
ARTIGO DE REVISÃO

Uma reflexão crítica sobre o modelo GOBI para controle da mortalidade infantil

Critical considerations on the GOBI model for infant mortality control

*José Roberto Pereira de Sousa**

Resumo

Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um clássico indicador de saúde que tradicionalmente é utilizado para avaliar as mudanças sociais e econômicas, revelando as iniquidades em saúde. Em 1982 desponta um modelo de intervenção lançado pela UNICEF, denominado GOBI, de baixo custo, de tecnologia simples e acessível, dita apropriada e prioritária para ser implantada imediatamente nos países pobres. Esse modelo se baseava em quatro ações seletivas: acompanhamento do crescimento (Growth), reidratação oral (Oral rehydration), aleitamento materno (Breastfeeding), imunização (Immunization). Nesse trabalho procuramos fazer uma reflexão sobre os limites dessa intervenção que, mesmo com grande repercussão na diminuição da mortalidade infantil, por não propor ações que favoreciam a melhoria social, podem perpetuar um outro tipo de desigualdade: a dos sobreviventes. Desse modo alertamos para a perda da grande sensibilidade da taxa de mortalidade infantil como descritor de mudanças sociais e econômicas, quando seu declínio for consequência de intervenções biomédicas seletivas.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil, Criança, Assistência à Saúde

Abstracts

The infant mortality rate (IMR) is a classic health indicator traditionally used to evaluate social and economic change with regard to inequalities in health. In 1982 UNICEF launched *GOBI*, a low-cost, technologically simple and accessible intervention model suitable for immediate implementation in developing countries. The model is based on four selective actions: growth monitoring (G), oral rehydration (O), breastfeeding (B) and immunization (I). This study offers considerations on the restrictions of the *GOBI* intervention. The model has in fact greatly helped reduce infant mortality, but it proposes no social action and may therefore actually help perpetuate what might be called the inequality of the survivors. Thus, we draw attention to the loss of sensitivity of the IMR as an indicator of social and economic change, especially when the decrease in IMR is a result of selective biomedical interventions.

Key words: Infant Mortality, Child, Delivery of Health Care

* Médico. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Pesquisador do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

Recebido: 20.08.06
Reapresentado: 30.08.06
Aceito: 01.10.06

Introdução

As intervenções mais antigas que tiveram efeito na diminuição da mortalidade infantil, bem como das antigas endemias que se notabilizaram por dizimar populações inteiras, resultaram, de modificações da estrutura sócio-econômica e sanitária, não por avanços da medicina.¹

Na realidade, só após a Segunda metade do século XX, os avanços da medicina vêm se notabilizando no descenso da mortalidade infantil. Embora a descoberta dos antimicrobianos, por Pasteur e Joubert, tenha sido já em 1877, só em 1933 foi descrito por Foerster o primeiro estudo de caso clínico, com relato da cura de um lactente de 10 meses de idade com septicemia estafilocócica, após o uso de uma sulfonamida. A “idade áurea” da terapia antimicrobiana começa em 1941, com a produção da penicilina em escala industrial.²

Outro marco foi o manuseio das doenças diarreicas. Há relatos, em 1830, da terapia de reidratação oral, no entanto o uso de soluções de glicose e eletrólitos administradas por via oral, de maneira mais técnica, só foi demonstrado em 1949, mas ainda não se conhecia as bases fisiológicas dessa terapia de reidratação.³

Temos, em 1970, estudos comprovando a eficácia da reidratação oral em tratamento de pacientes com cólera e em 1971 a OMS aprova uma fórmula de glicose e eletrólitos para o tratamento da diarreia aguda em todas as idades, qualquer que seja a etiologia.^{3,4} Baseado nessa terapia, a OMS lança, em 1978, o Programa de Controle das Enfermidades Diarreicas.⁵

Para os países em desenvolvimento, em termos de criação de um modelo de intervenção para o controle da mortalidade infantil, foi na década de 1970 que se deu o passo mais importante. Como maior marco

temos a criação do modelo de Atenção Primária de Saúde, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata em 1978 na URSS, estabelecendo ações para a promoção da saúde das populações.⁶

“A Conferência reafirmou que cabe aos governos a responsabilidade pela saúde de seus povos e que tal responsabilidade só pode ser exercida por meio de medidas sanitárias e sociais adequadas e eqüitativamente distribuídas” Adiante ainda que os cuidados primários de saúde “contribuem em grande escala para a consecução desses objetivos sanitários e sociais básicos”.⁶

Os Cuidados Primários de Saúde ou Atenção Primária de Saúde (APS) foram caracterizados como intervenções que estariam voltadas para os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviço de promoção, prevenção, cura e reabilitação, levando em conta as condições econômicas e valores sociais do país e de suas comunidades, assim podendo variar de uma nação e de uma comunidade para outra, mas obrigatoriamente teriam que incluir “pelo menos: a promoção da nutrição apropriada e da adequada provisão de água de boa qualidade; saneamento básico; a saúde materno-infantil, incluído o planejamento familiar; a imunização contra as principais doenças infecciosas; a prevenção e o controle de doenças localmente endêmicas; a educação, no tocante a problemas de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle; e o tratamento apropriado de doenças e lesões comuns”.⁶ Esse modelo de intervenção estaria condizente com o complexo modelo explicativo.⁷

O modelo proposto na Conferência de Alma Ata se compõe de três estruturas básicas:

- **1º simplicidade:** é um sistema de

atenção baseado em métodos práticos e tecnologia acessível; de baixo custo, sustentado basicamente pela própria comunidade;

- **2º adaptabilidade:** não é só socialmente aceitável, mas inclui ainda fortes componentes de auto-atenção e autodeterminação;
- **3º integralidade:** tem início e chega às suas metas finais com recursos do próprio lugar, com ações que se integram na cultura, sendo todas elas destinadas a melhorar a qualidade de vida e o desenvolvimento social.

Nessa direção, em 1982 a UNICEF lança um “modelo revolucionário” denominado GOBI, de baixo custo, de tecnologia simples e acessível, dita apropriada e prioritária para ser implantada imediatamente nos países pobres.^{9,10} Esse modelo se baseava em quatro ações seletivas: acompanhamento do crescimento (Growth), reidratação oral (Oral rehydration), aleitamento materno (Breastfeeding), imunização (Immunization).

A essa proposta inicial foram acrescentadas três outras intervenções que seriam o combate ao analfabetismo materno (Female illiteracy), o planejamento familiar (Family planning) e a suplementação alimentar (Food supplementation). O modelo novo seria o GOBI-FFF, com os Fs funcionando como um apêndice ao modelo para torná-lo mais completo, mas mantendo, não obstante as mesmas “vantagens”: tecnologias simples e de baixo custo. Esse é atualmente o modelo propagado pela UNICEF e pela Organização Panamericana de Saúde (OPS) que o consideram como a ação estratégica mais apropriada para os países pobres.¹⁰

Distorções do Modelo de GOBI

Em certo modo, a própria UNICEF acaba promovendo um tipo de viés da proposta

inicial da APS, pois mesmo defendendo esse modelo simplificado, a própria organização OPS chama atenção para o fato de que a redução da mortalidade infantil nas Américas depende, em grande parte, de uma melhor distribuição de renda.³

Faz mister explicitar que há uma enorme diferença quando se fala em “Modelo GOBI-FFF” e “ações GOBI-FFF”. As ações GOBI-FFF são condutas comprovadamente eficazes para a diminuição da mortalidade infantil, medidas de sobrevivência que devem fazer parte de qualquer modelo de saúde ou programa de saúde da criança. De outro lado, por Modelo GOBI-FFF se entende que a política de saúde proposto para a criança se baseia apenas nessas sete atitudes.

Fazendo uma leitura do declínio da mortalidade infantil na década de 80, há existência de “indicadores de fluxo e de ativos” em saúde, os quais seriam dependentes dos avanços tecnológicos e estruturais. Onde os “indicadores de fluxo” estariam relacionados ao acúmulo de mudanças tecnológicas e/ou estruturais que proporcionam diminuição da TMI em curto prazo e os ativos, a longo prazo. Desse modo, somente o acúmulo de indicadores ativos tornariam perenes os avanços conseguidos no declínio da TMI.

Essa leitura nos remete ao fato de que a diminuição da TMI, a depender dos fatores a ela relacionados (modelo “terapêutico” utilizado), terá significados diversos para a vida da sociedade, podendo representar mudanças sustentáveis que não estariam expostas à deterioração repentina, ou mudanças totalmente vulneráveis.

Perigo de Reforço Ideológico

Quando nos deparamos com um modelo de intervenção nos moldes do GOBI, mesmo considerado, pela UNICEF, revolucionário

para a saúde das crianças, ratificamos as intervenções seletivas de caráter fundamentalmente biomédico.⁹

Nesse sentido podemos pensar que há um perigo da própria medicina estar legitimando algumas construções sociais. Concordando com estudos que apresentam alguns relatos históricos onde “os médicos fizeram mais do que oferecer dados neutros para os ideólogos da nova ordem moral. Eles emprestaram também todo o seu prestígio para este empreendimento, prestígio decorrente das novas posições ocupadas e do poder daí derivado, mais do que decorrente das novas descobertas”.¹²

Desse modo, a diminuição da mortalidade infantil, do mesmo modo que aconteceu na época dos antigos programas para combater à desnutrição no Brasil na década de 1970, passa a ter como objetivo, sobretudo, aliviar situações localizadas e socialmente constrangedoras ao poder público do que a superá-las.¹³

Esse mesmo enfoque é abordado quando se comenta que a diminuição da taxa de mortalidade infantil no Brasil deu-se segundo a ótica neoliberal, estruturada “na medicina simplificada e nas estratégias de sobrevivência de grupos de risco”.¹⁴

Tais achados são, infelizmente, bastante concordantes com os relatos anteriores, quando se refere aos perigos do programa GOBI:⁹

- 1º baseando-se em campanhas;
- 2º enfatizando, através de propaganda nos meios de comunicação, que o problema da mortalidade infantil diz respeito apenas a mudanças individuais no comportamento e na atitude das mães para com seus filhos;
- 3º criminalizando as mães;
- 4º presença de um sistema de fiscalização com poder de polícia;
- 5º com uma estruturação totalmente

preestabelecida, sem levar em conta as realidades da comunidade e da população;

- 6º promovendo uma desintegração da participação popular;
- 7º em uma abordagem de grupo de risco;
- 8º privilegiando interesses políticos, onde até o recebimento de recursos extras estão vinculados à adesão ao programa.

A crítica aqui realizada se dirige às políticas públicas que se limitam a estratégias seletivas e não, às ações que compõe o GOBI ou a outras medidas médico-assistenciais específicas. Reforçando esse papel, em pesquisa desenvolvida no Ceará, apresenta achados semelhantes.¹⁵

Por exemplo, “marginalidade”, desemprego estrutural, infraconsumo, etc. não constituem, em si mesmo, nem necessariamente, problemas fundamentais para a dinâmica capitalista, ao contrário do que ocorre, por exemplo, com os problemas relacionados à absorção de poupanças, oportunidades de investimento, etc.”.¹⁶

Nas sociedades capitalistas, a própria distribuição dos serviços de saúde entre os diferentes grupos e classes sociais “está em relação inversa às necessidades de cada um”. Essa distribuição depende mais de considerações econômicas, políticas e ideológicas, do que mesmo de considerações técnicas e científicas.¹⁷

Considerações finais

O Modelo GOBI, enquanto política pública para diminuir a desigualdade em saúde, como outras intervenções de caráter biomédicas seletivo, quando não propõe ações que favoreçam mudanças sociais, podem perpetuar um outro tipo de desigualdade: a dos sobreviventes. Essa afirmativa se baseia na tese que afirma que, “se as condições para que se apresente uma

enfermidade letal não são alteradas, uma intervenção que evite a morte por essa enfermidade não tem nenhum efeito positivo na incidência de outras enfermidades letais. E que, os sobreviventes de uma enfermidade letal não são iguais a os que não foram afetados, são mais frágeis e suscetíveis a doenças e a morte".¹⁸

Fato semelhante foi analisado por Laurell, quando se refere à medicina nos países latino-americanos, concluindo que esse "desenvolvimento da atenção médico-hospitalar, por sua vez, não implicou em avanço substancial na saúde dos grupos cobertos por ela".¹⁷

Alertamos para uma leitura mais crítica

das melhorias (diminuição) das taxas de mortalidade infantil (MI) e de suas diferenças entre as regiões do mundo, pois, mesmo sabendo que elas refletem desigualdades em saúde, quando são alcançadas apenas com intervenções biomédicas, perdem a sua grande sensibilidade como descritor de mudanças sociais e econômicas.¹⁹

Os profissionais de saúde e a sociedade não podem desconhecer a importância de mudanças sociais para a real melhoria da qualidade de vida das crianças nem subestimar a capacidade que tem o resultado de uma exitosa intervenção, como é o GOBI, de mascarar as grandes diferenças sociais.

Referências

1. Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e Sociedade. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976. 124p.
2. Gilman AG, Goodman LS, Rall TW, Murad F. As bases farmacológicas da terapêutica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1985. 1195p.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Las condiciones de Salud en las Américas. Washington, D.C; 1994. (Publicación Científica, 549).
4. Nations MK, Monte CMG. I'm not dog, no! : cries of resistance against cholera control campaigns. Soc. Sci. med. 1996; 43(6): 1007-1024.
5. Corteguera RLR. Estrategias y causas de reducción de la mortalidad por diarrea infantil en Cuba, 1962 – 1993. Bol. Oficina Sanit. Panam. 1995; 118(3), 1995.
6. UNICEF. Cuidados Primários de Saúde. In: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS; 1978 setembro 6-12. Brasília, DF; 1979. 64p.
7. Mosley WH, Chen LC. An analytical framework for the study of child survival in developing countries. *Popul. Development Rev.* 1984; 10: 25-48.
8. Chávez-Villasana AC, Gonzáles-Richmond A, Cifuentes E, Bautroni L, Madrigal H, Martínez C, Mata A. Alcances del sistema de paquetes selectivos en los programas de atención primaria. *Salud Pública Méx.* 1988;30(3): 447-62.
9. Wisner B. Gobi Versus PHC? Some dangers of selective Primary Health Care. *Soc. Sci. Med.* 1988;26(9): 963-69.
10. Bobadilla JL. Las sobrevivencia de niños en América Latina, problema de tecnología o cambio social. *Salud Publica Mex* 1987;29(1):63-64.
11. Monteiro CA, Benicio MHD'A, lunes RF et al. Evolução da desnutrição infantil. In: Monteiro CA organizador. Velhos e novos males da saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995. 335p., cap. 3, p. 93-114.
12. Spink MJP. A medicina e o poder de legitimação das construções sociais de igualdade e diferença: uma reflexão sobre cidadania e gênero. In: Spink, MJP organizador. A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar. São Paulo: Cortez, 1994. 197p. cap. 4, p. 93-104.
13. Müller G. Fome: o não-direito do não-cidadão. In: Covre MLM. organizador. A cidadania que não temos. São Paulo: Brasiliense, 1986. 189p. cap.1, p. 13-38.
14. Barbosa JPA. Origens e desenvolvimento das políticas públicas de saúde no estado do Ceará: Ceará-1997. [Dissertação Mestrado]. Departamento de Saúde Comunitária. Centro de Ciências da Saúde da UFC; 1997.
15. Sousa JRP. Mortalidade Infantil: o que os números não revelam. Um estudo da Mortalidade Infantil no Ceará. [Dissertação de Mestrado]. Departamento de Saúde Comunitária da UFC, 1998.

16. Possas C. Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1989. 271p.
17. Nunes ED. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global Editora, 1983.
18. Bobadilla JL. Problemas y prioridades de la sobrevivencia en la infancia. Salud Publica Méx., 30(3), p. 470-481, 1988.
19. Pedrosa LDCO, Sarinho SSW., Ordonha MAR. Óbitos neonatais: por que e como informar? Rev Bras Saúde Mater Infant 2005; 5(4): 411-418.

Endereço para correspondência

JOSÉ ROBERTO PEREIRA DE SOUSA
Departamento de Saúde Comunitária
Faculdade de Medicina
Universidade Federal do Ceará
Rua Professor Costa Mendes, 1608 - 5º andar
Fortaleza - Ce
E-mail: joserobertopereira@yahoo.com.br