

SERVIÇOS DE SAÚDE PARA TODOS: O CASO DA COSTA RICA

Maurício Gomes Pereira¹

INTRODUÇÃO

Conquanto praticamente todas as políticas nacionais de saúde almejem estender os benefícios dos serviços de saúde a toda a população, só alguns poucos países podem apresentar os resultados alcançados pela Costa Rica. O autor deste trabalho passou duas semanas naquele país, em fins de 1981, onde encontrou um sistema de saúde que parece atender adequadamente às necessidades básicas da população e, neste artigo, descreve as principais características do sistema adotado e a extensão de cobertura dos serviços às populações rurais e urbanas usualmente não beneficiadas, aspecto tão importante para se atingir a meta de saúde para todos no ano 2000 (1, 2).

As informações estatísticas utilizadas foram colhidas em uma avaliação efetuada pelo Ministério da Saúde da Costa Rica (3) e em Anuários Estatísticos da Organização Mundial da Saúde para os anos 1971 e 1978 (4). Artigos publicados em revistas de circulação periódica (5-10) facilitaram a compreensão das condições de saúde prevalentes no país.

¹ Universidade de Brasília, Departamento de Medicina Geral e Comunitária, Caixa Postal 15-2922, Brasília, 70919, Brasil.

O PAÍS

Costa Rica é um país de renda média e politicamente estável, com quase 51 000 km² e 2,2 milhões de habitantes, com um índice de alfabetização de 96% para a população urbana e de 85% para a rural, e onde o setor público dedica grande quantidade de recursos à área social. Seus principais produtos de exportação são: café, banana, cana-de-açúcar, cacau e carne bovina, representando 70% do comércio exterior. É auto-suficiente nos principais produtos alimentícios de consumo interno como arroz, feijão, milho, hortaliças e frutas.

A situação econômica, até 1979, foi muito favorável. Entre 1973 e 1977 a oferta de empregos crescia, em média, 5% ao ano com uma melhoria progressiva na distribuição da renda. Os 50% mais pobres, que em 1961 recebiam 18% da renda, passaram a receber 21% em 1974.

Em 1978, 31% do orçamento nacional foi aplicado na educação e 6% do produto interno bruto no setor saúde mas, a dependência de fontes externas de petróleo e os preços internacionais pouco favoráveis para produtos primários de exportação, junto com a crise financeira mundial, trouxeram sérios problemas econômicos no final da década (3).

O sucesso da aplicação de conhecimentos existentes no controle das principais doenças evitáveis, especialmente as enfermidades infecciosas, as pa-

rasitárias e as carenciais, aumentou a importância relativa das doenças crônico-degenerativas, conferindo à Costa Rica um perfil nosológico de país desenvolvido. A mortalidade infantil, em 1978, foi de 22,3 óbitos por 1 000 nascidos vivos e a esperança de vida ao nascer atingiu 73 anos. O principal determinante para a rápida mudança nas condições de vida no país foi a ênfase dada ao desenvolvimento social (7).

O SETOR SAÚDE

As responsabilidades pelas diversas atividades do setor saúde estão distribuídas entre várias instituições sendo duas de particular importância: O Ministério da Saúde, responsável pela formulação da política de saúde e pelas medidas de caráter preventivo ou de interesse coletivo, e a Caixa de Seguro Social, voltada para a atenção médica individual e para a concessão de benefícios.

Essa divisão, formalizada no Primeiro Plano Nacional de Saúde publicado em 1971, transferiu para o Seguro Social toda a infraestrutura assistencial existente na época, assim como os recursos para custeá-la. Ao final da década de 70, o Seguro Social possuía 27 hospitais (o Ministério da Saúde ainda conservava um hospital) e 100 centros de saúde, todos voltados para a prestação de serviços. O orçamento para a recuperação da saúde, ou seja, da Caixa do Seguro Social, cresce mais rapidamente que a alocação de recursos para a promoção da saúde e proteção específica contra enfermidades (atribuição do Ministério da Saúde, principalmente); a tabela 1 reflete esses aspectos. Entre 1970 e 1972 as duas instituições tinham gastos aproximadamente iguais. A partir de 1973, com a passagem da rede assistencial urbana do Ministério da Saúde para o Se-

TABELA 1. Gastos das principais instituições do setor saúde, Costa Rica, 1970-1982. (Dados não disponíveis para os anos 1978, 1980 e 1981).

| Ano | Ministério da Saúde | | Caixa de Seguro Social ^b | |
|------|---------------------|----|-------------------------------------|----|
| | Valor ^a | % | Valor ^a | % |
| 1970 | 176 | 51 | 169 | 49 |
| 1971 | 215 | 51 | 206 | 49 |
| 1972 | 252 | 49 | 262 | 51 |
| 1973 | 279 | 46 | 327 | 54 |
| 1974 | 334 | 44 | 425 | 56 |
| 1975 | 376 | 39 | 598 | 61 |
| 1976 | 421 | 34 | 815 | 66 |
| 1977 | 378 | 28 | 952 | 72 |
| 1979 | 411 | 20 | 1 675 | 80 |
| 1982 | 496 | 11 | 3 840 | 89 |

^a Em milhões de colons. (Cotação em 1979: US\$1 = 8,6 colons).

^b Não inclui benefícios.

Fontes: 1970-1977, Ministério da Saúde, Costa Rica (3); 1979 e proposta orçamentária de 1982, comunicação pessoal do Lic Rodrigo Menezes, Unidade de Planejamento, Ministério da Saúde, Costa Rica.

guro Social, a diferença entre os orçamentos começou a crescer.

Em 1978 cerca de 80% da população era segurada (em 1981 estimava-se que 90% o era), sendo que os demais eram, e são, atendidos gratuitamente nos estabelecimentos de saúde pertencentes ao Seguro Social — o setor privado é pouco desenvolvido, contando com apenas três hospitais.

Um dos objetivos expressos para a década de 70 foi a universalização da atenção à saúde. O Ministério da Saúde procurou adaptar seus programas verticais ao esquema de regionalização implantado e alterou a distribuição de seus recursos, concentrando parte considerável no desenvolvimento da estrutura de atenção primária à saúde de populações até então desprotegidas, ficando, também, com o encargo de fazê-la funcionar.

Para o setor saúde o país foi dividido em cinco regiões, obedecendo a critérios demográficos, capacidade instalada de serviços e vias de comunicação e de transporte. Essas regiões, por sua vez, estão divididas em sub-regiões, cada uma formada por áreas hospitalares.

Em 1981 existiam oito hospitais de maior porte e 20 hospitais regionais ou de área. Em cada área hospitalar a população tem acesso a estabelecimentos mantidos tanto pelo Seguro Social (hospitais e centros de saúde de atendimento geral e especializado, para a demanda espontânea e a encaminhada pelos serviços do Ministério da Saúde) como pelo Ministério da Saúde (centros e postos voltados para a extensão de serviços básicos às populações mais carentes) (3).

EXTENSÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para beneficiar a população rural e a urbana mais necessitada, os centros e postos do Ministério da Saúde estão localizados nas periferias das cidades. A zona rural, onde em 1978 viviam 1 127 000 pessoas (53 % da população do país), beneficiadas com o Programa de Saúde Rural iniciado em 1973, inclui "povoados dispersos" (com menos de 500 habitantes) e "comunidades concen-

tradas" (com 500 a 2 000 habitantes). O Programa de Saúde Comunitária, iniciado em 1976, beneficiou aquele segmento da população urbana usualmente marginalizado. (Tabela 2).

Cobertura à população rural

No início da década de 1970, os serviços de saúde concentravam-se nas grandes cidades ou achavam-se localizados nas estradas de maior movimento tendo unidades volantes para atender à população rural que recebia 20% de cobertura (9).

A partir de 1973 o trabalho rural passou a ser centralizado em postos de saúde, unidades de pequeno porte atendidas por pessoal auxiliar. Cada posto é responsável pela cobertura de uma área geográfica bem delimitada — um máximo de 150 km² ou 600 famílias, em média. Nas regiões de população dispersa, diversos povoados ficam sob a vigilância de um mesmo posto enquanto que em comunidades rurais maiores, o número de povoados por unidade sanitária é menor.

O pessoal que trabalha nos postos de saúde está hierarquicamente subordinado a um centro de saúde, de onde recebe apoio e supervisão, sendo a tônica de seu trabalho as visitas domiciliares.

TABELA 2. Distribuição da população da Costa Rica, estimativa para 1978.

| Denominação | Características (No. de habitantes) | Comunidades (No.) | População | |
|-------------------|--|----------------------|-----------------|-----|
| | | | (No. por 1 000) | % |
| Urbana | > 2 000 | 67 | 999 | 47 |
| Rural concentrada | 500-2 000 | 494 | 468 | 22 |
| Rural dispersa | < 500 | 3 684 | 659 | 31 |
| Total | — | 4 245 | 2 126 | 100 |

Fontes: Ministério da Saúde, Costa Rica (3) e H. Villegas (10).

Os auxiliares estão capacitados a prestar primeiros socorros e, para isso, existe uma lista de medicamentos, os chamados de baixo risco — anti-tussígenos, analgésicos, vitaminas, soro oral, etc. — que podem receitar. Esse sistema não cria dificuldades pois, embora os auxiliares não estejam capacitados a fazer diagnósticos, podem, pela aparência da pessoa, perceber se ela está doente e, quando é esse o caso, encaminhá-la ao centro mais próximo, limitando-se, assim, ao processo de triagem que consta de um breve questionário.

Dois exemplos ilustram o dia-a-dia do trabalho do pessoal auxiliar em postos de saúde:

Em população rural concentrada. A auxiliar de enfermagem do posto de saúde do município de Palmares, responsável por 813 famílias em 794 casas dessa pequena comunidade, passa a maior parte do tempo em visitas domiciliares e, duas ou três tardes por semana fica no posto à disposição da população. Em seus arquivos mantém a composição de todas as famílias, os nascimentos, os óbitos e as famílias que recém se mudaram para Palmares. Dessa forma, sabe que em novembro de 1981 havia 43 gestantes e que, nos primeiros 10 meses daquele ano, só ocorreram dois óbitos infantis — um prematuro, que morreu ao nascer, e uma criança de pouco mais de um mês de vida, devido a mal-formação congênita do coração.

As visitas domiciliares (seis a oito famílias por dia, de segunda a sexta-feira) são de rotina, tratando, principalmente, do aspecto preventivo e educativo, controle de vacinação, estado nutricional, medicação tomada por toda a família, agendamento de consultas e esclarecimentos diversos. Os casos de alto risco são identificados e seguidos com maior frequência (dentre eles estão as gestantes, as crianças pequenas, os hiper-

tensos e os diabéticos). Após apresentar-se às pessoas da casa, ela se inteira sobre as condições de proteção da água de abastecimento, manutenção de latrinas e fossas e destino do lixo.

Para facilitar o seguimento da população, há um mapa colocado na parede no qual a área está dividida em 10 localidades, algumas constando de apenas uma rua. Com esse mapa ela organiza seu roteiro com antecedência e o fixa na entrada do posto para que a população saiba onde encontrá-la.

Nos dias em que comparece na unidade, a auxiliar prepara as consultas do médico, do dentista e da enfermeira (esta atende às gestantes e crianças, com consultas marcadas), os cursos dados para pequenos grupos (por exemplo, para gestantes, sobre parto sem dor, dado por enfermeira especializada), aplica vacinas, cuida da pequena farmácia e organiza o trabalho voluntário. Em caso de intercorrência patológica, encaminha o paciente ao centro de saúde ou ao Hospital de San Ramón, localizado perto de Palmares. Três responsáveis de saúde, indicados pela população, cujo trabalho de detectar problemas e ajudar a encontrar soluções não é remunerado, potencializam suas atividades.

Em Palmares há também um Comitê de Saúde, composto de sete membros indicados pela população em assembléia e com mandatos de dois anos. Os responsáveis de saúde e o comitê participam no planejamento das atividades, na avaliação do cumprimento das metas e auxiliam na execução de parte dos serviços, inclusive com levantamento de recursos junto à população.

Em população rural dispersa. O município de Aosta, situado em região montanhosa do centro do país, abrange oito povoados com um total de 467 casas e 2 102 pessoas. Num desses povoados, o de Ococa, que se encontra mais ou menos equidistante dos outros sete, há um posto de saúde que dá cobertura a todo o município. Seu auxiliar de saúde passa a maior parte da semana em visitas domiciliares, que faz de motocicleta, conseguindo um rendimento de 9 a 12 visitas diárias. Na moto ele leva uma balança e uma maleta contendo aparelho de pressão (para exame de adultos e controle de tratamento de hipertensos), termômetro, vacinas e fichas de anotações.

Nos dias fixos em que comparece ao posto, ele se encarrega da vacinação, distribuição de medicamentos e encaminhamento de pacientes ao centro de saúde ou ao hospital. Também prepara relatórios, mapas de atendimento e atualiza o arquivo. O médico vai ao posto uma vez por mês e o dentista menos frequentemente. Como há mais escolas que postos de saúde — em Aosta há oito, uma em cada povoado — é nas escolas que se concentra o trabalho de odontologia.

Cobertura à população urbana

Uma importante modificação introduzida pelo Programa de Saúde Comunitária foi a delimitação de pequenas áreas, chamadas “áreas de saúde comunitária” que incluem certa de 400 a 500 casas (aproximadamente 2 500 habitantes), todas sob a responsabilidade de um auxiliar, dentro da zona de influência de cada centro de saúde, a fim de concentrar o trabalho externo. Essas áreas de saúde comunitária foram criadas em 61 centros de saúde. O pessoal de saúde de

cada centro, com aprovação do nível regional, é quem identifica essas áreas definindo cuidadosamente seus limites geográficos para evitar superposição com o trabalho de saúde rural.

O centro de saúde de Pavas, em São José, capital do país, iniciou sua ação dinâmica em meados da década de 70 com um levantamento das condições socio-econômicas e sanitárias de toda a população a ele adstrita, identificando as cinco áreas mais necessitadas de ação extra-mural. Possui consultórios para médicos e enfermeiras, oferecendo serviços de pediatria, psiquiatria, pré-natal, planejamento familiar, crescimento e desenvolvimento e vacinação, dando cobertura a uma população de 29 000 habitantes. Também é usado para reuniões com representantes comunitários, dentre estes os responsáveis de saúde e os comitês.

A auxiliar da área visita, diariamente, 12 domicílios, o que lhe permite atualizar as informações demográficas e as referentes às condições da população. Ela planeja as atividades externas e registra as que foram realizadas. Ela conhece todos os habitantes de sua área e conscientiza-os de que são responsáveis pela manutenção da própria saúde, indica-lhes as facilidades existentes e ajuda-os a obter o que necessitam. Para vacinação e consultas, encaminha os pacientes ao centro de saúde de Pavas, e para outros casos, orienta-os a buscar tratamento em outros centros ou hospitais do Seguro Social. Em presença de problemas de higiene e do meio ambiente, de nutrição ou de natureza social, notifica respectivamente o inspetor de higiene, o nutricionista ou o assistente social e acompanha as providências tomadas. Esta é a mesma sistemática seguida pelos auxiliares dos postos na zona rural.

A formação de grupos de anciãos e a proteção de filhos de toxicômanos passou a ser uma prioridade já

que, aparentemente, as doenças transmissíveis e carenciais estão sob controle.

Conteúdo das ações de saúde

O grupo materno-infantil recebeu prioridade com identificação e seguimento de gestantes e crianças pequenas, vacinação e forte componente educativo. Junto ao aspecto preventivo, parte do esforço é dirigido ao tratamento das enfermidades mais comuns, funções delegadas ao pessoal auxiliar.

A rede de serviços curativos do Seguro Social facilita o acesso do paciente a cuidados mais complexos, embora haja duplicações entre os centros de saúde do Ministério e do Seguro Social. No entanto, a contra-referência, ou seja, o retorno do paciente à unidade primária com instruções para o seu acompanhamento, parece não estar ainda funcionando a contento, especialmente devido ao valor limitado que o pessoal especializado confere aos serviços básicos.

Outros componentes importantes na atenção prestada em nível periférico são:

Nutrição. Os Centros de Educação Nutricional instalados no país (540 em dezembro de 1981) funcionam como creches para crianças de famílias com problemas econômicos ou de mães solteiras, fornecendo alimentos às gestantes e às crianças pequenas em maior risco de desnutrição. Frequentemente esses centros se localizam ao lado de outros estabelecimentos dos quais utilizam as instalações.

Odontologia. Na zona rural o trabalho de odontologia vai mais além do posto de saúde, pois está centralizado nas escolas. Nas zonas longínquas o atendimento beneficia indistintamente crianças e

adultos, ao passo que em áreas próximas os postos só atendem a crianças e gestantes — os adultos são encaminhados aos estabelecimentos do Seguro Social. Progressivamente estão sendo instituídos, em todo o país, equipamentos simplificados, com a conseqüente diminuição de custos. Houve inicialmente problemas com as organizações de classe, que não aceitaram bem os auxiliares, contornado com a limitação de suas atribuições e a organização de equipes com dois auxiliares por odontólogo.

A disponibilidade de dentistas para a zona rural aumentou com a obrigatoriedade do estágio rural de um ano para recém-formados, prática também requerida dos médicos. O trabalho realizado nas escolas possibilitou a utilização do professor como agente multiplicador e, conseqüentemente, a potencialização do trabalho preventivo e de educação sanitária. Na época das férias os dentistas percorrem os postos de saúde com maior freqüência.

Saneamento ambiental. Através da visita domiciliar é feito o levantamento e a vigilância das condições de água, esgoto e lixo. Em caso de deficiência de algum deles, especialmente em áreas rurais, o Ministério da Saúde presta assistência técnica fornecendo, inclusive, material para sua reparação ou instalação. Em cada centro de saúde há um inspetor que entra em ação tão logo notificado pelo auxiliar.

As ações descritas efetuam-se com plena utilização do pessoal auxiliar e com a participação da população, duas características básicas da atenção primária nas áreas rurais e urbanas periféricas.

Pessoal auxiliar

A decisão da Costa Rica, na década de 1970, de estender a cobertura dos serviços de saúde às populações

desprotegidas, exigiu que se modificasse a metodologia até então empregada de espera passiva nas unidades, e se adotasse uma nova dinâmica, com oferta enérgica de serviços à população, usando, como estratégia, a visita domiciliar. Nessa oportunidade definiu-se o perfil do auxiliar de saúde necessário para esse trabalho.

□ Todos teriam de ter, no mínimo, nove anos de escola, porquanto seu trabalho é, em grande parte, de natureza educativa;

□ Para as zonas rurais dispersas, onde freqüentemente é necessário fazer longas viagens: ser, preferivelmente, do sexo masculino, residir na área, ter entre 20 e 35 anos de idade, além de capacitação por curso intensivo de 620 horas (quatro meses), incluindo um mês de atividades supervisionadas em posto de saúde;

□ Para as áreas rurais concentradas: residir no local e ter sido aprovado no curso preparatório de nove meses, o mesmo que é dado para o pessoal a ser aproveitado em centros de saúde ou hospitais. Quanto ao sexo, não são feitas restrições, havendo, no entanto, grande predominância de mulheres.

O salário é o mesmo para trabalho urbano e rural, mas há diferenças em formação e funções, que foram aqui omitidas para simplificar a exposição (10). O rendimento das visitas domiciliares varia de 6 a 12 por dia, em função, provavelmente, da distância e do meio de locomoção utilizado. À supervisão é dada muita importância, havendo um supervisor de trabalho de campo (um auxiliar com mais experiência) que também orienta a programação local dos postos. Nos centros, uma enfermeira supervisiona o trabalho dos auxiliares, e

parte do esforço do pessoal das regionais é orientado para essas tarefas. Não menos importante é a indicação dos candidatos a auxiliar, feita pela comunidade através do Comitê de Saúde, sendo que a escolha final, após o curso de preparação, obedece a critérios técnicos.

Procura-se desenvolver no auxiliar uma mística do serviço, uma crença na necessidade e na importância do mesmo para a coletividade. Essa mística, ao lado de uma formação adequada e educação continuada, são fatores essenciais para que o trabalho seja realizado com conhecimento, iniciativa e continuidade.

Participação da população

A participação popular nos programas de extensão de cobertura na Costa Rica parece ser efetiva. O objetivo é criar um Comitê de Saúde para cada posto ou centro e já existem cerca de 300 comitês para um número aproximadamente igual ao daquelas unidades. É através deles que se manifesta a participação organizada da comunidade para encontrar soluções com recursos locais. O comitê organiza o trabalho comunitário, determina as prioridades, angaria fundos — cerca de 3% dispendidos com extensão de cobertura provêm de contribuição voluntária da comunidade (9) — e prepara atividades educativas, tais como cursos e palestras, em estreita colaboração com o pessoal dos serviços.

Cada posto tem dois ou três responsáveis de saúde, também voluntários, que não são membros do Comitê de Saúde, ajudando com o levantamento de informações, identificação de problemas e vigilância do seguimento das soluções, além da educação sanitária da população. Inicialmente eles fazem um curso de 48 horas e freqüentam, em média, dois cursos por ano sobre temas específicos. Todos recebem a publicação "Saúde para

todos” e, periodicamente, representantes de diversas áreas se reúnem para intercâmbio de experiências e reciclagem (5).

Avaliação

A estrutura criada, com ênfase dada à atenção primária, melhorou o sistema de informação em saúde, tanto em abrangência — por passar a incluir a população rural — como em qualidade, pois houve maior esforço de padronização em nível periférico. Essas modificações poderiam, por si mesmas, concorrer para o aumento do número de episódios de doenças nas estatísticas, sem, necessariamente, significar deterioração da situação de saúde. No entanto, os indicadores sanitários resumidos na tabela 3, apontam, em geral, para uma melhoria na situação.

A comparação dos coeficientes no início (1971) e ao final da década (1978) indica que houve aumento de incidência de algumas doenças, como as de transmissão sexual (tendência também observada na maioria dos países), refletindo a dificuldade na aplicação das medidas de controle atualmente preconizadas.

Os índices de outras enfermidades, como malária e hanseníase, não se alteraram. Os coeficientes de incidência dessas enfermidades indicam que todos os anos surgem 300 novos casos de malária e 30 de mal de Hansen, cujas taxas não foi possível diminuir, conquanto fosse um dos objetivos preconizados no plano de saúde para a década. Costa Rica está na fase de tentar integrar, em nível local, os programas verticais do Ministério da Saúde — materno-infantil, nutrição e controle de doenças endêmicas — através da rede básica de saúde e utilizando a infraestrutura social existente. Aparentemente esses esforços tiveram maior êxito no grupo materno-infantil do que no controle de doenças endêmi-

cas, que afetam predominantemente aos adultos, onde os progressos têm sido mais vagarosos.

Houve diminuição acentuada na incidência de outras enfermidades, como as sujeitas a vacinação de rotina, as diarréias e as infecções respiratórias da infância. Em 1978, não houve casos de pólio ou de difteria, situação essa somente encontrada em alguns países desenvolvidos. Naquele ano houve apenas 23 notificações de casos de tétano e um desaparecimento, quase total, nas estatísticas, de mortalidade por doenças evitáveis por imunização. Para ilustrar, em 1976, ocorreram 106 óbitos por tétano — na metade dos casos os pacientes não receberam assistência médica; em 1979, apenas sete, nenhum deles de tétano neonatal.

A média nacional de mortalidade infantil diminuiu de 56,4 para 22,3 óbitos por 1 000 nascidos vivos nos sete anos sob consideração, havendo municípios com níveis de 15 por 1 000, e só três apresentaram taxas acima de 30 por 1 000 (a mais alta foi 31,3 por 1 000), mostrando que, no país como um todo, a mortalidade infantil é baixa. Houve uma redução de 80% de doenças diarréicas e infecções respiratórias como principal causa de mortalidade infantil, devida, em grande parte, ao eficiente programa de controle das diarréias por hidratação oral que cobre todo o país (7).

O autor teve ensejo de constatar a validade dessas informações estatísticas ao visitar a enfermaria do Hospital de San Ramón — pioneiro em extensão de cobertura para as áreas rurais e que testou o sistema para generalização em todo o país — e o Hospital de crianças, no centro de São José, onde não encontrou crianças com desnutrição, pelo

TABELA 3. Indicadores de saúde na Costa Rica nos anos 1971 e 1978.

| Indicadores de saúde | Anos | |
|---|------------------|-----------|
| | 1971 | 1978 |
| A. Índices gerais | | |
| Esperança de vida ao nascer (anos) | | |
| Masculino | 66,6 | 71,5 |
| Feminino | 69,6 | 76,1 |
| Natalidade (por 1 000 hab.) | 31,5 | 31,8 |
| Mortalidade geral (por 1 000 hab.) | 5,9 | 4,1 |
| Mortalidade infantil (por 1 000 nascidos vivos) | 56,4 | 26,3 |
| B. Morbidade | | |
| Casos novos por 100 000 hab. | | |
| Sífilis | 84,0 | 142,5 |
| Blenorragia | 179,0 | 462,5 |
| Malária | 14,3 | 14,8 |
| Hanseníase | 1,4 | 1,5 |
| Tuberculose | 23,5 | 16,3 |
| C. Mortalidade | | |
| Por grupo de causas | | |
| Coefficientes por 100 000 hab. e por todas as causas (%) | | |
| Circulatórias | 119 (20) | 97 (24) |
| Tumores | 64 (11) | 68 (17) |
| Externas | 46 (8) | 54 (13) |
| Respiratórias | ... ^a | 35 (9) |
| Perinatais | ... ^a | 27 (7) |
| Infecciosas e parasitárias | 104 (18) | 21 (5) |
| Demais | ... ^a | 105 (26) |
| Total | 592 (100) | 406 (100) |
| Por grupo de idade em anos (%) | | |
| Menores de 1 | 30 | 17 |
| 1-14 | 12 | 5 |
| 15-44 | 12 | 15 |
| 45 e mais | 46 | 63 |
| Total | 100 | 100 |
| Coefficientes selecionados | | |
| Materna (por 1 000 nascidos vivos) | 1,0 | 0,4 |
| 1 a 4 anos (por 1 000 de 1 a 4 anos) | 4,3 | 1,1 |
| Em menores de 1 ano: causas selecionadas | | |
| Diarréia (por 1 000 menores de 1 ano) | 12,9 | 2,4 |
| Aparelho respiratório (por 1 000 menores de 1 ano) | 10,1 | 2,6 |
| Por enfermidades com vacinação de rotina (por 100 000 hab.) | | |
| Difteria | 5,7 | 0,0 |
| Tétano | 13,0 | 1,1 |
| Coqueluche | 2,7 | 0,1 |
| Pólio | 0,1 | 0,0 |
| Sarampo | 4,7 | 0,1 |
| Tuberculose | 6,5 | 2,5 |
| D. Cobertura vacinal | | |
| (% de menores de 5 anos com série completa) | | |
| Difteria | 15 | 89 |
| Tétano | 15 | 89 |
| Coqueluche | 15 | 89 |
| Pólio | 71 | 81 |
| Sarampo | 60 | 78 |
| Tuberculose (menores de 15 anos) | 79 | 86 |

TABELA 3. (Continuação).

| Indicadores de saúde | Anos | |
|--|-------------|------------------|
| | 1971 | 1978 |
| E. Saneamento ambiental (Cobertura em %) | | |
| Urbano | | |
| Água potável | 95 | 98 |
| Esgoto | 35 | 43 |
| Rural | | |
| Água potável | 55 | 61 |
| Eliminação de excretos | 40 | 86 |
| F. Estabelecimentos de saúde | | |
| Número total (com ou sem leitos) | 224 | 978 ^b |
| G. Cobertura de serviços de saúde (%) | | |
| Gestantes com pré-natal | 53 | 85 |
| Partos hospitalares | 74 | 82 |
| Atenção primária: população rural | 20 | 90 ^c |
| | <u>1976</u> | <u>1979</u> |
| H. Nutrição | | |
| Desnutrição protéico-calórica (% em menores de 5 anos) | | |
| Desnutrição moderada | 12,2 | 3,6 |
| Desnutrição severa | 1,5 | 0,03 |
| Peso baixo ao nascer (%) | 8,8 | 6,9 |

^a Informação não disponível

^b Diferença devida à construção de centenas de unidades de pequeno porte (postos de saúde e centros de educação e nutrição)

^c Refere-se à população rural dispersa.

Fontes: Sobre mortalidade, OMS, 1971 e 1978 (4); outros indicadores, Ministério da Saúde, Costa Rica, 1980 (3).

menos do grau III, tipo kwashiorkor ou marasmo.

Acompanhando os auxiliares em visitas domiciliares, pôde constatar que os esquemas de vacinação das crianças, conforme fichas em poder das famílias, estavam completos, de acordo com a idade. Essas observações no campo tendem a confirmar as estatísticas oficiais quando informam que houve progresso considerável na cobertura vacinal da população infantil. A cobertura atual situa-se entre 78 e 89% para as principais vacinas de rotina. Segundo informação do pessoal dos serviços, o que concorreu para esse resultado, além do aumento do número de postos de vacinação, foi a melhora no apoio logístico e a disponibilidade de vacinas, o que não ocorria antes.

Atualmente o nível central é que faz a avaliação da cobertura vacinal

mas há previsão para sua descentralização no futuro, especialmente das investigações epidemiológicas. Em fins de 1981 as regionais de saúde ainda não tinham pessoal especializado para essas tarefas. Segundo dados da Divisão de Epidemiologia do Ministério da Saúde, um levantamento amostral, feito recentemente para avaliar tanto o registro de vacinação como os níveis sorológicos, demonstrou que a cobertura foi alta para todas as vacinas de rotina. Para a poliomielite, por exemplo, ela se situou entre 93 e 98%, dependendo do tipo de vírus. E mais, os dados do inquérito coincidiram com o número de vacinas aplicadas. Como o processo de amostragem na comunidade é dispendioso, e à vista do resultado obtido, a avaliação de cober-

tura passou a ser feita principalmente pelo número de vacinas aplicadas, discriminando-se os grupos de menores de um ano e os pré-escolares. Na Costa Rica, com o sistema de informação existente, conhece-se com razoável aproximação, a população alvo. Como dados adicionais, faz-se a vigilância da morbidade (cujo sistema inclui os estabelecimentos do Seguro Social e do Ministério) e da mortalidade pelas doenças evitáveis por vacinação.

As visitas ao campo e os resultados da avaliação do sistema de saúde parecem também indicar que os postos e centros provavelmente atingem os objetivos para os quais foram criados.

A tendência dos coeficientes das doenças transmissíveis na década de 70 foi de redução progressiva. Em 1971, as enfermidades infecciosas e parasitárias representavam 18% dos óbitos e, em 1978, apenas 5%. À medida que essas enfermidades foram sendo controladas, outras emergiram como relativamente mais importantes. As enfermidades cardiovasculares e as neoplasias foram as primeiras causas de óbito em 1978, seguidas dos acidentes. A posição ocupada pelas doenças crônico-degenerativas nas estatísticas é também sentida pela população que já as aponta como prioritárias para a concentração de esforços dos serviços de saúde. Em Herédia, o autor teve acesso aos resultados de uma jornada de identificação dos principais problemas da sub-região. Os maiores problemas, em ordem de importância foram: contaminação da água (o sistema de abastecimento era obsoleto e estava sendo substituído), diabetes e alcoolismo. Os menores: duplicidade de atividades e insuficiente coordenação entre os órgãos do Seguro Social e do Ministério da Saúde nas áreas materno-infantil, odontologia, microbiologia

(exames laboratoriais de rotina) e saúde mental, sendo que esta última necessitava ainda de mecanismos mais explícitos para encaminhamento de pacientes.

No centro de saúde de Pavas, na capital do país, os principais problemas apontados foram o cuidado de velhos e os tóxicos. O pessoal do Ministério da Saúde — e segundo eles grande parte da população — está consciente de que as doenças mais facilmente evitáveis, aquelas cuja prevenção é possível com o conhecimento já existente, estão sendo controladas. Outros problemas não se prestam, porém, a tratamentos com resultados tão imediatos. Usando palavras do pessoal dos serviços: “Sabemos manejar as crianças, mas não estamos preparados para lidar com os velhos” e “é mais fácil prevenir difteria, tétano e pólio do que acidentes, doenças crônico-degenerativas e uso de drogas”. E, com a mudança da estrutura de morbidade, o problema dos velhos e das doenças crônicas se torna prioritário.

O sistema de saúde da Costa Rica utiliza a participação popular, mas não depende do voluntariado para a execução das atividades. Se a participação popular funciona em todos os postos e centros de saúde, se a supervisão é eficiente em todas essas unidades, não é possível afirmar. O esquema em funcionamento parece ser viável. Os princípios filosóficos e humanos adotados são cientificamente válidos e estão de acordo com os preceitos teóricos e práticos adotados universalmente por técnicos do setor, condensados na Declaração de Alma-Ata em 1978 (2). Os serviços de saúde foram levados até áreas remotas (a cobertura na zona rural é de 90%) possibilitando melhor prevenção e maior acesso à assistência médica nos demais estabelecimentos de saúde. Os índices correspondentes a gestantes, com cuidados pré-natais, e a partos hospitalares é superior a 80%. A porcentagem de recém-nascidos com

peso inferior a 2 500 g foi de 8,8 em 1976 e 6,9 em 1979, índices encontrados em países desenvolvidos. Casos de desnutrição grave são raros: 0,3 por mil em inquérito nutricional efetuado em 1979, indicando que está havendo uma melhora progressiva no estado nutricional da população infantil.

O número de estabelecimentos de saúde passou de 224, em 1971, para 978, em 1978, devido à criação de postos e centros de educação e nutrição. A implantação de 218 áreas de saúde comunitária, em 61 centros de saúde, representou uma ativação do serviço externo dessas unidades com aplicação do raciocínio epidemiológico de proteger e examinar os grupos em maior risco de adoecer, alcançando uma cobertura de 50% da população urbana. Provavelmente os outros 50% têm muito menor, ou mesmo nenhuma, necessidade desse tipo de serviço.

Os índices de saneamento básico mostram uma baixa cobertura da rede de esgotos nas zonas urbanas (43%). Na área rural, onde o saneamento ambiental está sob a égide do Ministério da Saúde, houve pequena melhoria na porcentagem de casas com água potável entre 1971 e 1978 (55 para 61%), mas dobrou a porcentagem de habitações rurais com instalações adequadas de eliminação de dejetos (40 para 86%). O programa rural de saneamento ambiental é anterior ao de saúde rural e os números apresentados para água potável indicam que a integração entre as duas atividades ou não é perfeita ou, apesar da provisão de água ser julgada prioritária, sua efetivação dependa da superação de obstáculos mais difíceis.

Por outro lado, a existência de duas instituições, o Ministério da Saúde e o Seguro Social, uma voltada para a política do setor e a execução de serviços básicos para a população rural e urbana periférica, e a outra, para a prestação de assistência geral e especializada, permite superposições. Mas isso também pode ter sido um fator importante para a ênfase dada ao processo de extensão de cobertura na década de 70, induzindo à decisão de concentrar as atividades do Ministério da Saúde em áreas até então não beneficiadas.

Um aspecto marcante dos cuidados primários em nível periférico é a excessiva burocratização, com grande número de formulários a serem preenchidos durante as visitas domiciliares, ocupando parte considerável do tempo do auxiliar com anotações a serem depois transcritas para outros formulários nas unidades sanitárias. O autor presenciou o preenchimento dos formulários de programação local, feitos anualmente, que são a previsão para o ano seguinte do tipo e do número de atividades a serem realizadas. Aparentemente os auxiliares aceitam esse trabalho burocrático e, inclusive, se sentem motivados por participar do planejamento daquilo que eles próprios irão realizar no ano seguinte. Os dados desses formulários servem como alimentação ao sistema de informação para avaliação da extensão de cobertura.

Há unanimidade entre o pessoal do Ministério de que o êxito alcançado deveu-se a pelo menos três fatores: a ampliação das ações de saúde para todo o país, a participação popular e a continuidade dos programas, já que as mudanças de governo não acarretaram alterações drásticas de pessoal na direção dos programas, a não ser nos dois ou três cargos mais importantes da hierarquia de cada ministério.

Conquanto nem os programas de extensão de cobertura a essas popula-

ções nem as estratégias utilizadas no país sejam novos, é novidade a política de dar prioridade nacional à extensão de cobertura, tanto em nível de planejamento e orçamento quanto de execução. Talvez seja esse o maior exemplo que Costa Rica tem a oferecer.

CONCLUSÕES

Os países enfocam de maneira diferente a busca de soluções para seus problemas de saúde (11, 12). O caminho seguido pela Costa Rica é produto de inúmeras circunstâncias, algumas peculiares àquele país como, seu desenvolvimento político e o nível de educação e bem-estar de seu povo. Seu sistema de saúde é fruto de determinantes históricos, culturais, econômicos e sociais, onde decisões políticas e técnicas, em nível governamental — com posterior envolvimento da população no planejamento, execução e avaliação das atividades locais — fizeram com que as regiões rurais e urbanas periféricas, tradicionalmente à margem dos benefícios da presença próxima de serviços de saúde, passassem a ter seu acesso facilitado.

No início da década de 70 o país estava em situação semelhante à de dezenas de outros com respeito à distribuição de serviços de saúde: uma rede urbana bem desenvolvida e deficiência marcante na área rural, com a periferia das cidades em situação intermediária. Com o transcorrer da década, houve a reorganização dos serviços estendendo-se a atenção primária à saúde a todo o país. Isso pôde ser realizado, em parte, pela estrutura de serviços urbanos já existentes e pela compreensão do que ainda poderia ser feito. A decisão de universalização da atenção à saúde veio acompanhada de recursos compatíveis com a realização desse objetivo. Adotaram-se, também, estraté-

gias apropriadas ao local e às pessoas a serem beneficiadas com ênfase em: postos de saúde rural, áreas de saúde comunitária urbanas, aproveitamento de pessoal auxiliar, visita domiciliar, participação popular, centros de educação e nutrição e hidratação oral. Procurou-se maior utilização da infraestrutura de serviços já existentes e a preocupação não se restringiu ao atendimento às pessoas, mas incluiu, também, medidas relativas ao meio ambiente. Essas decisões permitiram aumentar a cobertura dos serviços de saúde, usando mais recursos financeiros, no cômputo geral, mas com menores gastos per capita.

O nível de saúde da população — atestado pelo índice de mortalidade infantil de 22,3 por 1 000 nascidos vivos e esperança de vida ao nascer de 73 anos em 1978, entre outros — resulta de múltiplos fatores, entre os quais as prioridades dedicadas ao desenvolvimento social, onde se situam os investimentos em saúde.

Os resultados obtidos com a vacinação e o acesso da população aos serviços indicam que a ênfase atual deve ser preservada.

Qual será, porém, a evolução futura dos indicadores de saúde? Seguirão eles essa tendência de melhoria progressiva observada na década de 70? Há duas dificuldades que se podem antecipar e a maneira como forem enfrentadas ditará, possivelmente, o ritmo dessa evolução:

□ Os problemas econômicos e financeiros do país talvez obriguem o governo a reformular a estratégia adotada. Os custos dos serviços de saúde, de uma maneira geral, tendem a crescer, independentemente de racionalizações,

devido ao próprio custo da incorporação do progresso científico-tecnológico e do maior uso de pessoal especializado. Os gastos com a parte curativa sempre tendem a aglutinar maior número de defensores — ou a agradar mais aos políticos — do que os de prevenção, o que pode limitar os recursos para manter o custeio de pessoal auxiliar em nível de atenção primária. No entanto, uma força que pode se opor à limitação de recursos para a saúde rural e comunitária é a organização popular já existente. A população se acostumou aos serviços prestados e parece ter por eles grande estima.

□ Um segundo tipo de dificuldade será o próprio perfil de morbidade. O controle das doenças transmissíveis e carenciais, assim como a proteção de gestantes e crianças, obedeceram a uma metodologia já testada, com sucesso, em muitos lugares. A diminuição dessas patologias faz com que outras, as crônico-degenerativas, mais prevalentes em velhos, se destaquem e se tornem prioritárias, mas cujo ataque é muito mais complicado e vagaroso por depender de investimentos em pesquisas, normalmente empreendimento de longo prazo.

Para terminar, resta a última questão: Seria esse modelo extrapolável a outras regiões? Costa Rica é um país pequeno. Ainda assim foi dividido em partes, cada uma subdividida em outras, até chegar a situações em que uma pequena área se tornasse o foco de atenção de uma pequena equipe de saúde. Essa partição obedece a critérios universais estabelecidos objetivamente: geográficos, demográficos e de infraestrutura existente (estradas, transportes, estabelecimentos de saúde e de assistência social). Mesmo tendo em conta as diferenças que existem entre a Costa Rica e outros países, a utilização desses conceitos em outros locais independe do tamanho do país, pois, por maior que seja, sempre é

possível dividi-lo, transformando-o num conjunto de pequenas áreas, cada qual acessível ao trabalho de uma equipe ou de uma única pessoa, convenientemente preparada e respaldada. Os esforços podem concentrar-se nessas áreas com base no conhecimento já existente e em adaptações locais cientificamente bem fundamentadas.

RESUMO

No início da década de 1970-1979, os serviços de saúde de Costa Rica eram bem desenvolvidos nas cidades, mas a população rural continuava desprotegida. Estimava-se em apenas 20% a proporção da zona rural coberta com um mínimo de serviços. No final da década, esta proporção se elevou para mais de 90% e os indicadores de saúde para o país mostravam uma situação excepcional, com a mortalidade infantil em 22,3 óbitos por 1 000 nascidos vivos e a esperança de vida ao nascer em 73 anos.

Neste período construíram-se inúmeros postos de saúde na zona rural e, nas cidades, as atividades dos centros de saúde foram orientadas para a identificação de áreas de maior risco — as áreas de saúde comunitária — para onde convergiu o trabalho extramural. Centenas de centros de educação e nutrição foram implantados em todo o país. Todas essas unidades concorreram para dinamizar a atenção primária à saúde, voltando-se tanto para as pessoas como para a proteção do ambiente; utilizaram-se tecnologias socialmente apropriadas, com ênfase no pleno uso de pessoal auxiliar em visitas domiciliares e estímulo à participação da população.

Embora dificuldades econômicas crescentes possam vir a alterar o fluxo de recursos para a área social e a estrutura de atenção primária, os níveis de morbidade, mortalidade, cobertura vacinal e uso de serviços já alcançados indicam que a estratégia adotada deve ser preservada. □

AGRADECIMENTOS

O autor agradece aos funcionários do Ministério da Saúde de Costa Rica que não pouparam esforços para levar a bom termo seu roteiro de visitas em tempo integral e em responder às suas constantes solicitações. Este trabalho também não seria possível sem a colaboração do Ministério da Saúde do Brasil e da Organização Pan-Americana da Saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde, Serviços Básicos de Saúde, *Anais da 7a. Conferência Nacional de Saúde*. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1980.
- 2 Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Atma-Ata, 1978. Atenção Primária à Saúde*. UNICEF, Brasília, 1979.
- 3 Costa Rica. Ministerio de Salud, Unidad Sectorial de Planificación. *Evolución de la situación de salud en la década 1971-1980*. San José, 1980.
- 4 Organização Mundial da Saúde. *Statistics Annual. Vital Statistics and Causes of Death*. Genebra, 1971 e 1978.
- 5 Harrison, P. A história de um sucesso. *A Saúde do Mundo*. OMS, Genebra (fevereiro-março):14-19,1981.
- 6 Mata, L., Mohs, E., Brenes, J., Alvarado, J. M., Mora, E. e Cerdas, J. La salud en Costa Rica en 1978. *Act Med Cost* 22(2):209-215, 1979.
- 7 Mata, L. *et al.* Enfermedades diarreicas: cómo venció Costa Rica. *Foro Mundial de la Salud* 2(1):164-166, 1981.
- 8 Velasco, I. Algunos hechos y muchas impresiones sobre la ciencia y la tecnología en Costa Rica. *Interciencia* 7(3):166-169, 1982, e 7(4):236-239, 1982.
- 9 Villegas, H. Extensión de la cobertura de salud en Costa Rica. *Bol Of Sanit Panam* 84(1):13-23, 1978.
- 10 Villegas, H. Costa Rica: recursos humanos y participación de la comunidad en los servicios de salud en el medio rural. *Bol Of Sanit Panam* 84(1):13-23, 1978.
- 11 Bryant, J. *Mejoramiento mundial de la salud pública*. México, Pax, 1971.
- 12 Newell, K. W. ed. *La salud por el pueblo*. Genebra, Organización Mundial da Saúde, 1975.

RESUMEN

SERVICIOS DE SALUD PARA TODOS. EL CASO DE COSTA RICA

Al iniciarse el decenio de 1970-1979, los servicios de salud de Costa Rica estaban desarrollados en las ciudades, pero la población rural continuaba desprotegida. Se estima que solamente un 20% de la zona rural tenía una mínima cobertura de servicios. Al finalizar el decenio esa proporción se elevó a más de 90% y los indicadores de salud del país mostraban una situación excepcional, con una mortalidad infantil de 22,3 muertes por 1 000 nacidos vivos y una esperanza de vida al nacer de 73 años.

En este período se construyeron innumerables puestos de salud y, en las ciudades, las actividades de los centros de salud se orientaron a identificar las áreas de mayor riesgo —las áreas de salud comunitaria— hacia donde se dirigió el trabajo fuera de los puestos. Se crearon centenares de centros de educación y nutrición en todo el país. Todas esas unidades colaboraron para dinamizar la atención primaria de salud, dedicándose tanto a las personas como a la protección del ambiente; se utilizaron tecnologías socialmente apropiadas; se hizo hincapié en el aprovechamiento pleno para su personal auxiliar en visitas domiciliarias y se estimuló la participación de la población.

SUMMARY

HEALTH SERVICES FOR ALL. THE COSTA RICAN CASE

At the beginning of the decade of 1970-1979 health services in Costa Rica were well developed in the towns, but the rural population was still unserved. It was estimated that minimal services were available in no more than 20% of the countryside. By the

end of the decade this proportion had grown to more than 90%, and the health indicators for the country pointed to an exceptional situation, with infant mortality at 22.3 deaths per 1 000 live births and a life expectancy at birth of 73 years.

During this period a great number of health posts were built in rural areas, and in the cities the work of the health centers was directed at the identification of areas of greatest risk—the areas of community health—on which extramural efforts converged. Hundreds of education and nutrition centers were set up throughout the country. All these units helped give momentum to primary health care, with concern both for individuals and for protection of the environment; socially appropriate technology were used, with emphasis on the full use of auxiliary staff to make house calls, and encouragement to the population to participate.

Even though rising economic difficulties may reduce the flow of resources to the social area and the primary care structure, the already attained levels of morbidity, mortality, vaccination coverage and use of services indicate that the strategy adopted must be maintained.

RÉSUMÉ

SERVICES DE SANTÉ POUR TOUS. LE CAS DU COSTA RICA

Au début des années 70, les services de santé étaient bien développés dans les villes, mais la population rurale continuait d'en être dépourvue. D'après les estimations, pas plus de 20 pour cent de la zone rurale bénéficiaient d'un minimum de services. A la fin de la décennie, cette proportion dépassait 90% et les indicateurs de santé concernant le pays mettaient en relief une situation exceptionnelle, avec une mortalité

infantile de 22,3 décès pour 1 000 naissances vivantes et une espérance de vie à la naissance de 73 ans.

Au cours de cette période, un nombre très important de postes de santé ont été construits dans la zone rurale pendant que, dans les villes, les activités des centres de santé étaient orientées vers l'identification des secteurs de plus grand risque — les secteurs de santé communautaire — sur lesquels se concentra l'action sur le terrain. Des centaines de centres d'éducation et de nutrition furent implantés dans tout le pays. Toutes ces

unités travaillèrent ensemble à donner du dynamisme aux soins de santé primaires, en s'occupant des personnes et en même temps de la protection de l'environnement; on fit appel à des technologies socialement appropriées, en mettant l'accent sur la pleine utilisation du personnel auxiliaire sous la forme de visites à domicile et en stimulant la participation de la population.

Bien que des difficultés économiques croissantes risquent de modifier le flot de ressources allant au secteur social ainsi que la structure des soins primaires, les résultats déjà atteints en ce qui concerne la morbidité, la mortalité, la couverture vaccinale et l'utilisation des services indiquent que la stratégie adoptée doit être conservée.

Congreso de psicología en Argentina

Del 9 al 12 de octubre de 1986 se celebrará en Mendoza el Primer Congreso Iberoamericano de Psicología Médica y Psicoterapia, organizado por la cátedra de Psicología Médica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo. El programa científico abarca temas de psicología médica, psicoterapia, psicofármacos, psiquiatría y antropología médica. En las mesas redondas se debatirán distintos tipos de la psicoterapia (de grupo, de familia, del adolescente, existencial y fenomenológica), así como la relación médico-paciente y la enseñanza de la psicología en la carrera de medicina. Las personas interesadas pueden informarse, inscribirse y reservar alojamiento en la siguiente dirección: Clark 555, 5500 Mendoza, Argentina.