



PAPERS DO NAEA

ISSN 15169111

PAPERS DO NAEA Nº 107

**SAÚDE NO ESTADO DO PARÁ: CONSIDERAÇÕES GERAIS
ACERCA DA GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO SETOR**

Armando Lirio de Souza

Belém, Setembro de 1998

O Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA) é uma das unidades acadêmicas da Universidade Federal do Pará (UFPA). Fundado em 1973, com sede em Belém, Pará, Brasil, o NAEA tem como objetivos fundamentais o ensino em nível de pós-graduação, visando em particular a identificação, a descrição, a análise, a interpretação e o auxílio na solução dos problemas regionais amazônicos; a pesquisa em assuntos de natureza socioeconômica relacionados com a região; a intervenção na realidade amazônica, por meio de programas e projetos de extensão universitária; e a difusão de informação, por meio da elaboração, do processamento e da divulgação dos conhecimentos científicos e técnicos disponíveis sobre a região. O NAEA desenvolve trabalhos priorizando a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão.

Com uma proposta interdisciplinar, o NAEA realiza seus cursos de acordo com uma metodologia que abrange a observação dos processos sociais, numa perspectiva voltada à sustentabilidade e ao desenvolvimento regional na Amazônia.

A proposta da interdisciplinaridade também permite que os pesquisadores prestem consultorias a órgãos do Estado e a entidades da sociedade civil, sobre temas de maior complexidade, mas que são amplamente discutidos no âmbito da academia.

Papers do NAEA - Papers do NAEA - Com o objetivo de divulgar de forma mais rápida o produto das pesquisas realizadas no Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA) e também os estudos oriundos de parcerias institucionais nacionais e internacionais, os Papers do NAEA publicam textos de professores, alunos, pesquisadores associados ao Núcleo e convidados para submetê-los a uma discussão ampliada e que possibilite aos autores um contato maior com a comunidade acadêmica.



Universidade Federal do Pará

Reitor

Cristovam Wanderley Picanço Diniz

Vice-reitor

Telma de Carvalho Lobo

Núcleo de Altos Estudos Amazônicos

Diretor

Edna Maria Ramos de Castro

Diretor Adjunto

Marília Emmi

Conselho editorial do NAEA

Armin Mathis

Edna Ramos de Castro

Francisco de Assis Costa

Gutemberg Armando Diniz Guerra

Indio Campos

Marília Emmi

Sector de Editoração

E-mail: editora_naea@ufpa.br

Papers do NAEA: Papers_naea@ufpa.br

Telefone: (91) 3201-8521

Paper 107

Revisão de Língua Portuguesa de responsabilidade do autor.

SAÚDE NO ESTADO DO PARÁ CONSIDERAÇÕES GERAIS ACERCA DA GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO SETOR

*Armando Lirio de Souza*¹

Resumo:

Realizaremos, inicialmente, uma breve periodização histórica do desenvolvimento do Estado capitalista na tentativa de demonstrar as características de crise e crescimento apresentadas ao longo da evolução deste modo de produção.

Palavras-chave: Saúde no Estado do Pará. Políticas públicas.

¹ Professor do Departamento de Economia Geral da UFPa, Mestrando do NAEA/PLADES/PDTU.

1. Breve Periodização Histórica do Desenvolvimento do Estado Capitalista.

Realizaremos, inicialmente, uma breve periodização histórica do desenvolvimento do Estado capitalista na tentativa de demonstrar as características de crise e crescimento apresentadas ao longo da evolução deste modo de produção.

No século XIX, a superação da fase concorrencial capitalista pela fase monopolista representou mudanças na estrutura produtiva e na base técnica, assim como surgiram novos conceitos relativos ao funcionamento da sociedade. As limitações de capital e tecnologia impediam que o capitalista concorrencial dominasse o mercado em sua plenitude. Somente o capital monopolista conseguiu estender as fronteiras do mercado às regiões cada vez mais distantes, organizando a produção e distribuição em grande escala, conseguindo extrair dos novos mercados um volume maior de capital necessário à manutenção do processo de reprodução e acumulação de capital. A nova sociedade capitalista monopolista modificou a concepção sobre domínio econômico e social, exigindo a formulação de um novo corpo teórico, o liberalismo econômico, capaz de compreender as funções do Estado de maneira diferenciada da concepção até então existente.

Em termo da relação Estado/Sociedade, os Estados Nacionais foram fortalecidos, na perspectiva de construir uma identidade de cidadania aos indivíduos. É bem verdade que, o objetivo a ser alcançado pela fórmula política liberal, primeiramente, era fazer sucumbir definitivamente a arcaica estrutura política, econômica e social feudal. Era necessário criar um cidadão, mesmo restrito ao direito civil, para que pudesse ser incorporado à produção. Desta forma, o intento de reprodução do capital estaria garantido.

A implementação de políticas sociais pelo Estado capitalista, apesar de ser contraditório aos princípios liberais, por meio do assistencialismo e do previdencialismo, possibilitava ações emergenciais como soluções momentâneas frente a crise econômica e social do capitalismo causada, segundo O'Connor (1977) por três fatores: as tensões e deformações nas economias locais e regionais; desequilíbrios entre ramos e setores da economia; e, a concentração de riquezas. Desta maneira, os mecanismos de políticas sociais protegiam tanto os indigentes como a própria classe trabalhadora que precisava reproduzir-se, mesmo em níveis de subsistência, para manter-se saudável, ou seja, para dar continuidade à produção.

A crise do Estado Liberal, possibilitou o limiar do Estado do bem-estar Social a partir do “crak” de 1929. O Estado intervencionista pós-Keynes, cumpre a função de investidor no setor improdutivo da economia, tentando manter uma demanda efetiva conforme os preceitos do pleno emprego. A dependência do mercado capitalista, às benesses do Estado, tinha como consequência a elevação do

déficit público. Constantemente os cofres públicos eram colocados à disposição do capital monopolista (Viotti, 1986).

Assim, consolidou-se o Estado do bem-estar social, possibilitando, durante mais de duas décadas, a existência de um Estado intervencionista no domínio econômico (produção e distribuição), político e social, provocando a elevação do investimento tanto no campo econômico como no social. A inversão crescente de recursos nos países do bloco capitalista - formado após a 2ª guerra mundial - era elemento essencial à manutenção da hegemonia política e econômica do capital monopolista, frente ao perigo representado pelo bloco socialista (Anderson, 1995).

A característica de ciclos de crescimentos e crise da economia capitalista se confirma a partir de 1973, o Estado do bem-estar social entra em crise, chega-se ao fim da era fordista. Esse modelo de desenvolvimento não conseguia mais imprimir taxas de crescimento elevadas à economia, a inflação começou a ganhar espaço nos países centrais do capitalismo - concomitantemente no Brasil vivíamos o fim do “milagre” econômico. Os efeitos da recessão econômica corroíam os salários e a taxa de lucro do sistema capitalista despencava. É nessa situação de crise do Estado do bem-estar social, que um novo ideário, o neoliberalismo, concebido desde os anos 40, surgiu como uma proposta de política econômica centrada na constituição de um Estado mínimo (Anderson, 1995). Neste período, a implementação de políticas públicas tanto econômicas como sociais foram obstaculizadas em decorrência da crise fiscal do Estado capitalista que perdeu poder de financiamento de suas atividades, provocando conseqüências desastrosas ao mundo capitalista principalmente aos países pobres.

O liberal-produtivismo assumiu o controle da economia mundial ao longo da década de 80, porém, seus mecanismos de política econômica estabilizadora não surtiram efeitos positivos nos países cênicos do capitalismo, conseguiu no máximo um efeito retardador para a crise da economia capitalista, que ressurgiria logo depois, marcando a década de 80, como uma “década perdida”. Em relação aos países periféricos a miséria aumentava, sacramentando a existência de uma população indigente. A “década perdida”, foi realmente perdida para os seguimentos de classe oprimidos pelo capital.

Atualmente no Brasil, a proposta de Estado Mínimo defendida pelos Neoliberais brasileiros (autodenominados sociais-liberais, devido sua posição de centro-esquerda), torna-se problemática à medida que visa implementar uma política econômica de dilapidação do Estado brasileiro, entregando o controle da economia nacional aos monopólios internacionais, utilizando como subterfúgio o discurso ideológico da estabilização. Até o momento, não conseguimos ter efetivamente a dimensão dos efeitos negativos ou positivos (?) dessa política sobre a sociedade brasileira. A busca da “modernidade”, com o objetivo de inserir o país na chamada economia globalizada, tem provocado efeitos colaterais danosos para a economia nacional como: crescimento do número de falência de empresas; taxa de desemprego em torno de 6,2% - no Estado de São Paulo, principal centro industrial do país, no início do 2º semestre de 1996, segundo o Dieese, a taxa de desemprego chega a 13%,

correspondendo a cerca de 1.385 milhão de desempregados. Portanto, o preço a ser pago pela estabilização neoliberal começa a ser caro, pois torna-se mais intensiva a exploração da força de trabalho e se eleva o nível de concentração de renda.

2. Gastos com Saúde no Brasil.

O modelo de desenvolvimento econômico do país exclui a grande maioria da população do acesso às necessidades elementares como: saúde, educação, moradia, saneamento e alimentação. As desigualdades sociais podem ser melhor apresentadas se analisarmos a distribuição dos gastos na área social no país. No final da década de 80, precisamente o ano de 1986, foram destinados para o setor social US\$ 43.986,1 bilhões. Em 1993, esse valor cresceu para US\$ 54.938,2 bilhões, passando de 8,7% para 12,6% do PIB. Entretanto, estudos do Banco Mundial no ano de 1995 revelam que, os gastos sociais do governo federal tem se concentrado nas mãos da população mais rica: 20% dos mais ricos ficam com 21% dos recursos destinados ao setor social; enquanto, 20% dos mais pobres ficam com 15%.(Verbas Públicas... ,1996)

Os gastos com saúde no Brasil, em 1990, segundo Relatório do Banco Mundial de 1993, ficou em US\$ 132. Outros países em desenvolvimento como o Brasil, apresentavam os seguintes gastos per capita: Argentina, US\$ 138; Chile, US\$ 100. Bem, comparados a esses países podemos até admitir, que estamos em uma situação favorável. Errado ! Vejamos dados deste mesmo Relatório referente aos Países desenvolvidos, quanto ao gasto per capita com saúde: EUA, US\$ 2.763; Suíça US\$ 2.520. Canadá, US\$ 1.945; França, US\$ 1.869; Japão, US\$ 1.538. Perdemos até para países como Cingapura, Argélia e Portugal que possuem uma relação per capita, respectivamente, de US\$ 219, US\$ 166 e US\$ 383.

3. Os Indicadores Sociais da Saúde

A análise isolada de alguns indicadores sociais, tem demonstrado que o padrão de vida da população brasileira, nas décadas de 80 e 90, vem apresentado alterações positivas. Podemos tomar como exemplo a longevidade da população. Os dados coletados demonstram que esse indicador melhorou muito, em decorrência do processo de crescimento da economia brasileira, que se posiciona entre as dez maiores economias do mundo industrial capitalista. Vejamos como se comporta o indicador de expectativa de vida da população brasileira: nos anos 50 era de 45,9 anos e, em 1990, esta expectativa se elevou para 65,5 anos, distribuindo-se da seguinte maneira nas macrorregiões do país: *Norte: 67,35; Nordeste: 64,22; Sudeste: 67,53; Sul: 68,68; e, Centro Oeste: 67,80.* (IBGE, 1994). No entanto, apesar desse indicador ser propício, quando analisamos as grandes regiões brasileira, percebemos como as Regiões Norte e Nordeste apresentam outros indicadores sociais muito mais

desfavoráveis do que os indicadores existentes nas Regiões Sudeste e Sul, principais pólos industriais do país, para onde convergem os maiores investimentos no setor produtivo e de infra-estrutura urbana.

Se fizermos a comparação da expectativa de vida da população brasileira, com a que existe em países que fazem parte do grupo de países em desenvolvimento, conforme demonstra o Relatório do Banco Mundial de 1993, podemos obter uma melhor representação da situação brasileira. A Argentina possui uma expectativa de vida de 72 anos; Cingapura com 74 anos; Vietnã com 67 anos; e, Colômbia com 73 anos. Observe que, a população brasileira vive menos do que a população de países, que se encontram em estágio de desenvolvimento econômico semelhante ao nosso. Nossa situação piora ainda mais, se acrescentarmos, também, a expectativa de vida dos países do mundo desenvolvido como os Estado Unidos da América e o Canadá, que se encontra, respectivamente, em 76 e 77 anos. Vivemos 10 anos menos do que a população dos principais centros industriais do capitalismo.

Como podemos definir qualidade de vida numa realidade difícil como esta? Esse conceito tem como base a garantia das condições necessárias à sobrevivência do indivíduo no campo material, emocional, cultural, científico, ou seja, oferecer oportunidades para que todas as pessoas, consigam maximizar sua potencialidade.

O Estado do Pará, como membro da Federação, absorve parte das transformações econômicas e sociais que ocorrem a nível nacional e regional. O cenário sócio-econômico de nosso Estado, em comparação a situação dos Estados da Regiões desenvolvidas do país, demonstra desníveis profundos. O padrão de bem-estar dos Estado das Regiões Sudeste e Sul ocorrem, mesmo assim com as devidas reservas, somente nos principais centros urbanos do Estado.

Os dados ilustrativos apresentados anteriormente, servirão como parâmetros para a análise da situação da saúde pública no Estado do Pará. Não cabe aqui, estabelecermos um estudo completo sobre os programas implementados pelo Estado brasileiro na área de saúde. Basta assinalar, que ao longo da década de 90 novos programas foram introduzidos e outro aperfeiçoados, deixaremos para uma outra oportunidade o detalhamento desses programas. Nesse breve ensaio, nos comprometemos a apresentar um cenário da situação da morbi-mortalidade no Estado do Pará, recorrendo aos principais indicadores sociais da saúde - mortalidade geral, mortalidade infantil e morbidade. Dessa forma, conseguiremos abstrair o grau de eficiência e eficácia dos programas de saúde, ou seja, traçar um rápido panorama da intervenção estatal, através dos Órgãos de Saúde Pública, dirigidos ao combate das doenças endêmicas e epidêmicas.

No caso específico da morbidade utilizaremos a classificação definida pela SESPA - Secretaria de Estado de Saúde - dos quatro grande grupos de doenças: Doenças Preveníveis por Agentes Imunizantes (sarampo, coqueluche, difteria, tétano); Doenças Preveníveis por Controle de Vetores (malária, leishmaniose, raiva humana esquistossomose, febre amarela); Doenças Preveníveis por Atividade de Saneamento; e, Doenças Preveníveis por Acompanhamento e Tratamento (tuberculose, hanseníase, meningite).

4. As Estatísticas da Saúde no Estado do Pará.

4.1. Mortalidade Geral e Infantil.

As tendências da morbi-mortalidade no Estado do Pará vêm variando ao longo dos últimos anos, em algumas situações essas modificações são importantes, significando melhorias nas condições de vida da população, todavia, essa afirmação não pode ser considerada absoluta, porque na maioria das regiões de saúde do Estado os indicadores da morbi-mortalidade ainda são preocupantes, principalmente nas regiões de saúde compostas por municípios de baixo nível econômico e social (existem 13 regiões de saúde definidas pela SESPA, que englobam os 128 municípios paraenses).

Como ponto de referência da qualidade de vida da população podemos destacar, entre os indicadores da morbi-mortalidade, a mortalidade infantil. Esse coeficiente vem decrescendo ao longo da década de 90. Em 1986, no Estado do Pará, tínhamos um coeficiente de 52,2 por 1.000 nascidos vivos. Em 1990, correspondia a 40,9. No ano de 1994 esse coeficiente caiu para 28,1. Portanto, observamos um grau de melhoria nos indicadores da mortalidade infantil. Porém, esses números são questionados quanto a qualidade da informação quando comparados a estudos de organizações que atuam na área da infância e adolescência e de Instituições de pesquisa.

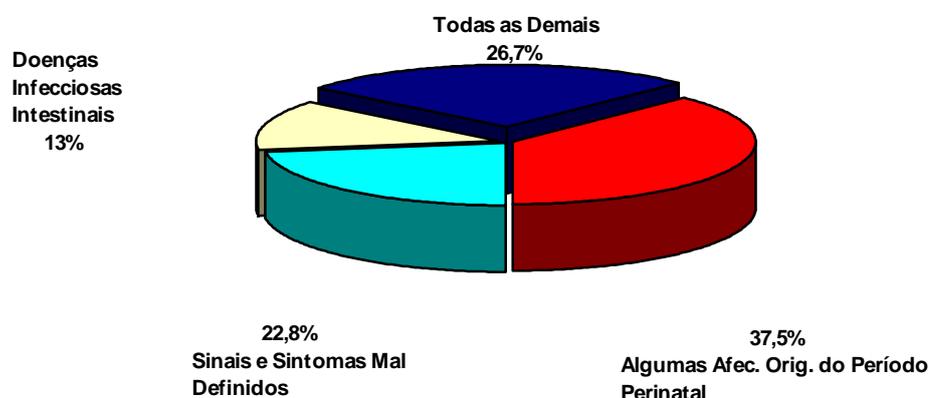
Um estudo realizado pelo UNICEF/IBGE - O perfil estatístico de crianças e mães no Brasil - em 1989, é apresentado com mais minúcia o indicador de mortalidade infantil no Brasil. Os indicadores de mortalidade infantil, distribuíam-se, em 1980, da seguinte maneira: *Brasil: 69,70; Norte: 62,80; Nordeste: 106,80; Sudeste: 47,40; Sul: 43,70; e, Centro Oeste: 47,90*. Em 1990, esses números se alteram da seguinte forma: *Brasil: 49,70; Norte: 53,20; Nordeste: 88,20; Sudeste: 30,0; Sul: 43,70; e Centro Oeste: 47,90*.(Perfil estatístico... 1989).

Percebemos que, há realmente uma queda nos indicadores da mortalidade infantil a nível nacional, sendo, também, verificada essa mesma tendência no Estado do Pará. Entretanto, um outro estudo do IBGE/UNICEF - Municípios brasileiros: crianças e suas condições de sobrevivência - demonstra que: apesar do coeficiente de mortalidade infantil do Estado do Pará fornecido pela SESPA, em 1994, ser de 28,1, apresentamos precariedade na qualidade de vida das crianças de 0 a 6 anos. A metodologia utilizada pelo IBGE/UNICEF, classificou da seguinte maneira os 93 municípios paraenses pesquisados: 48 municípios foram considerados de pior condição de vida - 51,6% do total de municípios - com uma população na referida faixa etária de 298,6 mil crianças, 33% da população nessa faixa; 40 municípios em condições média, - 43,0% do total - com 377,8 mil crianças, 41,7% da população de crianças de 0 a 6 anos; e, somente 5 municípios (Almeirim, Ananindeua, Belém, Barcarena e Salinópolis) foram considerados em melhores condições de vida - representando 6,4% dos municípios do Estado - possuindo 226,8 mil crianças na faixa de 0 a 6 anos (Municípios brasileiros..., 1994).

Os dados sócio-econômico sobre os municípios paraense são reveladores, no momento em que, colocam em questionamento as informações relativa a mortalidade infantil fornecida pela SESPA. Além disso, podemos ilustrar melhor a questão da mortalidade infantil a partir da observação de alguns dados internacionais fornecidos pelo BIRD no Relatório de 1993. No ano de 1991, foram os seguintes os coeficientes de mortalidade infantil de países como: Zimbabue, 48,0; Colômbia, 23,0; Chile, 17,0; Uruguai, 21,0; Bulgária 6,0; EUA, 9,0; Canadá, 7,0. Neste mesmo período, em cada 1000 crianças que nasciam no Brasil, 58 morriam nos primeiros anos de vida.

O Gráfico 01 contribui de maneira significativa como forma de ilustrar a contravertida questão da mortalidade infantil no Estado do Pará. Entre os principais tipos de causa de óbitos em menores de 1 ano, em 1993, destacam-se: algumas afecções originárias do período perinatal; sinais e sintomas e afecções mal definidas; e, doenças infecciosas intestinais. O primeiro tipo, corresponde a 37,5% demonstrando a debilidade do atendimento aos recém-nascidos. O segundo tipo, apresenta um percentual de 22,8%, sendo que, os sinais e sintomas e afecções mal definidas significam falha na assistência à saúde e na qualidade da informação sobre mortalidade. Em relação ao terceiro tipo, a inexistência de saneamento básico na maioria dos municípios paraenses, provoca uma participação com um percentual de 13% das doenças infecciosas e intestinais.

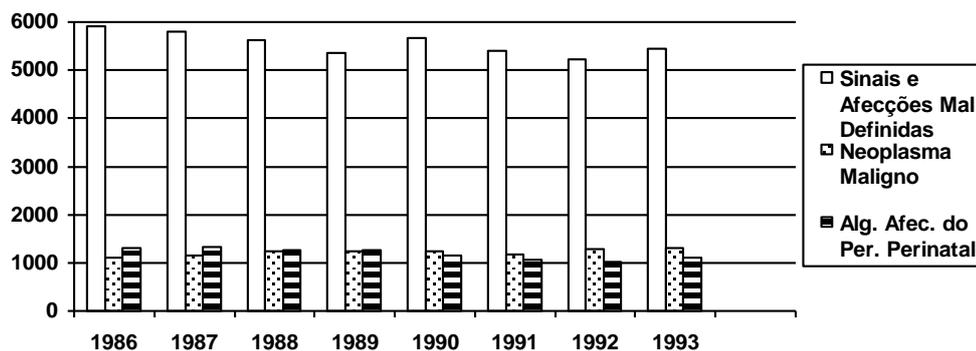
Gráfico 01: Percentual das Principais Causas de Óbito em Menores de 1 Ano no Estado do Pará - 1993



Fonte: SESP/NIS

No Gráfico 02, apresentamos um outro elemento que merece destaque na análise a respeito da mortalidade, são os principais tipos de óbitos gerais, classificados da seguinte maneira: sinais e sintomas por afecções mal definidas; neoplasma maligno; e, algumas afecções originárias do período perinatal. Primeiramente, analisaremos os sinais e sintomas por afecções mal definidas, vemos que, esse tipo de óbito praticamente se mantém constante, assumindo relevância como a principal causa de óbito em nosso Estado, influenciando, como já foi enfatizado anteriormente, na qualidade da informação relativa a mortalidade infantil e geral, além de caracterizar a insuficiência do atendimento assistencial de saúde. Nos municípios em que essa assistência é melhor, como é o caso do municípios de Belém, o percentual de sintomas e afecções mal definidas é baixo, cerca de 6,6%. Entretanto, os municípios com baixa quantidade de leitos e médicos, possuem percentuais elevados, como é caso de Castanhal com 42,% e Breves com 67,6%. Em 1992, possuíamos no Brasil uma relação de 1,46 médicos por cada 1000 habitantes, países como Argentina, Armênia, Casaquistão, apresentavam respectivamente 2,99, 4,28, e 4,12. (Relatório Banco Mundial, 1993).

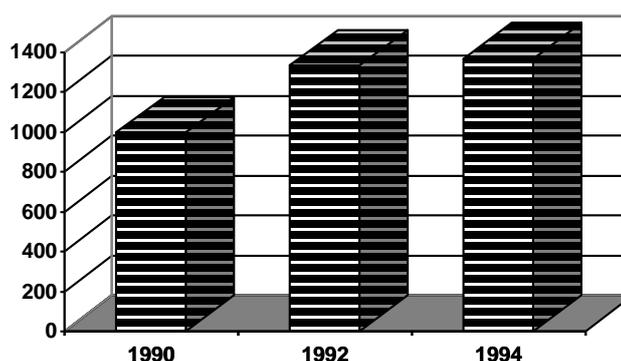
Gráfico 02: Principais Causa De Óbitos Gerais - Estado Do Pará - 1993



Fonte: GT de Análise Estatística NIS/SESPA

Apesar do crescimento da estrutura de atendimento ambulatorial e hospitalar na ordem de 106,9%, entre 1992 e 1994, como é demonstrado no Gráfico 03, em nosso Estado, cerca de 51% dos municípios não possuem leitos para atendimento hospitalar (Boletim Estatístico do IDESP, 1996). Basicamente, o crescimento no número de estabelecimento de saúde está centrado no município de Belém que continua recebendo grande quantidade de enfermos que se deslocam do interior do Estado em busca de atendimento. A maioria dessa população enferma, devido a quantidade residual de leitos oferecidos pelo setor público e privado conveniado ao SUS, acaba se concentrando no maior Hospital de Urgência e Emergência da capital, o Pronto Socorro Municipal de Belém, criando uma situação de caos no atendimento hospitalar dessa Unidade.

Gráfico 03: Número de Estabelecimento de Saúde no Estado do Pará - 1994



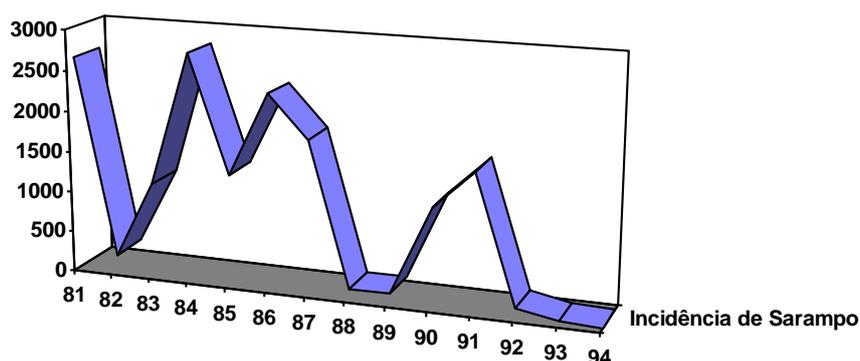
Fonte: IBGE, SESP A e IDESP

4.2. Morbidade

As transformações observadas no padrão da morbidade, são bem mais diferenciadas das apresentadas pela mortalidade. Veremos como se comporta a incidência de doenças no Estado do Pará, segundo a metodologia, já mencionada, usada pela SESP A. Lembrando que não iremos contemplar a

totalidade das doenças identificadas pela SESPA, nos deteremos nas principais doenças, seguindo um critério que objetiva apresentar um quadro qualitativo e quantitativo do grau de incidência de determinadas doenças no Estado do Pará. O sucesso das campanhas de vacinação no Estado do Pará conseguiram resultados satisfatórios, principalmente ao longo da década de 90. O declínio nos coeficientes de incidências das Doenças Preveníveis por Agentes Imunizantes, observados no Gráfico 04, revelam que a ação organizada do setor público através da promoção da educação em saúde, conseguiu conscientizar a população da importância da imunização na prevenção de doenças infecto-contagiosas, próprias da infância. O baixo custo e o domínio da tecnologia de produção de vacinas, possibilitou o aumento na quantidade de doses distribuídas. No Estado do Pará foram distribuídas, em 1980, 38.038 doses de vacinas anti-sarampo. O número de doses desse tipo de vacina cresceu, para 141.800 doses no ano de 1990 e 160.825 doses no ano de 1991. O mesmo crescimento ocorreu com a vacina tríplice que passou de 16.524 doses, em 1980, para 87.498, em 1990 e 124.036, em 1992. (IBGE, 1994).

Gráfico 04: Incidência de Sarampo no Estado do Pará - 1981/1994



Fonte: SESPA

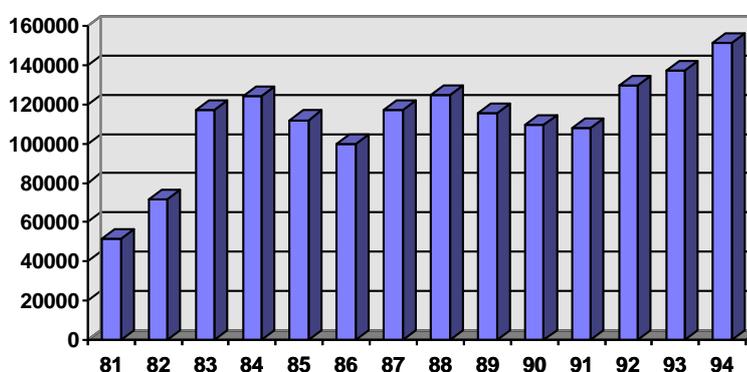
Em relação as Doenças Preveníveis por Controle de Vetores, a ocupação territorial desenfreada realizada na região Amazônica provoca o surgimento de novos aglomerados populacionais no interior da floresta equatorial. Esse fator tem contribuído decisivamente na elevação da incidência das doenças desse grupo, pois ao realizar ações depredatórias como o desmatamento da floresta nativa, o homem acaba gerando desequilíbrio ao habitat natural da região.

As doenças desse grupo estão relacionadas a fatores sócio-econômicos dentre os quais podemos destacar: condições sanitárias precárias; baixo nível educacional - na Região Norte chega a 33% e no Estado do Pará a 33,96% a taxa de analfabetismo (Rio tem mais...,1995); e, as dificuldades de implantação de uma base econômica, capaz de garantir a reprodução material dos indivíduos envolvidos com os novos povoamentos. A malária e a leishmaniose são as doenças desse grupo que

mais se destacam em nosso Estado. A ocorrência dessas duas doenças tem aumentado ao longo da década de 90.

No Gráfico 05, está demonstrado, que há um crescente número de notificações de casos de malária no Estado do Pará. Os municípios do Estado com maior incidência de malária, em 1994, foram: Marabá com 16.462, Itaituba com 14.426, e Altamira com 10.272. Em alguns municípios que apresentam número menor de incidência, ocorre uma relação interessante, porém alarmante e perversa, entre o número de casos e a população do municípios: Cumaru do Norte com uma população de 6.554 habitantes, apresentou 6.590 casos de malária; e, Novo Progresso com 6.529 habitantes registrou 4.865 casos (Boletim Estatístico do IDESP, 1996).

Gráfico 05: Incidência de Malária no Estado do Pará - 1981/1994



Fonte: SESPA

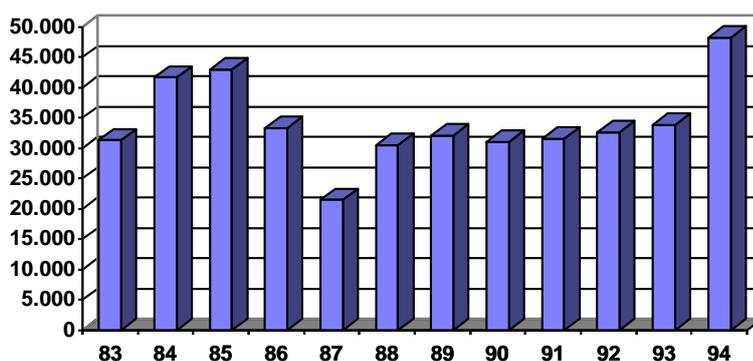
Uma outra questão observada é o crescimento dos coeficientes de incidência de malária nos municípios que representam os principais centros urbanos do Estado (Belém e Ananindeua), portanto, além do fator zoológico da região, há um outro elemento que contribui para a escalada positiva dos coeficientes de malária no Estado do Pará, é o aspecto sanitário. A baixa existência de fossas sépticas e o grande número de esgoto a céu aberto, mantêm o surgimento de focos da doença.

Segundo o Relatório do Banco Mundial de 1993, a estimativa do impacto de doenças provocadas pela precariedade do ambiente doméstico - falta de saneamento básico, poluição - seria da seguinte ordem: Tuberculose 46 milhões de pessoas infectadas; Doenças Diarréicas, 99 milhões de casos; Doenças Tropicais, 8 milhões; Leishmaniose, 18 milhões; Doenças Respiratórias, 119 milhões; e, Doenças Respiratórias Crônicas, 41 milhões.

Na Região Norte cerca de 73,5% dos municípios destinam o lixo domiciliar em vazadouros a céu aberto (Andrade, 1992). Somente 2% da população é servida por esgoto sanitário, sendo os seguintes os percentuais das demais regiões do país: Nordeste, 7%; Centro Oeste, 26%; Sudeste, 53%; e, Sul, 14% (Vinagre, 1992). Infelizmente, a maioria dos municípios paraenses não são dotados de sistemas de tratamento de água - 28,83% do total de 1.601.952 domicílios do Estado do Pará não são ligados ao

sistema de abastecimento de água (Boletim Estatístico do IDESP, 1996) -, esgoto, arrecadação de lixo, possibilitando a crescimento no número de Doenças Preveníveis por Atividade de Saneamento. A ação governamental para investimento no setor não tem sido constante. Segundo, estudos da COSANPA, era previsto para o investimento em abastecimento e saneamento no Estado do Pará, em 1991, cerca de US\$ 48.664.442. O volume de capital necessário para o biênio 92/95 capaz de ampliar o abastecimento de água e promover crescimento do sistema de saneamento seria na ordem de US\$ 878.467.308 (Vinagre, 1992). O Gráfico 06 apresenta um quadro desfavorável, as morbidades Preveníveis por Atividade de Saneamento como a Diarréia vem crescendo. O municípios de maior incidência são: Belém, com 16.904 casos representando um coeficiente de 147,2 por cada 100.000 habitantes; Ananindeua, o número de casos registrados foram de 2.424, coeficiente de 90,5; São Miguel do Guamá com 1.776 casos, coeficiente de 517,09; Portel com 1.417, coeficiente de 462,0; e Salinópolis 1.329 casos e um coeficiente de 544,1 (Boletim Estatístico do IDESP, 1996).

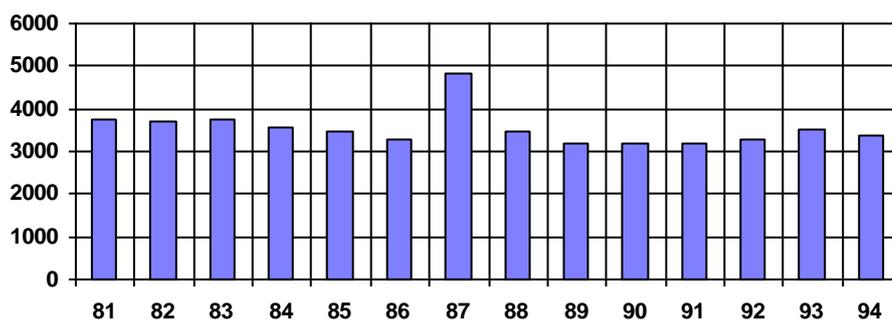
Gráfico 06: Incidência de Diarréia no Estado do Pará- 1983/1994



Fonte: SESP

O último grupo de doenças são as Doenças Preveníveis por Tratamento e Acompanhamento, por serem doenças degenerativas, exigem tratamento especializado, normalmente em hospitais de referência. No caso da tuberculose, alguns problemas têm ocorrido em relação ao tratamento e acompanhamento dessa doença, como a não utilização dos medicamentos necessários pelos pacientes de maneira correta, porque na maioria das vezes, os mecanismo de acompanhamento dos órgãos responsáveis não é eficiente. No Estado do Pará temos o Hospital Barros Barreto que atende a maioria das pessoas infectadas pelo bacilo da tuberculose, vemos no Gráfico 07, qual tem sido o comportamento dessa doenças na década de 80 e 90. Os municípios com maior incidência, em 1994, foram: Belém com 1738 caso; Santarém com 179; e, Marabá com 114. (Boletim Estatístico do IDESP, 1996).

Gráfico 07: Incidência de Tuberculose no Estado Pará - 1981/1994

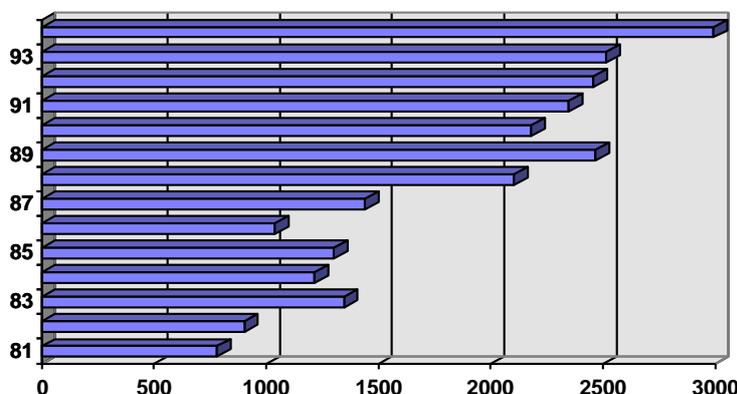


Fonte: SESPA

Quanto a hanseníase, que apresentamos no Gráfico 08, seu crescimento é alarmante, pois, além da característica degenerativa, existe a discriminação social que recai sobre os indivíduos que contraem essa doença - marcada como uma doença da pobreza. Na tentativa de amenizar a segregação social sobre os hansenianos, foi imposta mudança de nomenclatura da doença, que não pode mais ser denominada de **lepra** pelos Órgão de saúde pública, no entanto, a simples mudança de nome não conseguiu diminuir a discriminação social e nem erradicar a doença.

A discriminação social tem influenciado decisivamente na eficácia dos programas de tratamento do mal de Hansem, porque os indivíduos com sintomas da doença não se apresentam para o exame preventivo nas unidades de saúde, e aqueles que já possuem o diagnóstico positivo, não mantêm de maneira regular o tratamento. No Estado do Pará, em 1994, dentre os municípios com maior número de casos registrados, encontra-se Belém com 1738 casos, sendo que a capital do Estado do Pará, já se posicionou no ano de 1993, como a capital com o maior número de caso de hanseníase no Brasil. Santarém com 179 casos e Marabá com 114, também se destacam. No caso de Marabá, segundo notícias vinculadas recentemente na imprensa local, vem ocorrendo um crescimento no número de casos da doenças no ano de 1996 nesse município, preocupando os Órgão de Saúde Pública do Estado

Gráfico 08: Incidência de Hanseníase no Estado do Pará - 1981/1994



Fonte: SESPÁ

O quadro da morbi-mortalidade apresentado, ao longo deste artigo, demonstrou os problemas relacionados à saúde no Estado do Pará. O conjunto das doenças apresentadas, subdividas nas doenças com maior grau de incidência, vêm se manifestando de maneira permanente, principalmente aquelas que se proliferam devido a precariedade ou ausência de saneamento básico - doenças da pobreza. Isso foi exemplificado pelo elevado coeficiente de doenças Diarréicas existentes em nosso Estado. As condições sócio-econômicas e a localização territorial de cada região de saúde determinam o grau de qualidade de vida da população residente. Os contingentes populacionais residentes em área de densa floresta ou em áreas ribeirinhas têm se caracterizado como os mais atingidas por tipos de doenças específicas, além de serem aqueles que possuem as piores condições de sobrevivência. Urge a ação de políticas públicas eficiente e eficazes no setor saúde, que objetive não somente soluções paliativas, mas resolução da crise do setor, proporcionando melhoria real na qualidade de vida da população do Estado do Pará.

Referências

- ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. In: Org. Emir Sader e Pablo Gentili. **Pós-Neoliberalismo - as políticas sociais e o Estado democrático**. São Paulo: Paz e Terra, 1995. p. 9-23.
- ANDRADE, Francisvaldo Monteiro. **Gestão municipal e políticas públicas**. São Paulo: Ed. Abril, 1992. p. 179-186.
- BANCO MUNDIAL. Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993 - Investindo em Saúde. São Paulo: FGV, 1993. pp 214-215; 306-307.
- BOLETIM ESTATÍSTICO DO INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO-SOCIAL DO ESTADO DO PARÁ, Belém, v. 2, n. 1, p. 17-24, 149, 61-72, 73-80. jan/jun. 1996.
- BRASIL século XXI: a agonia das verbas sociais. **Conjuntura Econômica - FGV**. v. 50, n.4, abr. 1996. p. 34-35. Indicadores Sociais.
- CONTRASTE regional marca saúde do país. **Folha de São Paulo**. 12 de maio de 1996, p. 9. Caderno Brasil.
- IBGE. **Anuário Estatístico**. Rio de Janeiro, 1994. p. 2-13/2-14.
- _____. **Estatística da saúde** - assistência médico-sanitária-1990. Rio de Janeiro. 1990. v. 15. 122 p.
- _____. **Estatística da saúde** - assistência médico-sanitária-1992. Rio de Janeiro,
- O'CONNOR, James. **USA: a crise do Estado capitalista**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. p. 165-174.
- PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde **Estatística da saúde**: doenças preveníveis por agentes imunizantes; doença preveníveis por tratamento e acompanhamento; doenças preveníveis por atividade de saneamento; e doenças preveníveis por controle de vetores - 1981 a 1994. Belém: SESPANIS, 1994.
- PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde. **Estatística da saúde**: indicadores de natalidade e mortalidade do Estado do Pará - 1986 a 1993. Belém: SESPANIS, 1994.
- RIO tem mais mulheres na chefia de famílias. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 25 dez. 1995. Caderno Brasil.
- SOUZA, Armando Lirio de. **Saúde no Estado do Pará: considerações gerais acerca da gestão de políticas públicas para o setor**. Monografia de Conclusão do Curso de Economia da UFP^a, 1996.
- VERBAS públicas ficam com hospitais privados. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 1996. Caderno Brasil.
- VINAGRE, Marcos Valério de Albuquerque. **Anais SIMDAAMAZÔNIA**, 1992. Governo do Estado do Pará. pp 6-15
- VIOTTI, Eduardo Baumgratz. **A economia e o Estado capitalista**. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.