

## ASPECTOS ATUAIS DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL \*

LUIZ CARLOS ESPERON \*\*

### RESUMO

“Saúde para Todos no ano 2.000 é uma proposta enfatizada pela OMS”. Entretanto, fruto dos desajustes sócio-econômicos existentes no país, vemos com pessimismo a situação da saúde materno-infantil da população brasileira à medida que nos aproximamos do fim do século. A migração do homem do campo, especialmente para as cidades industrializadas, no afã de alcançar uma melhor socialização, tem apenas conseguido multiplicar os problemas urbanos. Parece-nos desnecessária uma análise mais profunda das causas ou dos eventuais responsáveis pela situação aflitiva por que passa a saúde materno-infantil da população brasileira. Inclusive, por serem aspectos sobejamente identificados. Faz-se mister, indiscutivelmente, uma decisão político-governamental, capaz de disciplinar o emprego dos recursos orçamentários disponíveis, de acordo com as prioridades existentes. O UNICEF em sua proposta de “Revolução em Prol da Saúde Infantil” consagra a importância da Medicina Comunitária, defende o desenvolvimento de todos os segmentos da sociedade (governo, universidade, igreja, centros espíritas e outros cultos, clubes de serviço, órgãos de comunicação) nesta tarefa e objetiva como metas precípuas da “Revolução”: o estímulo ao aleitamento materno, o controle da diarreia pelo soro “OMS”, a avaliação periódica do peso das crianças e o incremento dos programas de imunizações.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde materno-infantil, morbidade e mortalidade infantil, saúde para todos no ano 2.000.

### ABSTRACT

“Health for Everybody is a proposition by OMS in the year two thousand”. However due to social and economical disagreements of our Country, we observe with pessimism the mother and children health situation of Brazilian population as we get close to the end of the century. The migration of the country man especially to industrialized cities for a better socialization has only multiplied the urban problems. It is not necessary a deep analysis of the causes or the responsible for the worried

\* Palestra proferida na II Semana Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Rio Grande.

\*\* Médico pediatra — FURG.

situation of the mother and children health in our Country. It is necessary a political governmental decision to make the monetary resources available according to the priorities. The purpose of UNICEF is "Revolution to the Children Health" and it devotes great importance to the Comunitary Medicine defending the COMUNITARY MEDICINE defending the involvement of all parts of society (government, university, church, spiritualist centers and others religions service clubs, communication organs). The main objectives of the "Revolution" are: the stimulus to the suckling, the control of the diarrhea by OMS sorus, the periodical evaluation of the children weight and the increment of the immunization programs.

A situação da saúde materno-infantil apresenta-se caótica na atual conjuntura sócio-econômica em que vivemos. Esta situação agrava-se mais ao contemplarmos a proposta da OMS de "Saúde para Todos no Ano 2.000" e sentirmos que, cada vez mais, se encurta o espaço de tempo que nos separa do fim do século!

Parece-nos desnecessário discutirmos as razões desta situação caótica ou fundamentarmos o seu diagnóstico à luz dos documentos e dados epidemiológicos disponíveis. Indiscutivelmente, o diagnóstico da situação adversa enfrentada pela população materno-infantil brasileira encontra-se delineada. Já em 1.965, Fábian Ricalde<sup>4</sup>, "expert" da FAO, em conferência pronunciada no Rio de Janeiro alertava para os riscos que os países do Terceiro Mundo correriam pela desatenção com o homem do campo. Que mais cedo ou mais tarde, a corrente migratória do rurícola especialmente dirigida para os polos industriais terminaria por explodir as cidades. Em última análise, a DESNUTRIÇÃO PROTÉICO-CALÓRICA MATERNO-INFANTIL seria o corolário da "FALTA DE NUTRIENTES" somada à "FALTA DE LAR".

Particularmente, a saúde materno-infantil brasileira compromete-se por aspectos como:

- 1) mais de 70% da população do país é constituída por crianças, adolescentes e mulheres jovens;
- 2) um coeficiente elevado de natalidade em torno de 3%, enquanto nos países industrializados encontra-se entre 0,0 a 0,6%;
- 3) uma morbi-mortalidade infantil elevada, onde em certas regiões é igual ou superior a 100 óbitos para cada mil crianças menores de 1 ano, a par da elevada mortalidade materna.

No Norte-Nordeste brasileiro, quer na seca, quer nas épocas das chuvas, o extermínio causado pela mortalidade infantil assemelha-se aos efeitos de uma bomba atômica que explodisse a cada 10 meses. Conhecidos tão bem os aspectos diagnósticos desta calamidade, parece-nos mais oportuno a proposta de uma verdadeira "Revolução em prol da saúde materno-infantil"<sup>6</sup>.

Não será nosso mister, apontarmos os responsáveis por esta calamitosa situação, pois como afirmava o grande escritor inglês Bernard Shaw, aos 20 anos considerava-se um "incendiário" e aos 40 tornara-se um "bombeiro"!

Entre o fosso da taxa de mortalidade de 20 ou menos óbitos nos países industrializados e os mais de 100 óbitos para cada mil crianças de menos de 1 ano nos países em desenvolvimento, morrem no Brasil, 1.000 crianças menores de 5 anos por dia<sup>5</sup>.

Sabemos ainda que as causas destas mortes em período tão precoce da vida não ocorrem por patologias exóticas e dependentes de tratamentos sofisticados.

Cabral de Mello Neto<sup>1</sup> referindo-se à mortalidade infantil das crianças nordestinas escreveu: "Somos muitos Severinos; iguais em tudo na vida: na mesma cabeça grande, que a custo é que se equilibra, no mesmo ventre crescido sobre as pernas finas, e iguais também porque o sangue que usamos tem pouca tinta. E se somos Severinos iguais em tudo na vida, morremos de morte igual, mesma morte severina: que é a morte de que se morre de velhice antes dos trinta, de emboscada antes dos vinte, de fome um pouco por dia (de fraqueza e de doença) é que a morte severina ataca em qualquer idade, e até gente não nascida".

Os óbitos ocorrem pela repetição anual das mesmas causas: a diarreia (a maior "assassina" das crianças), as enfermidades infecciosas passíveis de serem prevenidas pelas imunizações, como o sarampo e as infecções respiratórias agudas. Acrescentam-se às que morrem, aquelas que alcançando como uma "moratória" quanto à sobrevivência, as quais somam milhões, vegetam no dia-a-dia como desnutridas e deficientes.

A criança começa a ser agredida muito cedo. Antes mesmo de nascer, como "feto carente", chega ao mundo como desnutrido intra-uterino, com baixo peso de nascimento, somando em certas maternidades 30% de todos os nascimentos. No país, 10 a 15 das crianças nascidas com baixo peso totalizam 30 a 40% dos óbitos durante o 1.º ano de vida, ou seja, são 3 vezes mais suscetíveis a morrer; nascem iniciando um caminho curto que culminará com sua morte. Estes recém-nascidos entre nós, quase sempre a termo, são desnutridos intra-uterinos (às vezes, um útero adolescente, ainda dentro das nossas responsabilidades, pediatras que somos). Assim, uma agressão importante se faz notar: a carência protéico-calórica durante a gestação que poderia ser reduzida suplementando-se caloricamente a alimentação da gestante, em especial durante o último trimestre da gravidez, o que já seria responsável pela redução da incidência de recém-nascidos de baixo peso em 30 a 50% (500 calorias e 10g de proteínas/dia). Quando falamos em úteros carentes devemos lembrar as mamas carentes, cuja suplementação alimentar materna durante a lactação poderia assegurar o aleitamento materno pelo menos até o 6.º mês de vida.

Que úteros podemos chamar de carentes? Os das gestantes com menos de 90% do peso normal ao iniciar-se a gravidez ou das desnutridas com circunferência braquial inferior a 23,5cm; que não ganham no último trimestre da gravidez 1,5kg por mês; os das grávidas com menos de 18 ou mais de 35 anos; os das que procriam com intervalos menores de 2 anos, os das quadrigestas, os das anêmicas e os das que já tenham tido (e talvez perdido) um filho de baixo peso.

Analisando-se as taxas de mortalidade materno-infantil e as suas causas em países como a Inglaterra e os Estados Unidos da América do Norte, entre os anos de 1.900 a 1.930 constatamos a sua semelhança com a nossa situação atual. Observamos mais, que durante os cinqüenta anos subseqüentes, as taxas de

mortalidade infantil, no mundo industrializado, diminuíram muito mais do que poderíamos esperar.

Por todo o mundo industrializado, a mola-mestra deste grande impulso foi a melhoria no padrão de vida da população, através da alimentação, saneamento básico, distribuição de água, habitação, educação e distribuição da renda.

Embora o incremento dos serviços de saúde materno-infantil tenha-se comportado como importante fator, a tecnologia e os serviços médicos desempenharam um papel apenas secundário.

Desde que os recursos orçamentários disponíveis nos países em desenvolvimento não têm condições de se expandirem de acordo com as necessidades assistenciais da população, até o fim do século, principalmente em épocas de crise econômica e social, enfrentando os problemas das dívidas interna e externa, do desemprego, da má distribuição da renda, da recessão e da pressão exercida pelos grandes cartéis internacionais sobre a economia do Terceiro Mundo, resta a esses países criarem o seu próprio modelo capaz de minimizar os seus problemas de saúde. Investindo os recursos orçamentários disponíveis no povo e por uma decisão política governamental atendendo as prioridades da população.

Faz-se mister, destacarmos que a melhoria do padrão de saúde materno-infantil não é uma decorrência limitada pela riqueza do país e pelo Produto Nacional Bruto anual "per capita".

Exemplos existem em diversos países do Terceiro Mundo, onde o PNB inferior a US\$ 500, como em Sri Lanka, a Taxa de Mortalidade Infantil é de 43:1.000 recém-nascidos vivos. Enquanto na Arábia Saudita, com um PNB de US\$ 12.600, a mortalidade infantil é de 111:1.000<sup>6</sup>!

Resultados semelhantes nos cuidados com a saúde materno-infantil só poderão ser alcançados no atual estágio da economia do país, com uma reformulação da medicina tradicional. Somada à reformulação dos currículos de medicina e de enfermagem, adequando-se à atual conjuntura sócio-econômica.

A medicina tradicional direcionou toda a sua atividade aos cuidados assistenciais do indivíduo enfermo.

A doença é a grande estrela de uma constelação decadente onde o médico — procurando assegurar o seu prestígio social — deixa-se ficar no hospital, como se estivesse preso numa fortaleza, preocupado unicamente em manusear aparelhos complicados, diagnosticando enfermidades raras e elaborando esquemas terapêuticos complicados.

Absorvido nessa tarefa diária, como que fica alienado do meio que o cerca e esquece-se de avaliar que o caso raro diagnosticado ou o hipertenso com várias internações é um ser humano! Que a par da sua biologia é um ser social, e nesta circunstância, submetido às agressões do seu meio. Pode ser um hipertenso descompensado, não por um fenômeno biológico isolado, mas jogado nesta situação pela falta de emprego, pela ausência de segurança, ou por um desajuste familiar.

Com esta observação, rompe-se o fascínio da medicina tradicional, a doença deixa de ser apenas um fenômeno biológico, o enfermo um número do prontuário, transformando-se num fenômeno mais abrangente, que se modifica com a raça, a região e, inclusive, com a situação social e econômica dos povos.

A conjuntura sócio-econômica como que controla as taxas de mortalidade infantil nos países. Nos Estados Unidos da América do Norte, as vacinas eficazes como a do sarampo somente tornaram-se amplamente disponíveis depois que as mortes causadas por esta enfermidade haviam sido reduzidas quase a zero, pelas melhores condições de vida.

As epidemias que têm assolado a humanidade nos últimos anos têm tido a sua origem na conjuntura sócio-econômica adversa, controlada pelos grandes cartéis internacionais que, ou presidem o desencadeamento dos conflitos entre os povos com o interesse no comércio de armas (os países ricos gastam em 4 horas com os seus programas de defesa o equivalente ao orçamento anual do UNICEF) ou comandam o consumo nos países do Terceiro Mundo de medicamentos desnecessários ou em desuso nos países industrializados.

A epidemia de meningite meningocócica que assolou o mundo no início da década de 1970, originou-se não pelo surgimento de uma nova cepa do meningococo, mas pelo abandono das medidas de controle dos focos de infecção existentes no norte da África, após a retirada das tropas francesas dos países africanos que haviam conquistado a sua independência. Do norte da África, a infecção foi levada ao sul da Europa, pela corrente migratória de marroquinos e sudaneses em busca de emprego e daí propagou-se aos mais diversos países do mundo, inclusive o Brasil.

Quanto ao consumo de medicamentos em desuso nos países industrializados que os grandes laboratórios internacionais impõem, de todas as maneiras, aos países do Terceiro Mundo, os médicos da nossa geração ainda lembram as campanhas de "marketing" em prol do uso da atebrina e seus derivados, cujos fabulosos estoques não foram consumidos durante a Segunda Guerra Mundial, nas áreas em que havia malária, no tratamento da artrite reumatóide ou da procaína como rejuvenescedor! Esgotados os estoques, não se falou mais em tais fármacos, aos quais se atribuíam efeitos miraculantes.

Se a atual situação da saúde materno-infantil no Brasil é difícil, a par da impossibilidade de conseguirmos recursos orçamentários compatíveis com as necessidades assistenciais, a "Revolução em Prol da Criança" deve merecer uma decisão política e social do governo no sentido de investir os recursos disponíveis no **homem**, através de programas de saúde prioritários e de baixo custo. Indiscutivelmente, os investimentos globais em grandes programas institucionais de governo como alavanca de progresso social não têm correspondido às expectativas criadas e, principalmente, pelas desilusões e frustrações em seu bojo, têm contribuído para o deterioramento da condição humana da atual geração e, inclusive, colocando em risco o porvir das futuras.

Concretizada como prioridade governamental o investimento no homem, parece-nos uma medida indissociável na busca da saúde materno-infantil, desmistificarmos a secular prática da medicina tradicional e o seu modelo de ensino médico. Quanto à medicina tradicional, priorizarmos e reforçarmos a rede de ambulatórios periféricos destinados aos cuidados primários de saúde.

Com estes objetivos diversos programas implantados em países do Terceiro Mundo, como o de Morley<sup>2</sup>, na Nigéria, têm demonstrado a sua influência na queda da mortalidade materno-infantil e comprovado que a eficácia dos

programas de saúde varia na razão direta da sua proximidade dos cinturões de miséria. Aos hospitais deverá ser destinada uma função de retaguarda, inclusive não lhes destinando exclusivamente uma função de cuidados com o indivíduo que pela doença perdeu o seu estado de "bem-estar físico, mental e social", mas de acordo com os objetivos atuais dos programas de saúde, transformá-los em locais onde se possa transmitir ao enfermo e/ou familiares, conhecimentos básicos de saúde que os capacitem na readaptação ao seu meio ambiente após a alta hospitalar.

Quanto ao ensino médico é indispensável a compatibilização dos currículos universitários à realidade enfrentada pela saúde da população e às expectativas da comunidade dos discentes, integrando-os de maneira objetiva através de programas de "ensino-assistência".

Se propomos uma "Revolução em Prol da Criança", não podemos esquecer a proposta do UNICEF que visa de maneira inteligente a minimizar as 1.000 mortes por dia de crianças brasileiras.

Estatisticamente, as nossas crianças morrem a cada minuto e a cada hora, entre outras causas pelas enfermidades infecciosas passíveis de serem prevenidas pelas vacinas disponíveis na rede ambulatorial. Nada mais lógico do que o incentivo às campanhas de imunizações preferenciais contra a PARALISIA INFANTIL, COQUELUCHE, TÉTANO, DIFTERIA, SARAMPO E TUBERCULOSE no primeiro ano de vida. Não esqueçamos de estender a vacinação antitetânica à mulher gestante, por ventura não imunizada, com a finalidade de prevenção do tétano néo-natal, especialmente na zona rural e que no mundo pobre concorre com 800.000 óbitos de recém-nascidos todos os anos.

Um alerta fazemos em relação à vacinação da tuberculose pelo BCG intradérmico no Rio Grande do Sul. Julgamos da maior importância social, em estreita relação com a segurança da população infantil gaúcha, que se inicie com urgência em nosso Estado, a imunização de todos os recém-nascidos contra a tuberculose!

À medida que os bolsões da "miséria-desnutrição" avolumam-se presenciemos como pediatras o recrudescimento da tuberculose-infecção e tuberculose-doença, em nossas populações de baixa renda.

Nos últimos meses, o UNICEF vem estimulando essa prática em todos os países do Terceiro Mundo, através do seu "Programa Ampliado de Imunizações" (PAI), o qual conta com o apoio do "Rotary Club International".

O custo para o Estado de US\$ 5,00 por criança imunizada repercutirá decisivamente no controle dos 3.500.000 óbitos de crianças menores de 5 anos de idade, vítimas daquelas enfermidades, a par das que não sucumbindo à doença sobrevivem ou deficientes ou desnutridas.

Quanto à diarreia, a "maior assassina" da criança no Terceiro Mundo e a sua conseqüência imediata, a desidratação aguda, que mata em todo o mundo, anualmente, 10 milhões de crianças, a proposta que o UNICEF faz, baseada nos últimos conhecimentos científicos sobre a sua etiologia e fisiopatogenia, é a da popularização e distribuição em massa do "soro" OMS ("o saquinho de saís que salva vidas"! ) ao maior número de crianças das populações periféricas e rurais. Que apresentam maior risco quanto à sua ocorrência e que em certas famílias de baixa renda inclusive, é encarada como uma ocorrência normal na vida da criança

menor de 12 meses. Muito cedo a diarréia agride a criança brasileira, ceifando a vida de muitas ou pela expoliação que lhe acarreta, desnutrindo-a precocemente<sup>3</sup>.

Faz-se mister, que os médicos pediatras e outros trabalhadores da saúde, tenham consciência da importância do problema, adotando uma conduta adequada no tratamento da diarréia infantil, fugindo à administração de antidiarréicos ou antibióticos, que não têm indicação científica para o seu uso e, unicamente, preenchem um papel de "cosméticos" para as evacuações diarréicas, tornando-as de aspecto "mais bonito" aos olhos das mães e que, em última análise, só servem para encarecer o custo do tratamento (quando não dificultam a sua evolução para a cura) e satisfazer a usura dos grandes laboratórios internacionais que os fabricam e os vendem. À cada ano, com a administração desnecessária de antidiarréicos, os países do Terceiro Mundo têm a sua economia sangrada em US\$ 400.000.000!

Que toda a comunidade capacite-se da importância da administração do "soro OMS" no combate da diarréia, incluindo-se os pediatras e demais trabalhadores da saúde, com a certeza de que esta medida passará à história da humanidade como a maior descoberta científica do fim do século em prol da saúde infantil.

É verdade, que com esta medida a indústria farmacêutica internacional perderá fabulosos lucros. Isto porque, os chamados "soros" industrializados sob os mais diferentes nomes e perfumados de maneira original perderão o seu mercado, pois a experiência mundial demonstra que a própria mãe da criança com diarréia pode preparar o seu soro com um litro de água, quatro colheres de chá de açúcar e uma colher de cafezinho de sal de cozinha. Alguns programas têm substituído o litro de água por um litro de cozimento de farinha de arroz, a qual torna a mistura de melhor paladar. Se por ventura, quisermos associar potássio ao soro caseiro, bastará indicar à mãe que coloque juntamente com o litro da água, o místico triturado de dois palitinhos de fósforos.

Talvez, a exemplo da proibição relativa à propaganda de leites em pó nas maternidades e consultórios pediátricos possam as Nações Unidas estendê-la à dos medicamentos antidiarréicos.

Não nos esqueçamos pediatras, de renunciar à prescrição de medicamentos antidiarréicos e de não privar a criança com diarréia da sua alimentação (salvo em casos selecionados), pois, está comprovado que o jejum além de contribuir com a persistência da diarréia é mais um fator importante na instalação e no agravamento da desnutrição infantil.

Se o útero e as mamas das gestantes do Terceiro Mundo são carentes, faz-se necessário que se invista na sua saúde, assegurando-lhes pelo menos duas consultas médicas durante o seu pré-natal, com duas doses de anatoxina tetânica e suplementando a sua alimentação, pelo menos nos últimos três meses da gravidez e durante o período de lactação. Assegurar-se-á assim, ao recém-nascido melhores condições de ser amamentado pelo menos até o 6.º mês de vida.

A propósito da suplementação alimentar, quer da gestante, quer da criança, lembremo-nos que não bastará a distribuição assistencial de alimentos aos carentes, mas distribuí-los como um estímulo à sua socialização. Pois, ao contrário dos animais que satisfazem as suas necessidades biológicas enterrando o

focinho na terra, o homem tem como hábito alimentar-se com a cabeça ereta, desta maneira satisfazendo as suas necessidades biológicas e psicossociais.

A suplementação alimentar materno-infantil deverá ser acompanhada de maneira sistemática pela avaliação do estado nutritivo desta população de "alto risco", quer pela pesagem, quer pela "fita de Shakir", assegurando a identificação precoce da desnutrição protéico-calórica.

O aleitamento materno assegura ao recém-nascido a satisfação das suas necessidades imunológicas e nutricionais, através da ingestão do alimento da sua própria espécie. A par desta função biológica, o aleitamento materno garante à criança o seu contacto mais íntimo com a mãe. A criança chora, a mama materna engurgita-se, o mamilo eriça-se, o esfíncter dilata-se e pingam do seio as primeiras gotas de leite que irá alimentá-la. Esta, passa a mão no seio, morde o mamilo, o suga e satisfaz a sua fome; larga o mamilo, prende-o e solta-o mais algumas vezes, emite alguns vagidos e adormece. Neste ato fisiológico, com várias interpretações psicoanalíticas, a criança tem assegurado o seu crescimento e desenvolvimento. Que se expressa no seu olhar e sorriso, que são ternos e espirituais. Enquanto que, na criança alimentada artificialmente, o sorriso é o do "estômago".

Entre outras experiências favoráveis ao aleitamento materno, é significativa a observação com macacas Rhesus que quando amamentam seus filhos, primeiro os colocam no seio direito e, posteriormente, no esquerdo. Neste momento, o macaquinho passa a pata no seio materno; se a posição é invertida ao colocá-lo na mama, o recém-nascido da macaca Rhesus interrompe o seu desenvolvimento.

Estas medidas preconizadas pelo UNICEF são destinadas a mudar os rumos quanto aos cuidados com a saúde materno-infantil. Entretanto, como afirmava antigo filósofo chinês, se pretendermos uma solução por um ano, semeemos um grão e teremos uma colheita. Se quisermos estendê-la por 10 anos plantemos uma árvore. Mas se almejarmos um trabalho para 100 anos, estimulemos a educação do povo, que os frutos serão para mais de 1.000 anos!

Os países que se desenvolveram o fizeram de maneira decisiva através da educação. Na Finlândia, com 5 milhões de habitantes e, na Austrália com 15 milhões, a taxa de escolaridade é de 100%. No Japão, com 118 milhões de habitantes, um país derrotado na II Guerra Mundial, a taxa de escolaridade é de 99% e a sua mortalidade infantil é a mais baixa de todo o mundo, de 7:1.000.

Em diversos países em desenvolvimento, constatamos que quanto maior o número de anos de escolaridade das meninas, tanto menor a taxa de mortalidade infantil. Em alguns deles, igual a 50:1.000 recém-nascidos vivos, número aceito pela OMS como satisfatório para essas populações.

O papel representado pela escolaridade feminina na diminuição da mortalidade infantil destaca que a evasão escolar é outra agressão à criança, considerando-se o papel reservado à mulher como guardiã da saúde materno-infantil.

A capacitação das mulheres através da educação é, indiscutivelmente, um importante subsídio com impacto positivo no bem-estar infantil. Ingresse a mulher, ou não, na força de trabalho, simples investimento mínimo de 4 anos de escolaridade, por menina, é uma das medidas de maior custo-eficiência que qualquer país pode (e deve) fazer para o futuro.

No Quênia, uma pesquisa concluiu que 86% do declínio na mortalidade infantil durante os últimos 20 anos, pode ser explicado pelo aumento do nível de instrução da mulher.

Em nosso entender, diante da situação caótica da saúde materno-infantil, quando os recursos orçamentários e os esforços parecem não alcançar os objetivos imaginados, a valorização da mulher (mulher-criança, mulher-púbere, mulher-gestante, mulher-mãe) poderá representar um aliado de destaque na "Revolução em Prol da Saúde Infantil".

A História Universal retrata que nos piores momentos da humanidade, nunca lhe faltou um acontecimento social novo que lhe assegurasse a sua redenção. Roma Antiga ainda ardia sob o império de Nero, mas os cristãos já sedimentavam sob a insalubridade das catacumbas os primórdios de uma nova era.

Neste fim de século, é importante que a mulher já organizada em defesa dos seus direitos como pessoa humana, volte-se para o seu papel como figura central da família e revigorada em suas aspirações possa se integrar decisivamente na luta pela saúde materno-infantil.

Temos fundadas esperanças de que a mulher brasileira possa repetir a experiência vitoriosa vivida na Suíça, na década passada, por um grupo de mulheres feministas, as quais juntamente com outras lideranças, conseguiram abalar os alicerces de uma grande indústria de produtos dietéticos infantis, o que resultou inclusive, na implantação pelas Nações Unidas, de um Código Internacional destinado à regulamentação da propaganda dos chamados leites em pó nas maternidades e consultórios pediátricos. A valorização da mulher permitirá que ela ultrapasse os limites escassos de ser um mero instrumento de prazer sexual ou deixe de ser usada como mão-de-obra barata no mercado de trabalho. Com esta filosofia a mulher poderá compreender a importância e o risco que a sua saúde corre ao engravidar desnutrida ou em períodos etários pouco recomendáveis para a procriação. Poupar-se-á espaçando por mais de 2 anos as futuras gestações e compreenderá os riscos das proles superiores a três filhos.

Épocas surgirão em que a mulher será apresentada nos comerciais da televisão desnuda sim, em todos os televisores do mundo, dignificada pela sua condição de mãe, perpetuadora da espécie humana e tendo ao seio o produto da sua concepção, representando o maior comercial em prol da difusão do aleitamento materno. Pois, quando no país, morrem 1.000 crianças por dia, a mulher poderá ser a aliada principal na campanha pela saúde materno-infantil.

Ela é mais forte sem dúvida, do que o homem, talvez pelo seu cariótipo com dois "X". Tem maior longevidade. Mais sensível ao viver os momentos de alegria. Mas é na dor que se destaca. Supera-se no infortúnio, consola o enfermo, cura-lhe as chagas e, diante da morte do ente querido, cose-lhe a mortalha, enterra-o e as lágrimas que lhe caem dos olhos umedecem o solo onde irá verdejar a árvore que assinalará a sepultura.

Considerando-se que os progressos científicos disponíveis, de baixo custo e capazes de influenciar positivamente as condições de saúde nos países em desenvolvimento, têm sido sonogados à população carente, por interesses comerciais, o UNICEF preconiza que se façam esforços no sentido de se alterar a defasagem entre a informação científica e as conquistas sociais da nossa população.

O UNICEF acredita que, se metas específicas e inteligentes forem formuladas, a nova capacidade existente nos meios de comunicação de massa poderá transformá-los no mais importante fator de desenvolvimento social nos anos 80. Isto porque, se puderem ser estabelecidas metas gradativas, então estratégias de mobilização social poderão começar a envolver sociedades inteiras, bem como uma vasta gama de novos recursos.

Assim, o processo significativo conquistado em termos de qualidade de vida poderá ser mantido, a despeito de um período de graves dificuldades econômicas. É necessária uma decisão de caráter político que permita o envolvimento de toda a comunidade (clubes de serviço, igreja, lojas maçônicas, centros espíritas, de umbanda. . .) através de programas de rádio e teledifusão, no sentido de se divulgar aos pais que almejam criar seus filhos e não vê-los morrer precocemente, as alternativas que lhes podem oferecer as mais recentes conquistas científicas.

A televisão e o rádio, principalmente, que há duas décadas eram uma novidade na metade pobre do mundo, atualmente existe, no mínimo, um rádio portátil para cada dois domicílios, abrem-se como novos canais comunicantes entre o saber científico e as necessidades do povo.

Os pais deverão ser informados sobre o valor das vacinas contra as infecções infantis mais comuns. Da importância do aleitamento materno ou do uso do "saquinho de soro" como recurso na preservação da saúde infantil.

Capacitarmos a mulher pela sua educação no sentido de que ela possa espaçar suficientemente as gestações; que possa compreender o valor do tratamento pré-natal no curso da gravidez e submeter-se à vacinação antitetânica durante a gestação. Saiba como se determinar quanto ao número de filhos, pois segundo um recente "Levantamento Mundial de Fertilidade," 60% das mulheres com três filhos não pretendiam nova gravidez, mas não sabiam ou não tinham condições de evitá-la. . .

Esta tarefa para a qual toda a comunidade brasileira está convocada, considerando-se que o espaço de tempo que nos separa do fim do século encurta-se celeremente e a meta da OMS é a de assegurar "Saúde para Todos no Ano 2.000". Tarefa hercúlea sem dúvida, mas a ninguém deverá desanimar, desde que cada cidadão capacite-se da sua responsabilidade em ajudar a escrever a história do momento em que vivemos e que poderá transmitir às gerações futuras os eventos relativos à "Revolução em Prol da Saúde Materno-Infantil".

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MELO NETO, J. C. Boletim Informativo da S. B. P., n. 1, 1984.
2. MORLEY, D. Paediatric Priorities in the Developing World. Butterworths, 1975. Postgraduate Paediatrics Series.
3. PROGRAMA DE LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES DIARRÉICAS. Manual para el tratamiento de la diarrea aguda. OMS/CED/SER/80.2.

4. RECALDE, F. **Aspectos sociais da desnutrição infantil**. Rio de Janeiro, 1963. Congresso Brasileiro de Pediatria.
5. REGO, J. D. **Boletim Informativo da S. B. P.**, n. 1, 1984.
6. **SITUAÇÃO Mundial da Infância. Relatório do UNICEF**, 1984.