dos óbitos; as Causas Externas deslocam as DIP do 2º lugar e são seguidas pelas Neoplasias Malignas.

"No que tange às taxas de mortalidade por DIP, embora tenha havido um acentuado declínio da mortalidade proporcional, de 45,7% em 1930 para 7,97% em 1986, quando se considera a taxa de mortalidade por 100.000 habitantes, verificamos que no Brasil ela é ainda de 33 por 100.000 habitantes, mais do dobro da verificada no Chile e quase 4 vezes a verificada em Cuba". (ARAÚJO, 1992, p. 109).

Atentando para as disparidades entre regiões, já mencionada, ARAÚJO compara indicadores das regiões Sudeste e Nordeste para 1986 e constata que, embora as enfermidades do aparelho circulatório sejam a primeira causa de morte em ambas, correspondem a 35,7% dos óbitos com causa definida na Região Sudeste e a 27,4% na Região Nordeste (3º lugar em causa de morte) e a apenas 5,7% dos óbitos do Sul (5ª causa de morte). Enquanto isso, chama a atenção para a incidência das "Causas Mal Definidas" no Nordeste - em torno de 45,5% dos óbitos contra apenas 8,9% no Sudeste.

Neste mesmo ano, as estatísticas de mortalidade para a Bahia⁴ apontam a grande proporção de óbitos por Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas (33,4% do total de óbitos), seguida de Doenças do Aparelho Circulatório (18,2%) e das DIP (10,6% do total de óbitos). Dados mais recentes, para 1988, constantes do Plano Estadual de Saúde (1992), confirmam os "Sintomas Sinais e Afecções Mal Definidas" como principal causa de morte (Sic!) na Bahia (32,6% do total de óbitos), as Doenças do Aparelho Circulatório em 2º lugar (19% do total de óbitos) e as DIP em 3º, empatadas com as "Causas Externas", com 9,5% dos óbitos. Considerando apenas os menores de 1 ano, três causas de morte destacam-se como principais: Afecções Originadas no Período Perinatal (30% do total de

óbitos de menores de 1 ano); as DIP (25%) e Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas (24,7%).

Assim, a despeito de ser o Estado mais próspero do Nordeste, como confirmam os números do seu Produto Interno Bruto, sob o ponto de vista dos indicadores de saúde, a Bahia está muito longe de atingir os níveis médios do Sudeste. Com efeito, a predominância dos Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas como principal causa mortis expressa, não apenas a ocorrência de mortes sem assistência médica, mas também a assistência médica tardia ou inadequada, traduzindo, portanto, a precariedade da atenção à saúde; pode significar, ademais, uma tal superposição de patologias sobre um mesmo indivíduo - o que não é estranho ao padrão epidemiológico descrito - que torna difícil a identificação da causa mortis.

Ao lado disto, a Bahia persiste com as DIP entre as três primeiras causas de morte. A vinculação dessas doenças com as precárias condições de vida de largas camadas da população é por demais conhecida. Associe-se a isto a ineficiência dos serviços de saúde, fruto da desatenção ao aspecto preventivo e a sua insuficiência, decorrente do alcance ainda limitado das campanhas, programas e dos serviços de saúde em geral, como foi visto. Conclui-se, então, que o placar de causalidade de morte observado para a Bahia está a sinalizar que algo não vai bem, não apenas no campo da saúde, mas sobretudo fora dela.

Os dados de morbidade, construídos a partir da incidência de doenças transmissíveis de notificação compulsória, apresentados no Plano Estadual de Saúde (1992), são elucidativos da dimensão do desafio que a Bahia tem a enfrentar. Um quadro geral da incidência de algumas dessas doenças é dado a partir de sua classificação em três grandes grupos: I - Doenças redutíveis por imunização; II - Doenças redutíveis por programas especiais e/ou sob vigilância epidemiológica e III - Doenças redutíveis por saneamento básico⁵. Embora estejam todas sujeitas às determinações de precárias condições de vida de um modo geral e a políticas específicas de saúde, o último grupo está mais imediatamente dependente de políticas públicas amplas - em diferentes áreas - como é o caso do saneamento básico.

Exatamente por isso, as doenças redutíveis por saneamento básico serão as abordadas em maior detalhe neste artigo.

Com relação ao primeiro grupo, de doenças redutíveis (ou evitáveis) por imunização, o Plano Estadual de Saúde assinala que:

"Apesar da redução significativa apresentada por algumas doenças imuno-preveníveis, este grupo continua exibindo elevados coeficientes de incidência quando comparados com as taxas médias do país nos últimos 5 anos. As coberturas vacinais, à exceção da vacina contra a poliomielite, têm permanecido sempre baixas ao longo dos anos e, sabendo-se da existência de elevada sub-notificação (apenas 70% das unidades oficiais de saúde notificam e cerca de 70% destas notificações é negativa), pode-se supor que os valores destes índices sejam ainda mais elevados do que se apresentam" (P.E.S., 1992).⁶

O segundo grupo de doenças transmissíveis envolve a Raiva Humana, as Leishmanioses, a Tuberculose e a Hanseníase. As três primeiras experimentaram expressivo recrudescimento a partir dos meados dos anos 80, com incidências médias superiores aos índices nacionais. A Tuberculose, embora apresente tendência declinante, mantém-se ainda em patamares elevados.⁷

O terceiro grupo de doenças transmissíveis é composto por aquelas redutíveis por saneamento básico. São as chamadas doenças de veiculação hídrica, dentre as quais se destacam a cólera, a hepatite, a febre tifóide, a leptospirose e as gastroenterites. Fundamentalmente correlacionadas com a disponibilidade e qualidade de água, com a coleta e a disposição final de lixo e com o esgotamento sanitário, estas doenças têm, na Bahia, seara fértil para propagação. De fato, a situação de saneamento básico no Estado é reconhecidamente precária, sobretudo no que se refere ao esgotamento sanitário, como se pode depreender do trabalho de Franco e Serra (1992), baseado nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE (PNAD).

As informações da PNAD sobre infraestrutura básica possibilitam a caracterização das moradias em termos da disponibilidade ou não desses serviços, com certas limitações.⁸

Abastecimento de Água

Em 1989, 42,0% dos domicílios eram abastecidos por rede geral com canalização interna. Como seria de esperar, trata-se de uma característica verificada principalmente para os domicílios urbanos: 67,5% destes apresentam esta modalidade de abastecimento de água, contra 6,2% dos domicílios rurais.

Os domicílios abastecidos por "outra forma" e sem canalização interna perfaziam 22,4% do total. Também como seria de supor, esta constitui uma alternativa tipicamente rural, valendo para 41,8% dos domicílios rurais. Contudo, não é alternativa insignificante nas áreas urbanas, já que 8,6% do total de domicílios urbanos recorriam a outras formas para o provimento de água e não possuíam canalização interna.

Ademais, surgem os domicílios abastecidos por poço ou nascente sem canalização interna, na proporção de 20,4%, com predominância nas áreas rurais: 43,5% do total de domicílios rurais, contra 3,9% do total de domicílios urbanos.

Por fim registra-se, para as áreas urbanas, o abastecimento por rede geral sem canalização interna, para 18,7% dos domicílios.

A presença da canalização interna é fator muito importante da higiene doméstica e, conseqüentemente, da saúde da família. Desse ponto de vista, e apesar da extensão da rede geral, o final da década de 80, que vê ressurgir a presumivelmente extinta cólera, registra 90,3% dos domicílios rurais e 31,2% dos domicílios urbanos desprovidos de canalização interna para abastecimento de água, os quais devem corresponder, mesmo sem estatísticas diretas que o comprovem, à população de mais baixa renda.

Destino do Lixo

Os dados da PNAD (1989), indicam que 39,8% dos domicílios tinham o lixo coletado. Serviço tipicamente urbano, a coleta do lixo se verificava para 64,4% dos domicílios em áreas urbanas.

As demais alternativas de destino do lixo (queimado/enterrado, colocado em terreno baldio ou outro), entretanto, predominavam na Bahia em 1989, correspondendo a 60,2% do total de domicílios. Nas áreas rurais estas são modalidades absolutamen-

O final da década de 80 registra 90,3% dos domicílios rurais e 31,2% dos domicílios urbanos desprovidos de canalização interna para abastecimento de água.

Os "Sintomas Sinais e Afecções Mal Definidas" como principal causa de morte (Sic!) na Bahia (32,6% do total de óbitos).

te predominantes de destinação do lixo (79,0% dos domicílios). Nas áreas urbanas ainda são preocupantemente expressivas, já que referidas a 35,6% dos seus domicílios. A proliferação de vetores transmissores de doenças como a leptospirose é uma das questões imediatamente agravadas pela deficiência desses serviços.

Esgoto e Instalação Sanitária

Trata-se, sem dúvida, do item mais precário em termos de infra-estrutura básica no Estado da Bahia. Também é o item mais problemático quanto à confiabilidade dos dados disponíveis.⁹

Apesar das ressalvas é possível, a partir dos dados da PNAD 84, distinguir-se, por exemplo, a existência de alguma forma de esgotamento da sua ausência pura e simples. Desse ponto de vista, a situação da maioria dos domicílios baianos é crítica. Em 1984, 45,9% dos domicílios não tinham esgoto e instalação sanitária. Embora mais presente nas áreas rurais, tal deficiência é também marcante nas urbanas: enquanto 78,5% dos domicílios rurais não dispunham de nenhuma forma de esgotamento nem de instalação sanitária, o mesmo ocorria para 18,5% dos domicílios urbanos.

Esta questão, nas áreas urbanas, deve ser vista com mais cuidado. Isto porque, se aí a presença de instalação sanitária coloca-se para a maioria dos domicílios (77,3%), o esgotamento sanitário tem a fossa rudimentar como principal alternativa (42,6% do total de domicílios urbanos). Em áreas de grande adensamento como as urbanas, esta modalidade de esgotamento sanitário é problemática (se não sujeita a normas técnicas de construção e manutenção), já que pode ocasionar a contaminação de poços e cisternas e da própria rede de abastecimento de água. Na verdade, a rede geral de esgoto alcança apenas 10,4% dos domicílios das áreas urbanas do Estado, localizados em Salvador e outras cidades como Feira de Santana e Jequié.

Estatísticas mais recentes para o Estado da Bahia (1988), indicam que 95,1% das crianças e adolescentes, pertencentes a famílias com rendimentos até 1/4 do salário mínimo, vivem em domicílios cujo esgotamento sanitário não é ligado à rede geral, o mesmo ocorrendo para 64,6% deles vivendo com famílias com mais de

1 a 2 salários mínimos. Entre famílias com rendimento per capita superior a 2 salários mínimos, esta proporção é também expressiva (44,0%). Neste mesmo ano, a Bahia abriga apenas 17,7% das crianças com menos de 1 ano de idade em domicílios com saneamento adequado. Isto se verifica para 33,2% delas nas áreas urbanas e para 3,4% na área rural.¹⁰

As informações trabalhadas por First (1992), ainda que restritas a Salvador, possibilitam a qualificação dos serviços de saneamento básico e seu impacto na saúde da população. Mais que isto, realçam o papel de determinadas políticas públicas que, se não resolvem a questão da enorme desigualdade social, contribuem decisivamente para minorar os riscos à saúde, sobretudo nas camadas de mais baixa renda da população.

Com base nos dados levantados no Projeto AISAM em nove bairros de baixa renda, localizados na Bacia do Rio Camarujipe, First relata:

"A partir de amostra de fezes coletadas em crianças de 5 a 14 anos, entre outubro e novembro de 1989, identificou-se em 50% delas a presença de áscaris lumbricóides (lombrigas), em 76%, trichiurus trichiura (tricocéfalos) e em 14%, ancilóstomos (amarelão). Quatro meses após o tratamento das crianças com um vermífugo, verificou-se que a prevalência das infecções tinha caído para 39%, 51% e 9%, respectivamente. Nove meses após o tratamento, porém, os índices de prevalência retomavam os patamares iniciais (...) *Estas prevalências, contudo, se davam de forma diferenciada, em função dos equipamentos sanitários existentes em cada um dos bairros.* Nos bairros servidos por escadarias drenantes e redes de esgotamento sanitário, a prevalência de áscaris inicialmente era de 38%, contra 47% dos bairros atendidos apenas por escadarias drenantes e 66% naqueles carentes destes benefícios (...) Ao pesquisar a incidência de diarreias em crianças com idade inferior a 5 anos, o Projeto AISAM chegou também a dados preocupantes. Enquanto nos bairros servidos por escadarias drenantes e redes de esgoto sanitário, em média, as crianças nesta faixa etária sofriam menos de dois episódios de diarreia por ano, nos bairros apenas com escadarias drenantes esta taxa subia para 3 por ano, atingindo-se a taxa de 5 epi-

sódios de diarreia por ano nos bairros sem os serviços citados. O fato destas diarreias serem, normalmente, provocadas por enterobactérias, gênero ao qual pertence o vibrião colérico, confere aos dados obtidos uma indesejável atualidade". (FIRST, 1992, p.14,15) (grifos nossos)

Estas informações sinalizam aspectos fundamentais. Em primeiro lugar, evidenciam as limitações das medidas curativas, se mantidas as condições precárias de saneamento básico. Em segundo lugar, comprovam a importância decisiva dos serviços de saneamento básico na minimização dos problemas de saúde da população.

Com relação ao abastecimento de água, First adverte que, para bem se avaliar o seu real impacto epidemiológico, deve-se acrescentar, ao elevado grau de cobertura atingida pela rede, as informações relativas à quantidade e qualidade da água distribuída. Sob este aspecto, Salvador é uma cidade precária. O abastecimento de água funciona intermitentemente na maior parte da cidade, atingindo situações de grande carência em muitas áreas, sobretudo naquelas onde residem as populações mais pobres.

"O déficit principal hoje verificado em Salvador refere-se ao aspecto da distribuição, em função da significativa extensão de redes obsoletas ou implantadas em condições tais que facilitam o seu contato com as águas contaminadas que correm a céu aberto. A má qualidade das instalações domiciliares contribui, ainda, para aumentar o risco de contaminação da água distribuída. Nestas circunstâncias, não surpreendem os números encontrados pelo Projeto AISAM no referente à qualidade da água consumida pela população, especificamente dos 9 bairros pesquisados. De 528 amostras de água colhidas da rede de distribuição, entre dezembro de 1989 e novembro de 1990, 48% delas apontavam para a presença de bactérias do grupo coliforme, universalmente empregadas como indicadores de contaminação. Estes percentuais apresentaram-se ainda maiores quando era coletada a primeira água que atinge o ponto de coleta, após um período de corte de abastecimento." (FIRST, 1992, p.15)

A manutenção destes níveis precários nos principais itens do saneamento básico, exemplificada pela capital do Estado, tem cor-

respondido à persistência de elevadas incidências das doenças por eles redutíveis, bem como ao reaparecimento de outras, como é o caso da cólera.

A caracterização e evolução das doenças redutíveis por saneamento básico do Plano Estadual de Saúde (1992) é esclarecedora:

A *Febre tifóide*, na Bahia, apresenta uma incidência média de 10,5 casos por 100.000 habitantes no período 1987/90, embora apresente tendência de declínio, atingindo 7,2 casos por 100.000 habitantes em 1991. Revela-se com uma incidência bastante diferenciada segundo as regiões do Estado, sendo que algumas delas apresentam coeficientes bem acima da média estadual, sugerindo a ocorrência de surtos. No Brasil, esta doença encontra-se estabilizada em índices elevados, com uma incidência de cerca de 3 a 4 casos por 100 mil habitantes. (POSSAS, 1989)

A *Hepatite infecciosa*, registra uma incidência média de 41,2 por 100.000 habitantes (1987-90) para o conjunto do Estado, o que traduz uma tendência ascendente em comparação com os anos anteriores a 87. No mesmo período, a capital apresenta um coeficiente médio de 68,0 casos por 100.000 habitantes, sendo a principal responsável pelo aumento da incidência no final da década (47,1 por 100 mil habitantes). Em 1991, os dados (preliminares) indicam uma queda na incidência de casos que, no entanto, continua muito alta em relação aos coeficientes do início dos anos 80.

Já a *Leptospirose* mostrou um crescimento de 96% na sua incidência, na Bahia, passando de 2,5 para 4,9 por 100 mil habitantes no período 1987-90. Com uma incidência média de 4,2 por 100 mil habitantes neste período, cerca de 160% acima da média nacional, esta doença tem 80% dos casos concentrados em Salvador. Um fator decisivo para isto, são as constantes inundações a que está sujeita a capital. Em 1991 (dados preliminares), sua incidência diminuiu, mas ainda mantém-se elevada em relação aos níveis da primeira metade da década.

As *Gastroenterites* são a principal causa da demanda ambulatorial e hospitalar entre crianças menores de 5 anos. Não há dados confiáveis para dimensionar sua incidência na Bahia, embora sejam de notificação compulsória desde 87.

A rede geral de esgoto alcança apenas 10,4% dos domicílios das áreas urbanas do Estado, localizados em Salvador e outras cidades como Feira de Santana e Jequié.

Comentários Finais

Em suma, fica evidenciado, que o caráter preventivo, necessário ao perfil de uma política de saúde, extrapola seu âmbito restrito de atuação, implicando no desenvolvimento de políticas públicas relacionadas às condições gerais de habitabilidade - com destaque para o saneamento básico -, à educação e, naturalmente, ao emprego e à renda. Não há novidade nisto. Trata-se de uma discussão que tem varado décadas - vide os debates e formulações em torno à Reforma Sanitária. Seria uma redundância, não fosse o agravamento das antigas e recorrentes questões do país, que tem se manifestado seja pelo aumento da violência urbana, seja pelo ressurgimento da cólera. A nossa agenda para os anos 90 é, pois, recheada de velhos e persistentes problemas.

O que se quer reiterar é que, no campo da saúde preventiva, parte desta agenda está maturada e à espera de compromisso político efetivo para sua implementação. Os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária municipais, estaduais e das Leis Orgânicas Municipais e têm se concretizado, mesmo que experimentalmente, em alguns modelos assistenciais alternativos através dos SUDS na Bahia, em São Paulo, Rio Grande do Norte, dentre outros estados. O saneamento básico, disposto constitucionalmente como item fundamental da saúde pública, tende a ser oficialmente considerado como tal, com a ajuda das mobilizações anti-cólera e pela preservação ambiental.

Referências Bibliográficas

- ARAÚJO, José Duarte de. Polarização Epidemiológica no Brasil. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília: FNS/CENEPI, v.1, n.2, jul. 1992.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. *Plano Estadual de Saúde/Sistema Único de Saúde*. Salvador: SESAB/Assessoria de Planejamento, 1992 (a ser publicado).
- FRANCO, Ângela, SERRA, Edelcíque. Habitação e Infraestrutura. In: CENTRO DE ESTATÍSTICA E INFORMAÇÕES (BA). *Bahia: indicadores sociais na década de 80*. Salvador, 1992.
- FIRST, Asher K. Saúde pública: a cólera ensina, mas nós queremos aprender? *Veracidade: Revista do Centro de Planejamento Municipal*, Salvador, v.2, n.3, set., 1992.
- INFORME EPIDEMIOLÓGICO DO SUS, Brasília: FNS/CENEPI, v.1, n.1, jun., 1992.
- PAIM, Jairnilson Silva. *A reforma sanitária e os modelos assistenciais: a epidemiologia na organização dos serviços de saúde*. Salvador, 1992. (mimeo)
- POSSAS, Cristina. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1989.

Notas

- (1) Informe Epidemiológico do SUS, Brasília: FNS/CENEPI, v.1, n.1, jun, 1992.
- (2) Assim tem-se detectado alterações nas características epidemiológicas de certas doenças: "A leishmaniose tegumentar americana que apresentava altos índices de prevalência apenas nas zonas de colonização recente, relacionadas à derrubada de matas e ocupação de novas fronteiras, passou a aparecer em zonas ocupadas há bastante tempo, como o Vale do Rio Doce, em Minas Gerais, e zonas serranas do Ceará, Paraná e Bahia". (POSSAS, 1989, p. 103).
- (3) Suas limitações advêm, principalmente, da grande incidência de sub-registro de óbitos - em torno de 25% no Brasil em 1984 e de 50% na Bahia em 1988 (POSSAS, 1989 e Plano Estadual de Saúde, 1992) - e da sub-notificação de casos de doenças transmissíveis.
- (4) Bahia, Secretaria de Saúde. Centro de Informações de Saúde. *Anuário Estatístico: Informações de Saúde 1976-90*. Salvador: SESAB, 1991.
- (5) Esta classificação é utilizada tanto no Anuário Estatístico-Informações de Saúde/BA quanto no Plano Estadual de Saúde, com pequenas modificações. As doenças redutíveis por saneamento básico, assim denominadas no Anuário, aparecem no Plano como doenças de veiculação hídrica. As doenças redutíveis por programas especiais (Raiva e Leishmanioses) aparecem no Plano como Endemias (Leishmanioses) e Outras Doenças de Notificação Compulsória (Raiva). A Hanseníase e a Tuberculose, que aparecem em estatísticas especiais no Anuário, são abordadas no Plano como Outras Doenças de Notificação Compulsória. Neste artigo não são consideradas outras doenças como as sexualmente transmissíveis, a malária, a peste, as meningites, a doença de Chagas, entre outras.
- (6) Das doenças deste grupo destacam-se: *Sarampo* - depois de apresentar coeficientes elevadíssimos de incidência na 1ª metade dos anos 80, sofre uma redução até o final da década, mas mantém uma incidência média de 58,6 no período 1987/90 bastante superior à média nacional ou mesmo da região Nordeste. Os dados de 1991 (preliminares) apontam a elevação do coeficiente de incidência devido, sobretudo, ao interior do Estado (exclusive a capital). As crianças continuam a representar o principal grupo de risco, com coeficientes de incidência específicos para a idade superiores a 200 por 100.000 habitantes; *Coqueluche*, com incidência média de 22,0 por 100.000 habitantes (1987-90) apresenta enorme elevação no final da década, saltando de 7, 8 casos por 100.000 habitantes em 1988 para 32,5 por 100.000 habitantes em 1990, elevação esta que ocorre sobretudo na capital. Estes valores são quase 30 vezes superiores àqueles observados em alguns países da Europa que mantêm esta doença sob controle. Em 1991 (dados preliminares), este coeficiente desce para 11,2 por 100.000 habitantes, ainda muito elevado, portanto, diante dos índices internacionais; *Difteria* - com uma ligeira queda na incidência no período 1987-90, manteve uma média de 1,4 casos por 100.000 habitantes, acima da média brasileira que é de 0,6 por 100.000 habitantes. Em 1991, o coeficiente vai para 0,9 por 100 mil, superior à média atingida

nacionalmente; *Tétano neonatal* - " com uma incidência média de 2,3 por 100.000 menores de 1 ano e, portanto, 250 vezes superior à média brasileira que é de apenas 0,09 por 100.000 habitantes, o tétano neonatal continua se constituindo num sério problema de saúde no Estado"; *Tétano acidental* - enquanto no Brasil já apresentava tendência de queda, chegando a 1986 com uma incidência de 1,8 por 100.000 habitantes (POSSAS, 1989), na Bahia sua incidência aumenta no final da década, perfazendo uma média de 1,9 por 100.000 habitantes no período 1987/90; *Polio-mielite* - a partir de 1985 elevam-se tanto o número de casos suspeitos quanto o de confirmados, provavelmente devido à ampliação dos critérios de notificação objetivando erradicar a doença até 1988. Acredita-se que não há mais circulação do vírus selvagem no Estado. (Plano Estadual de Saúde, 1992)

- (7) *Raiva Humana* - o período iniciado em 1987 marca o seu recrudescimento, quando em média foram confirmados 7,6 casos anuais, colocando a Bahia em 2º lugar em número de casos no país. "Com uma incidência média de 0,06 casos confirmados por 100 mil habitantes e, portanto, acima da média nacional que é de 0,04, este Estado encontra-se longe de atingir a meta de 0,001 por 100 mil estabelecida pela Organização Mundial de Saúde, para considerar a doença sob controle"; *Leishmanioses* - apresentam-se em franca expansão desde a metade dos anos 80, especialmente a Leishmaniose tegumentar, contrariando a tendência declinante que vem sendo observada no Brasil desde 1980. Já a Leishmaniose Visceral manteve um coeficiente médio, no período 1987/90, de 5,8 por 100 mil habitantes, ocupando o primeiro lugar no Nordeste; *Hanseníase* - sua incidência vem sistematicamente aumentando e culmina, em 1991, com o maior registro de casos desde 1973. As formas mais frequentes, que perfazem 42% dos casos em 91 são as mais contagiosas. "Além do real incremento da doença neste período, essa evolução também pode

*Ângela Franco é arquiteta do CEI.

- ser justificada por um investimento na melhoria do programa, aumentando as condições de detecção da doença e de sua notificação". Em termos de prevalência da doença, a Bahia se situa nos padrões de média endemidade da OMS, embora guarde grandes diferenças regionais. Registrada em quase todas as regiões, a lepra tem acentuada concentração no norte e centro-oeste do Estado, regiões que, em 1991, se revelaram altamente endêmicas segundo a OMS; *Tuberculose* - em que pese a queda na mortalidade, persiste em níveis elevados no Brasil, com uma incidência de 60,5 por 100 mil em 1986 (POSSAS, 1989). Na Bahia, neste mesmo ano, era atingido um coeficiente de 81,5, chegando em 1991 com 62,4 casos por 100 mil habitantes. É na Região Metropolitana de Salvador que se concentra a maioria dos casos.
- (8) As informações não permitem, por exemplo, a avaliação da qualidade desses serviços (potabilidade da água, frequência e quantidade no fornecimento dos serviços, etc), bem como das condições do entorno das habitações (periculosidade das áreas ocupadas com habitação, acessibilidade aos equipamentos públicos, drenagem, etc). Além disso não estão referenciadas a renda familiar, o que compromete o delineamento do padrão habitacional segundo estratos diferenciados de população.
 - (9) Com efeito, informações referentes ao uso de instalação sanitária e tipo de escoamento deixaram de ser publicadas pelo IBGE desde 1985 devido a restrições a partir de 1982 e que afetaram os resultados. Mesmo as informações anteriores devem ser aceitas com reserva, conforme adverte o próprio IBGE. Além disso, há problemas na avaliação de determinadas alternativas de esgotamento sanitário (como fossa séptica e rudimentar), de difícil classificação, tanto para o usuário como para o pesquisador.
 - (10) CBIA/ UNICEF. *Bahia: suas crianças e adolescentes. O que está acontecendo?* Salvador, 1991. p.47