

A Crise Econômica Mundial e as Crianças: Um Estudo de Caso para os Estados Unidos

C. ARDEN MILLER
ELIZABETH J. COULTER(*)

RESUMO – Este é um retrospecto da experiência norte-americana com programas de saúde e assistência à infância, na presença

Os autores pertencem à Universidade da Carolina do Norte, Chapel Hill. Tradução de Heron do Carmo. Revisão técnica de Leda Paulani.

(*) Preparado por C. Arden Miller, Professor e Diretor do Department of Maternal Child Health, School of Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill, com a colaboração de Elizabeth J. Coulter, Professora do Department of Biostatistics, School of Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill, e assistido por: Lisbeth B. Schorr, Professor Adjunto do Department of Maternal and Child Health, School of Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill; Edward Brooks, Diretor Assistente do Health Services Research Center, University of Carolina at Chapel Hill; e Amy Fine, Diretora de Projetos do Child Health Outcomes Project, Department of Maternal and Child Health, School of Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill. Os pontos de vista expressos neste artigo são os dos autores e não necessariamente dos do UNICEF

de mudanças de tendência na economia. Nenhum dos sistemas de dados atualmente existente é inteiramente adequado para retratar o estado corrente de saúde das crianças. Uma consideração importante para analisar a saúde infantil nos Estados Unidos é focar subgrupos, tais como os que se encontram em desvantagem por razões de pobreza, discriminação ou isolamento geográfico. Existem amplas evidências de que as crianças que vivem na pobreza sofrem os reflexos adversos da situação sobre seu estado de saúde e de que a proporção de crianças vivendo na pobreza, nos Estados Unidos, tem crescido ligeiramente desde 1975 e, dramaticamente, desde 1981. A maioria dos indicadores de estado e risco de saúde para crianças mostrou ligeiras melhoras durante os anos setenta. O exercício de responsabilidade pública, de financiar e prover serviços essenciais e assistência médica, manteve-se constante ou melhorou durante a recessão desse período, especialmente durante a crise de 1974-75. Desde 1981, o estado e o risco de saúde das crianças parecem ter sido afetados adversamente, fato este que

pode ser atribuído a uma combinação de circunstâncias que incluem séria recessão, crescimento nas taxas de pobreza entre famílias com filhos e redução dos benefícios à saúde e serviços de assistência social. Estes resultados sugerem que, a partir do momento em que reversões econômicas a nível local ou geral são previstas, os serviços de saúde e assistência social às crianças devem ser expandidos e não contraídos.

1. A População

Com o *baby boom* do pós-guerra, a percentagem de pessoas com menos de 18 anos cresceu até um máximo de 35,7% em 1960, para uma população total de 180,7 milhões. Como as crianças do *baby boom* alcançaram a idade adulta e a taxa de natalidade declinou depois do *boom*, a percentagem da população abaixo de 18 anos caiu para 34%, em 1970,¹¹ e a menos de 30%, para uma população total de 220 milhões, em 1980. Refletindo o efeito combinado de *baby boom* e do declínio subsequente na taxa de natalidade, a proporção bem como o número de crianças com menos de 5 anos de idade mostrou um decréscimo considerável nos anos sessenta, continuando a declinar em 1978. Por sua vez, a proporção e o número de crianças com idade de 5 a 13 anos também declinou nos anos setenta. À medida que as crianças do *baby boom* se tornavam adultas, um número crescente de pessoas atingia a idade de procurar o primeiro emprego e, subsequente, de figurar nas classes de pessoas com menos tempo de trabalho.

A percentagem de negros na população cresceu lentamente, de 10,5%, em 1960, para aproximadamente 12% em 1979. Entretanto, com uma menor expectativa de vida e com taxas de natalidade mais elevadas, os negros representaram percentagens maiores da população jovem (menos de 18 anos): 12,5% em 1960 e 15% em 1979.

2. Tendências das Estatísticas de Vida

As tendências na natalidade, na relação casamento/divórcio e na mortalidade fornecem informações adicionais sobre as crianças e os fatores que afetam suas vidas.

As taxas de natalidade por 1000 habitantes declinaram de 23,7 em 1960 para 14,8% em 1976. Um pequeno crescimento na taxa de natalidade ocorreu em 1977, seguido de um ligeiro declínio novamente em 1978. Nos anos sessenta e setenta, declínios nas taxas de natalidade ocorreram especialmente entre famílias com dois ou mais filhos.

Entre 1960 e 1978 ocorreu uma brusca elevação na proporção de crianças nascidas de mães solteiras: de 2,3 para 8,7% entre mulheres brancas e de 21,6% para 47,6% entre mulheres não-brancas. (*Nativity*, 1978, p. 1-5). Em decorrência disso, pode-se notar que a percentagem de crianças (menos de 18 anos) que vivem com mães solteiras aumentou, no período 1970-79, de 0,2 para 0,8 entre os brancos e de 4,4 para 11,9 entre os não-brancos.

(a) Divórcios

O número estimado de divórcios e anulações de casamento mostrou uma elevação marcante: de 393000 em 1960, para pouco mais de um milhão em cada um dos anos do período 1975-78, com um aumento na taxa estimada por 1000 habitantes de 2,2 em 1960 para 5,2 em 1978. O número estimado de crianças envolvidas cresceu de 463000, em 1960, para pouco mais de um milhão em cada ano do período de 1972 a 1978.

Com uma média anual de crianças envolvidas por divórcio (ou anulação) de pouco menos de 1,4 durante todo o período, reduzindo-se para cerca de 1,0 quando se considera apenas o subperíodo 1976-78 (*Marriage and Divorce*, 1978, p.

2-9). Ao longo do período 1970-79, a porcentagem de crianças morando apenas com a mãe divorciada aumentou rapidamente: de 3,1 para 6,4 entre brancos e de 4,6 para 9,5 entre não-brancos.

(b) Mortalidade

As taxas de mortalidade infantil são de especial interesse, em parte porque no passado foram usadas como importantes indicadores de estado de saúde de uma população. Durante os anos sessenta e setenta as taxas de mortalidade infantil foram consideravelmente maiores entre não-brancos do que entre brancos. As taxas mostraram, entretanto, um acentuado e consistentemente estável decréscimo nessas duas décadas. Especificamente, a taxa de mortalidade infantil por mil crianças brancas nascidas vivas decresceu de 22,9 em 1960 para 12,0 em 1978. A mesma taxa para nascimentos de "negros e outros" declinou de 43,2 em 1960 para 30,9 em 1970 e 21,1 em 1978 (*Mortality*, 1978, p. 2-3).

As taxas de mortalidade para crianças entre 1 e 4 anos de idade declinaram lentamente ao longo do período 1960-78, passando de 1,2 para 0,8 por 1000 meninos e de 1,0 para 0,6 por 1000 meninas.

As taxas de mortalidade para crianças entre 5 e 14 anos de idade mostraram um declínio entre 1965 e 1977, mas a taxa de mortalidade para pessoas entre 15 e 19 anos de idade cresceu no mesmo período. Causas externas de mortalidade — acidentes, homicídios e suicídios responderam por 80% de todas as mortes entre jovens adultos em 1979, acima portanto dos 51% de 1950 (*Health United States*, 1982). Em 1979 a taxa de mortalidade entre homens era três vezes maior do que entre mulheres e a mortalidade entre não-brancos foi 20% superior à mortalidade entre brancos.

Os aumentos na taxa de mortalidade devidos a homicídios e suicídios entre

adolescentes na faixa de 15 a 19 anos de idade durante o período 1965-77 merecem consideração especial. Por exemplo, a taxa de homicídios por 100000 pessoas nesta faixa etária cresceu de 4,3 em 1965 para 9,6 em 1975 (último ano de um período de recessão), seguido de um pequeno declínio em 1977. A taxa de suicídios por 100000 pessoas na mesma faixa cresceu de 4,0 em 1965 para 7,6 em 1975, e 8,9 em 1977 (*Bureau of the Census*, 1980, p. 98).

3. A Economia

(a) 1960-69

Excetuadas algumas dificuldades que marcaram tanto seu início quanto seu final, a década de sessenta caracterizou-se, de modo geral, como uma fase de crescimento econômico. O produto nacional bruto em dólares constantes (1972) cresceu irregularmente durante o período, apresentando taxas superiores a 5% em 1962 e em cada um dos anos do subperíodo 1964-66 (Tabela 1). Tomando-se 1960 como ano-base (com número-índice igual a 100), verifica-se que o produto *per capita* por hora (em dólares de 1972) do setor privado alcançou a marca de 131,4 em 1968 — um crescimento relativamente maior que o observado para períodos comparáveis dos anos 50 e 70 (*Bureau of the Census*, 1980, p. 410). A renda *per capita* em dólares constantes de 1977 cresceu em todos os anos da década, passando de US\$ 3620 em 1960 para US\$ 4971 em 1969 (apresentando um pequeno declínio, para US\$ 4958, em 1970).

Houve pouca mudança na década de sessenta na taxa de participação da força de trabalho civil, que permaneceu próxima a 59% na maioria dos anos da década. Entretanto, a taxa entre homens caiu de 83% em 1960 para 80% em 1969. Por outro lado, ela subiu entre mulheres de 37,7% em 1960 para 42,7% em 1969 — tendência que se estende até o início dos anos oitenta (Tabela 2).

TABELA 1

PRODUTO NACIONAL BRUTO, TAXA DE DESEMPREGO
E ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR, 1960-82

Ano	Produto nacional bruto (*)		Taxa de desemprego como percentagem da força de trabalho civil ^(≠)	Índice de Preços ao Consumidor (+) 1967 = 100	
	Bilhões de dólares de 1982	variação percentual		índice	Varição percentual com relação ao ano anterior
1960	737,2	2,2	5,5	88,7	1,6
1961	756,6	2,6	6,7	89,6	1,0
1962	800,3	5,8	5,5	90,6	1,1
1963	832,5	4,0	5,7	91,7	1,2
1964	876,4	5,3	5,2	92,9	1,3
1965	929,3	6,0	4,5	94,5	1,7
1966	984,8	6,0	3,8	97,2	2,9
1967	1011,4	2,7	3,8	100,0	2,9
1968	1058,1	4,6	3,6	104,2	4,2
1969	1087,6	2,8	3,5	109,8	5,4
1970	1085,6	-0,2	4,9	116,3	5,9
1971	1122,4	3,4	5,9	121,3	4,3
1972	1185,9	5,7	5,6	125,3	3,3
1973	1254,3	5,8	4,9	133,1	6,2
1974	1246,3	-0,6	5,6	147,7	11,0
1975	1231,6	-1,2	8,5	161,2	9,1
1976	1298,2	5,4	7,7	170,5	5,8
1977	1369,7	5,5	7,1	181,5	6,5
1978	1438,6	5,0	6,1	195,3	7,6
1979	1479,4	2,8	5,8	217,7	11,5
1980	1474,0	-0,4	7,1	247,0	13,5
1981	1502,6	1,9	7,6	272,3	10,2
1982	1476,9	-1,7	9,7	288,6	6,0

(*) **Economic Report of the President e Annual Report of the Council of Economic Advisers, 1983, p. 164-165, baseado em dados de US Department of Commerce, Bureau of Economic Analysis, e US Department of Commerce, Bureau of Economic Analysis, 'The US National Income and Product Accounts: 1980-1982, First Quarter 1983', Survey of Current Business, 63, n.º 7:7 (july 1983).**

(+) Para assalariados urbanos de modo geral. **Economic Report of the President e Annual Report of the Council of Economic Advisers, 1983, p. 221, baseado em dados do US Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, e US Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, Monthly Labor Review, 106, n.º 8: 64 (August 1983).**

(≠) Relativo a pessoas com 16 ou mais anos de idade. **Economic Report of the President e Annual Report of the Council of Economic Advisers, 1983, p. 196, baseado em dados de US Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, com pequenos ajustamentos introduzidos nos dados básicos em 1962, 1972, 1973 e 1978, e utilização de dados sobre a força de trabalho obtidos em amostras de pesquisas domiciliares.**

TABELA 2

TAXAS DE PARTICIPAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO CIVIL,
SEGUNDO O SEXO, 1960-82

Ano	Força de trabalho civil como percentagem da população economicamente ativa*		
	Total	Homens	Mulheres
1960	59,4	83,3	37,7
1961	59,3	82,9	38,1
1962	58,8	82,0	37,9
1963	58,7	81,4	38,3
1964	58,7	81,0	38,7
1965	58,9	80,7	39,3
1966	59,2	80,4	40,3
1967	59,6	80,4	41,1
1968	59,6	80,1	41,6
1969	60,1	79,8	42,7
1970	60,4	79,7	43,3
1971	60,2	79,1	43,4
1972	60,4	78,9	43,9
1973	60,8	78,8	44,7
1974	61,3	78,7	45,7
1975	61,2	77,9	46,3
1976	61,6	77,5	47,3
1977	62,3	77,7	48,4
1978	63,2	77,9	50,0
1979	63,7	77,8	50,9
1980	63,8	77,4	51,4
1981	63,9	77,0	52,1
1982	64,0	76,6	52,6

(*) 16 ou mais anos de idade.

Fonte: *Economic Report of the President e Annual Report of the Council of Economic Advisers*, 1983, p. 196, baseado em dados obtidos no US Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, com a utilização de dados sobre a força de trabalho obtidos em amostras de pesquisas domiciliares.

A taxa de desemprego da força de trabalho civil situou-se no intervalo de 5,7% para os anos 1960-64. Durante os anos remanescentes da década ela estacionou em torno de 4% — a menor taxa do período 1960-83 (Tabela 1).

Os preços permaneceram relativamente estáveis na primeira metade dos anos sessenta, com uma elevação anual do índice de preços ao consumidor inferior a 2% para cada ano do período 1960-65. A partir daí a inflação começou a acelerar-se atingindo mais de 4% em 1968 e aproximadamente 6% em 1970 (Tabela 1).

A soma total (em dólares de 1972) das compras governamentais de bens e serviços, como parte do produto nacional bruto, cresceu de US\$ 173 bilhões em 1960 para US\$ 210 bilhões em 1965 e para US\$ 250 bilhões em 1970. A soma das despesas do governo federal foi responsável por US\$ 90,4 bilhões do total em 1960 e por US\$ 110,6 bilhões do total em 1970 (*Economic Report of the President*, 1983, p. 165).

Como sempre, existiam problemas econômicos especiais para grupos específicos da população. Por exemplo, o desemprego

TABELA 3

PERCENTAGEM DE PESSOAS ABAIXO DA LINHA DE POBREZA, POR STATUS FAMILIAR, ANOS SELECIONADOS, 1960-81

Ano	Percentagem (*) de pessoas abaixo do nível de pobreza (+)		
	Todas as pessoas (≠)	Pessoas em famílias	Jovens abaixo de 18 anos em famílias
1960	22,2	20,7	26,5
1965	17,3	15,8	20,7
1966	15,7	14,2	18,4
1966 (r)	14,7	13,1	17,4
1967	14,2	12,5	16,3
1968	12,8	11,3	15,3
1969	12,1	10,4	13,8
1970	12,6	10,9	14,9
1971	12,5	10,8	15,1
1972	11,9	10,3	14,9
1973	11,1	9,7	14,2
1974	11,6	10,2	15,5
1974 (r)	11,2	9,9	15,1
1975	12,3	10,9	16,8
1976	11,8	10,3	15,8
1977	11,6	10,2	16,0
1978	11,4	10,0	15,7
1979	11,6	10,1	16,0
1979 (r)	11,7	10,2	16,0
1980	13,0	11,5	17,9
1981 (r)	14,0	12,5	19,5

(*) As percentagens foram baseadas em informações obtidas em amostras da população, com o que fica limitada a comparabilidade ao longo do tempo, devido a fatores tais como mudanças no desenho amostral, no controle populacional do censo, nos procedimentos para levantamentos de dados, e nas definições.

(+) Os níveis de pobreza foram determinados por definições que levam em conta as necessidades pessoais ou familiares de rendimento em relação aos custos de alimentação, com ajustamentos para o tamanho e composição da família, bem como para variações de preços, e sem considerar transferências não-monetárias como os bônus de alimentação.

(≠) A partir de 1979, inclui membros agregados, não-parentes, não considerados separadamente. Para os anos anteriores, os mesmos membros foram incluídos no grupo "pessoas em famílias"

(r) Revisado

Fontes: Bureau of the Census, US Department of Commerce 'Characteristics of the population below the poverty level: 1981' Current Population Reports. Consumer Income, Series P-60. N.º 138, p. 7.

era relativamente maior para pessoas na faixa etária de 16 a 19 anos de idade, para não-brancos e para os de menor nível de escolaridade. Assim, também a renda era relativamente mais baixa para algumas pessoas e famílias, tais como as que vivem nos Apalaches.

Os dados sobre pobreza nos anos sessenta são de especial interesse, tendo em vista a atenção que o Presidente Lyndon Johnson dedicou aos problemas dos pobres. Em 1960, 22,2% das pessoas nos Estados Unidos estavam abaixo do nível de pobreza; em 1969 a percentagem era

de 12,1. A proporção de crianças menores de 18 anos vivendo em famílias situadas abaixo da linha de pobreza era de 26,5% em 1960 e de 13,8% em 1969 (Tabela 3).

(b) 1970-78

O período 1970-78 trouxe variações e flutuações nos indicadores econômicos, que foram, em alguns casos, perturbadoras, como o elevado índice de desemprego na pior recessão ocorrida desde a Segunda Guerra Mundial, a reduzida taxa de crescimento da produtividade, e os períodos de considerável inflação. Na interpretação dessas alterações é importante observar os indicadores de alguns dos fatores cuja inter-relação contribuiu para as mudanças.

O produto nacional bruto (em dólares de 1972) que declinou ligeiramente no ano de abertura da década (1970), passou a crescer nos anos 1971-73, declinando novamente em 1974 e 1975 e crescendo anualmente cerca de 5%, ou mais, nos anos remanescentes do período 1970-78 (Tabela 1).

No mesmo período, ocorreu uma diminuição na taxa de crescimento da produtividade, sendo que vários fatores possivelmente contribuíram para isso: a substituição de alguns hábitos energéticos, a maior proporção relativa de novos ingressantes na força de trabalho (à medida que as crianças do *baby boom* alcançavam a idade adulta), o aumento na participação do trabalho feminino e, ainda, a inadequada formação de capital. Quando comparado ao produto por hora do setor privado em 1970 (tomado como base 100), o mesmo indicador atinge a marca de apenas 113,9 em 1978 — elevação consideravelmente menor se comparada à dos períodos 1950-58 e 1960-68. No entanto, o aumento no total de horas trabalhadas por todas as pessoas juntamente com o declínio na taxa de crescimento da população ajudaram, parcialmente, a compensar o impacto negativo da redução na taxa de crescimen-

to da produtividade no produto total e no produto *per capita* para o período 1970-78.

Após um declínio em 1970, a renda *per capita* (em dólares constantes de 1977) cresceu anualmente de 1971 a 1973, reduzindo-se novamente para US\$ 5462 em 1974 e US\$ 5425 em 1975, e crescendo em cada um dos últimos anos do período, para atingir US\$ 5999 em 1978. A renda familiar em dólares constantes de 1977 cresceu somente 4% no período 1970-77. Entretanto, a padronização por composição familiar leva o crescimento para 7% (*Bureau of the Census*, 1980, p. 415).

As taxas de participação na força de trabalho aumentaram um pouco em todos os anos do período, à exceção de dois — 1971 e 1975 — passando de 60,4% em 1970 para 63,2% em 1978 (Tabela 2). Seguindo a tendência dos anos sessenta, um aumento maior ocorreu na taxa de participação para mulheres brancas: de 42,6% em 1970 para 49,4% em 1978.

De 1960 a 1979, os aumentos na participação na força de trabalho ocorreram entre mulheres casadas (o marido presente), com ou sem filhos abaixo de dezoito anos de idade. Por exemplo, a participação percentual do grupo sem filhos cresceu de 34,7% em 1960 para 42,2% em 1970, e para 44,7% em 1978. As porcentagens para os grupos com filhos abaixo de 6 anos foram de 18,6% em 1960, 30,3% em 1970 e 41,6% em 1978 (Tabela 4). Tais aumentos na participação de mulheres com filhos na força de trabalho trouxeram a necessidade de ampliar vários tipos de serviços para crianças como, por exemplo, as creches. Isto também aumentou potencialmente as oportunidades de participação de mães em planos de benefício social em seu próprio proveito e no de suas famílias.

A taxa de desemprego entre a força de trabalho civil cresceu de 4,9% em 1970

TABELA 4
 PERCENTAGEM DE MULHERES CASADAS (MARIDO PRESENTE) QUE ESTAVAM NA FORÇA DE TRABALHO
 SEGUNDO PRESENÇA E IDADE DOS FILHOS, ANOS SELECIONADOS, 1960-79(+)

Ano	Total	Nenhum filho abaixo de 18 anos	Somente filhos com idades de 6-17 anos	Filhos com menos de 6 anos (+)	Filhos abaixo de 6 anos e na faixa de 6-17 anos
1960	30,5	34,7	39,0	18,6	18,9
1965	34,7	38,3	42,7	23,2	22,8
1970	40,8	42,2	49,2	30,3	30,5
1975	44,4	43,9	52,3	36,6	34,2
1978	47,6	44,7	57,2	41,6	40,9
1979	49,4	46,7	58,1	43,2	41,6

(*) Dados baseados em informações obtidas em "surveys" com alguma perda de comparabilidade ao longo do tempo, devido a fatores tais como mudanças no desenho amostral, controles censitários da população e procedimentos para levantamento de dados.

(+) Com ou sem filhos mais velhos.

Fonte: Bureau of the Census. US Department of Commerce. *Statistical Abstract of the United States*, 1980, p. 403, como obtido do Bureau of Labor Statistics. US Department of Labor. *Special Labor Force Reports*.

para 5,9% em 1971, caindo um pouco em 1972-73, aumentando de novo para 5,6% em 1974 e crescendo abruptamente para o pico de 8,5% em 1975. A taxa de desemprego permaneceu acima de 7% em 1976 e 1977 (Tabela 1). A taxa esteve acima da média para grupos tais como mulheres que mantêm a família, trabalhadores na produção, não-brancos, e, especialmente, pessoas na faixa etária 16-19, atingindo um nível de 10% ou mais para cada um desses grupos em 1975.

Uma outra maneira de observar o desemprego é através da razão emprego — população, que considera a situação do emprego em relação à população economicamente ativa, ao invés da força de trabalho sujeita a variações consideráveis nas taxas de participação, do tipo visto nas duas décadas passadas. Dados para o período 1970-78 revelam um comportamento diferente para tais relações para adultos homens e mulheres (20 anos ou mais) na população economicamente ativa. O emprego civil como percentagem da população caiu, por exemplo, de 76,3% em 1973, para 75,7% em 1974 e 72,9% em 1975 para homens, enquanto as percentagens correspondentes para mulheres foram de 42,2, 42,7 e 42,3%.

Dois tipos de amortecedores do impacto econômico do desemprego puderam ser notados:

1. A presença de um outro membro assalariado e empregado na família da pessoa desempregada. A entrada de um número crescente de mulheres no mercado de trabalho, como uma segunda fonte de rendimento, atuou como um desses amortecedores nos anos setenta.

2. O seguro desemprego. O ano de pico da taxa de desemprego para o período 1970-1978 (1975) também assistiu ao pico, nesse momento, dos programas estatais de seguro desemprego: o número de novas solicitações desse seguro atingiu a

média semanal de 478000 enquanto que a duração média de recebimento do benefício alcançou a marca de 15,7 semanas.

O Índice de Preços ao Consumidor cresceu acentuadamente em 1974, cerca de 11% sobre o ano anterior, sendo que a taxa no ano seguinte foi de 9,1%. Entretanto, em 1976, a mesma taxa foi de somente 5,8%, seguida de uma elevação de 7,6% em 1978 (Tabela 1). O índice para alimentos e bebidas cresceu de maneira especialmente acelerada, acima de 13%, nos anos 1973 e 1974. O índice para transportes mostrou uma forte elevação para 11,2% em 1974, com incrementos acima de 9% em cada um dos dois anos seguintes. Na análise dessas variações de preços é importante notar quais os controles de salários e preços que estiveram em vigor no início dos anos setenta. O choque do preço mundial do petróleo, bem como quebras generalizadas de colheita a nível mundial elevaram os preços dos alimentos no início dos anos setenta.

As despesas dos governos estaduais, locais e federal cresceram no período 1970-78. O crescimento percentual anual das despesas foi relativamente maior em 1975, especialmente para o governo federal. O déficit federal também alcançou um pico recorde em 1975. Esses aumentos têm considerável importância para a saúde infantil como será enfatizado mais adiante.

A percentagem de pessoas abaixo da linha de pobreza mostrou um pequeno aumento em 1975. Essa percentagem, para crianças abaixo de dezoito anos vivendo com suas famílias, cresceu tanto em 1974 como em 1975, e permaneceu mais elevada no período 1970-78 como um todo do que havia sido no período 1970-74 (Tabela 3).

(c) 1979-83

O período 1979-83 assistiu a duas recessões, uma quase imediatamente em se-

guida à outra, em 1980 e em 1981-82. A segunda recessão gerou considerável desemprego ao mesmo tempo em que a inflação começou a cair. Importantes controles monetários e um menor suporte federal para alguns programas sociais surgiram durante a segunda recessão.

O produto nacional bruto em dólares de 1972 oscilou nos anos 1979-82, com um pequeno declínio percentual em 1980 e um maior, de aproximadamente 2%, em 1982 (Tabela 1). O índice anual de produto por hora, para todas as pessoas no setor privado, caiu em 1980 para então elevar-se.

A participação da força de trabalho civil cresceu suavemente de 63,7% para 64% nos anos 1979-82 (Tabela 2). O crescimento relativamente maior para as mulheres brancas, de 50,5 para 52,4%, confirma a tendência das últimas duas décadas.

A taxa de desemprego para pessoas na força de trabalho civil cresceu de 5,8% em 1979 para 9,7% em 1982 (Tabela 1). Uma vez ajustada a tendência sazonal de crescimento mensal para o ano de 1982, esta taxa superou 10% em cada um dos últimos meses do ano.

Uma importante mudança na distribuição por sexo no desemprego ocorreu em 1982. Um impacto particularmente grave no desemprego de 1982 entre adultos homens (idades iguais ou superiores a 20 anos), elevou seu índice acima da taxa para mulheres adultas em todo o ano. De julho de 1981 a dezembro de 1982, a taxa de desemprego entre homens aumentou de quase 4,5 pontos percentuais para 10,1%, enquanto a taxa para mulheres cresceu cerca de 2,5 pontos para 9,2%. "Isto contrasta fortemente com a recessão de 1973-75, quando os incrementos foram aproximadamente os mesmos para homens e mulheres (4,4 e 4,0 pontos) e a taxa para homens permaneceu bem abaixo da

taxa para mulheres" (Urquhart e Hewson, 1983, p. 7).

Diferenças etárias no desemprego em 1981 e 1982 são particularmente importantes, tendo-se em vista o impacto no grupo dos jovens (menos de 20 anos) e na faixa etária (20-24), para as quais há uma elevada proporção de pessoas que estão constituindo família e tornando-se pais pela primeira vez.

"A situação do emprego para jovens continuou a piorar em 1982; a taxa de desemprego para esse grupo da população sofreu uma deterioração gradual desde meados de 1979. A taxa de jovens sem emprego nivelou-se nos meses finais de 1982, mas ainda estava em um nível recorde de 24,5% em dezembro, mais de 3 pontos acima da taxa alcançada durante a recessão de 1973-75" (Urquhart e Hewson, 1983, p. 8). Jovens não-brancos tiveram um problema particularmente sério, com uma taxa de desemprego próxima a 50%, durante a maior parte de 1982.

A taxa de desemprego foi consideravelmente mais elevada para a faixa etária 20-24 anos do que para faixas de mais idade, sobretudo para os homens, no terceiro trimestre de 1981 (no princípio da fase descendente do ciclo) e no quarto trimestre de 1982, como é mostrado pela taxa de desemprego trimestral ajustada sazonalmente na tabela 5.

A extensão do desemprego também diferiu consideravelmente entre estados. No primeiro trimestre de 1982 ela foi, por exemplo, superior a 12% em Michigan (16,4%), Alabama (14,3%), Indiana (13,3%), Washington, Oregon, West Virginia, Ohio e Tennessee. De outro lado, ela esteve abaixo de 5% em Oklahoma e Wyoming (Hewson and Urquhart, 1982).

TABELA 5

TAXA DE DESEMPREGO PARA ADULTOS, POR IDADE, TRIMESTRES SELECIONADOS EM 1981 e 1982, SAZONALIDADE AJUSTADA

Faixa etária	Taxa de desemprego Terceiro trimestre 1981		Taxa de desemprego Quarto trimestre 1982	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Adultos, idade				
20 ou mais anos	6,1	6,8	10,0	9,0
20-24	12,6	11,3	17,7	14,1
25-54	5,3	6,2	9,2	8,5
55 ou mais	3,5	3,9	6,2	4,9

Fonte: Urquhart and Hewson (1983), p. 8.

Esforços têm sido realizados para determinar o efeito do desemprego na renda. Levantamentos amostrais para 1980 revelaram que "a renda mediana de famílias com um ou mais membros desempregados durante 1980 esteve 21% abaixo da mediana para as famílias não afetadas pelo desemprego (\$ 19,076 comparado com \$ 24,020). Primeiramente, devido a menores rendimentos, 15% das famílias afetadas pelo desemprego estavam na pobreza em 1980. Em contraste, entre famílias onde nenhum membro experimentou o desemprego, somente 6% tinham renda situada abaixo da linha de pobreza" (Terry, 1982). O detalhamento da informação mostrou que o efeito sobre a renda variou consideravelmente com as características e a situação familiar das pessoas desempregadas. Mudanças na duração do desemprego, que podem ocorrer com flutuações econômicas, poderiam também influenciar os resultados.

O Índice de Preços ao Consumidor para assalariados urbanos de modo geral cresceu 11,5% em 1979 e 13,5% em 1980. O crescimento percentual foi de apenas 10,2% em 1981 e de 6,0% em 1982 (Tabela 1). Desenvolvimentos favoráveis afetando os setores de alimentos e energia

contribuíram para o declínio de 1981 (Howel and Thomas, 1982). Políticas monetárias objetivando a redução das despesas de consumo através do aumento das taxas de juros contribuíram para a queda de 1982.

As despesas governamentais cresceram de US\$ 509,7 bilhões em 1979 para um valor estimado de US\$ 762,6 bilhões em 1982, com um déficit muito grande neste último ano. As despesas dos governos estaduais e locais cresceram mais suavemente — de US\$ 321,5 bilhões em 1979 para US\$ 405,4 bilhões em 1982. As subvenções federais para os governos estaduais e locais cresceram consideravelmente em 1980, mas decresceram em seguida.

A percentagem de pessoas abaixo da linha de pobreza cresceu de 11,7% em 1979 para 13% em 1980 e 14% (com base em uma definição revisada de pobreza) em 1981. A percentagem de famílias com filhos menores de dezoito anos também cresceu no período — de 16% em 1979 para 17,9% em 1980, e para 19,5% em 1981 (Tabela 3). A percentagem de famílias com filhos menores de dezoito anos alcançou 42% entre as não-brancas, 50,8% em famílias de todas as raças, com uma

mulher como chefe da casa sem marido presente, e 64,8% para o grupo de famílias negras com a mulher como chefe da casa sem marido presente. (*Bureau of the Census*, 1981, p. 7).

De 1979 a 1981, a percentagem de famílias abaixo do nível de pobreza cresceu nas áreas metropolitanas de 8,3 para 10,1% e nas áreas não-metropolitanas de 10,9 para 13,5%. Percentagens particularmente elevadas de famílias abaixo da linha de pobreza foram encontradas, em 1981, entre os negros em cidades centrais de áreas metropolitanas e em áreas não-metropolitanas — 31,8% e 37,5% respectivamente.

4. O Significado da Pobreza

A análise precedente dos indicadores econômicos se associa de forma importante com a saúde infantil. A compreensão do estado atual e das tendências da saúde infantil nos Estados Unidos requer a observação da grande diversidade de situações existentes no País. Importantes contrastes étnicos e culturais podem ser observados de uma para outra região; as bases econômicas diferem significativamente nas diversas partes do país, de modo que estas últimas não são afetadas do mesmo modo por importantes determinantes tais como as taxas nacionais de desemprego e os programas de saúde e auxílio social. Os cinquenta estados do país têm autonomia quanto ao escopo e à qualidade dos serviços públicos nas áreas de educação, saúde, auxílio social e suplementação de renda. Por exemplo: no Mississippi uma mãe carente com duas crianças e nenhuma outra fonte de renda recebe US\$ 96,00 por mês do programa de bem-estar social, enquanto que em onze outros estados a mesma família poderia receber US\$ 400,00 por mês (Greenstein, 1983). Esta variação de benefícios é permissível dentro do programa AFDC, que é um programa federalmente autorizado (Aid for Families of Dependent Children, Social Security Act,

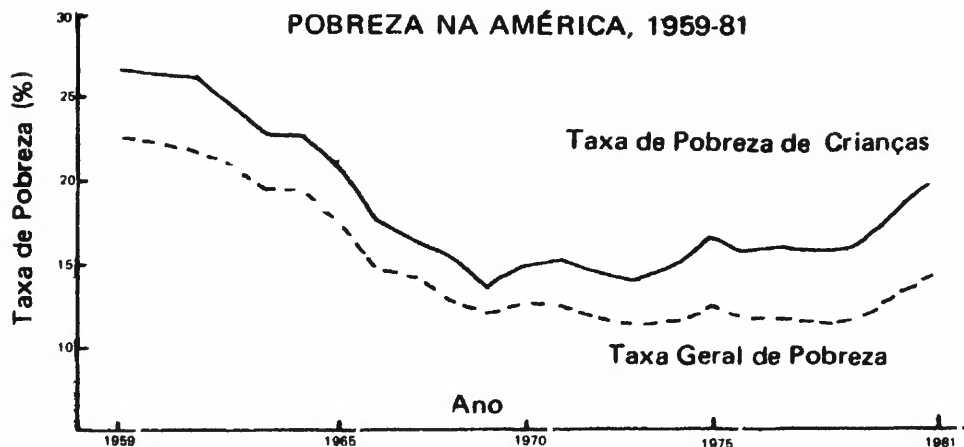
1935) e que depende em parte de financiamentos do governo federal alocados aos estados. O grau de liberdade permitido aos vários estados para a definição de muitos benefícios sociais e de saúde aumentou profundamente a partir de políticas nacionais implantadas desde 1981.

Especial atenção deve ser prestada ao subgrupo de crianças vivendo na pobreza. Nos Estados Unidos, um nível de renda familiar é oficial e periodicamente designado como o nível (limite) de pobreza. A determinação é feita com base na proporção de renda familiar, ajustada para o tamanho da família, requerida para a aquisição de uma quantidade padrão de alimentos. Esta designação é imperfeita, criticada por algumas pessoas como inadequada, uma vez que estipula alimentos suficientes para curtos períodos da crise e não o bastante para o atendimento das necessidades nutricionais em períodos mais longos. Outras pessoas alegam que a definição não é suficientemente descontada dos benefícios não-monetários que são concedidos a algumas pessoas pobres.

Os elevados níveis de pobreza verificados entre famílias de minorias são considerados um reflexo de uma longa e — espera-se — declinante tradição de discriminação nas oportunidades educacionais e de emprego. Uma vez que os registros de dados pessoais não incluem especificações para nível sócio-econômico, a maioria das análises desagrega os dados de acordo com o sistema do censo, ou seja, conforme grupos étnicos e raciais, e tentam fazer comparações sugestivas de diferenças entre níveis sócio-econômicos. É importante ter em mente que, mesmo considerando que as minorias populacionais são afetadas desproporcionalmente pela pobreza, a população pobre, como um todo, é predominantemente branca.

Os Estados Unidos devem ter a distribuição de renda mais desigual entre as nações industrializadas do Ocidente. So-

FIGURA 1



Fonte: Bureau of the Census, US Department of Commerce, citado em Children's Defense Fund (1983).

Não inclui crianças que não moram com famílias e pessoas casadas com menos de 18 anos.

mente a França tinha uma distribuição menos equânime antes das mudanças que foram efetuadas em 1981; na República Federal da Alemanha, a diferença entre as rendas mais altas e as mais baixas era 36% menor, e no Japão 50% menor que nos Estados Unidos (Thurow, 1981). Cortes orçamentários e mudanças na estrutura tarifária aprovados pelo Congresso em 1981 tiveram o efeito de tornar os ricos mais ricos e os pobres mais pobres. (Havenmann, 1982). " Os 20% mais pobres da população americana ficam agora com apenas 4,2% da renda nacional líquida (depois de retirados os impostos), enquanto a participação dos 20% mais ricos atinge no momento 43%, ou seja, uma participação mais de dez vezes maior" (Greenstein, 1983).

As diferentes faixas etárias não são igualmente afetadas pela pobreza. As crianças são desproporcionalmente afetadas. Mais de 50% dos ocupantes das famílias pobres têm menos de 21 anos de idade; a proporção de crianças vivendo na pobreza é, portanto, mais elevada do que a de qualquer outro grupo etário e vem crescendo acentuadamente desde 1980 (Figura 1).

A riqueza dos Estados Unidos é tão

grande, quando comparada com muitas partes do mundo, que o empobrecimento relativo em meio à grande abundância pode parecer um mal menor. No entanto, deve ser ressaltado que o governo nos Estados Unidos provê menos bem-estar social, seguro saúde, proteção à infância e benefícios à educação e ao desemprego do que a maioria das outras nações industrializadas. Em 1980, as despesas de todos os níveis de governo, como uma proporção do produto nacional bruto, foram menores nos Estados Unidos do que na Áustria, Bélgica, França, Itália, Holanda, Noruega, Suécia, Reino Unido e República Federal da Alemanha (Greenstein, 1983). Estas comparações tornam-se ainda mais dramáticas uma vez consideradas as elevadas despesas militares dos Estados Unidos. As famílias, nos Estados Unidos, precisam pagar do próprio bolso uma série de serviços que são financiados por receitas tributárias em outros países. Mesmo assim, uma renda anual superior a US\$ 8000, que está dentro do nível de pobreza para uma família de quatro pessoas, representaria uma opulência não sonhada para a maioria das famílias no mundo. O que isto significa nos Estados Unidos? Para uma elevada proporção de crianças pobres isto significa um maior risco de morte, de contração de doenças evitáveis, de invalidez e de chances de contaminação.

A proporção de crianças vivendo na pobreza segue a tendência geral da economia. Durante os anos setenta algumas influências adicionais acentuaram o movimento das crianças em direção aos níveis de pobreza. Essas tendências incluem um crescimento no número de partos entre jovens com menos de vinte anos e um acentuado crescimento na proporção de famílias sem pai ou sem mãe e de famílias cujo chefe é a mulher. O mesmo período assistiu a um sensível crescimento da necessidade de ambos os pais trabalharem fora de casa, a saída encontrada por muitas famílias para evitar o empobrecimento, mas que trouxe problemas inadequadamente resolvidos de supervisão e cuidado dos filhos. Estes problemas são sérios para bebês e crianças em idade pré-escolar, e não menos perturbadores para as "crianças trancadas em casa" — crianças em idade escolar que não dispõem dos cuidados de adultos no intervalo entre o término das aulas e horário da volta dos pais do trabalho. Todas estas condições contribuem para o aflitivo fenômeno de crianças pequenas tornaram-se responsáveis pelo cuidado de crianças ainda menores, sem a supervisão dos adultos. Uma exploração ampla desses problemas está fora dos objetivos deste trabalho, exceto para salientar que nem o cuidado comunitário de crianças, nem o subsídio às famílias para custear o cuidado diário dos filhos tem sido concedido de forma adequada. (Kamerman e Kahn, 1979).

Uma proposta foi aprovada pelo Congresso em 1971 estabelecendo e expandindo um amplo programa de desenvolvimento infantil comunitário, incluindo o cuidado diário das crianças, mas foi vetada pelo Presidente. Desde aquela época, argumentos de que a integridade das famílias nos Estados Unidos está mais ameaçada pelo descaso do que pela assistência publicamente patrocinada, não têm sido politicamente persuasivos. O Instituto Alan Guttmacher analisou, em 1981, 125 cidades com população acima de 100000 habitantes no sentido de determinar a disponibili-

dade de serviços dirigidos a mães jovens e seus bebês. O *day care* — cuidado de crianças — revelou-se o serviço mais deficiente, conforme demonstrado por cerca de 71% das cidades (Alan Guttmacher Institute, 1981).

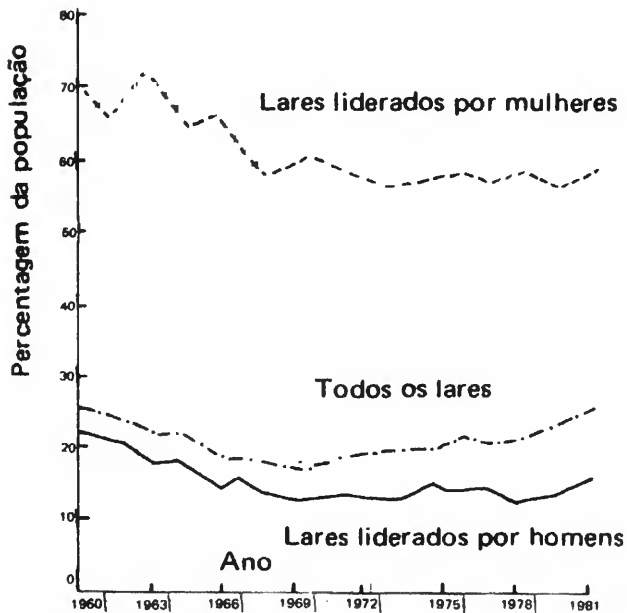
Estão crescendo rapidamente as famílias com apenas um dos pais e as famílias cujo chefe é a mulher, que necessitam de auxílio e de assistência externos especiais. A proporção de crianças morando em famílias sem a presença de um dos pais aumentou de 9%, em 1960, para 13% em 1970 e para 21% em 1981, esperando-se que esse índice continue a aumentar. Glick projeta que em 1990 um quarto de todas as crianças estarão morando com apenas um dos pais (citado por Select Panel, Vol. III, 1981). Cerca de 90% das crianças, em famílias onde apenas um dos pais está presente, moram com as mães e mais da metade dessas famílias estavam abaixo dos níveis de pobreza em 1981 (Rivlin, 1983).

Em média, as mulheres ganham menos do que os homens, e famílias lideradas por mulheres têm maior probabilidade de ter uma menor renda. Em 1978, as crianças em famílias lideradas por mulheres tinham uma probabilidade seis vezes maior de viver abaixo do nível de pobreza do que crianças em famílias lideradas por homens (Select Panel, Vol. III, 1981). Figura 2).

A taxa de partos entre jovens abaixo de vinte anos, nos Estados Unidos, está entre as mais elevadas do mundo e contribui, substancialmente, para a elevada proporção de bebês e crianças que crescem na pobreza (Alan Guttmacher Institute, 1981). Um em cada cinco nascimentos é de uma mulher com dezoito anos ou menos (Reycroft e Kessler, 1980). A combinação de maternidade precoce e de famílias lideradas por mulheres predispõe, quase que fatalmente, para o empobrecimento.

FIGURA 2

PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO AMERICANA ABAIXO DE 18 ANOS VIVENDO EM FAMÍLIAS ABAIXO DA LINHA DE POBREZA POR TIPO DE FAMÍLIA, 1960-81



Fonte: Rivlin (1981).

Cerca de metade do dinheiro alocado pela Aid for Families with Dependent Children (AFDC), em 1975, foi para famílias nas quais a mulher teve um parto quando jovem, com menos de vinte anos. Entretanto, apenas a quarta parte das mães jovens recebem pagamentos da AFDC (Alan Guttmacher Institute, 1981).

A prevenção de muitos partos indesejados, ou de alto risco, tem um efeito benéfico nessas circunstâncias. Durante os anos setenta, o acesso à contracepção e aos serviços de aborto cresceram substancialmente (Torres et al, 1981; Henshaw et al, 1981). A Figura 3 e Tabela 6 documentam o crescimento da disponibilidade e do uso do planejamento familiar e dos serviços de aborto.

Esses programas melhoraram a saúde infantil e a mortalidade pela prevenção de muitos partos de alto risco. Entre 1973 e 1978 houve um aumento de 13% na gravidez de jovens com idade inferior a vinte anos, mas ocorreu também um declínio

nos partos para a mesma faixa etária. Para o grupo ainda mais jovem o número de casos de gravidez aumentou 5%, os abortos cresceram 31% e os nascimentos caíram 17% (Alan Guttmacher Institute, 1981).

5. Manutenção e Assistência

Existe uma relação direta entre estado de saúde e nível sócio-econômico (Edwards e Grossman, 1979; Starfield, 1982). Esta relação entre as duas variáveis é especialmente evidente nos Estados Unidos, devido ao fraco compromisso da nação em assegurar, a todas as pessoas, serviços essenciais e apropriados de saúde, independentemente de flutuações econômicas que atinjam indivíduos ou a sociedade como um todo.

O sistema usual de previdência médica para a maioria das pessoas nos Estados Unidos é um sistema de prática privada, com financiamento dos honorários através do Medicaid, de seguros de saúde privados ou de pagamentos do próprio bolso. Benefícios de saúde são concedidos a alguns sindicatos e a alguns empregadores. As crianças estão menos cobertas por seguros de saúde privados do que qualquer outro grupo. As crianças, ou melhor, seus pais, pagam do próprio bolso uma proporção mais elevada dos custos do atendimento médico do que qualquer outra faixa etária (Budetti et al, 1982).

O maior sistema para superar as barreiras à prestação de serviços médicos para pobres é o Medicaid, que é um benefício dentro do sistema de bem-estar social que paga honorários aos médicos para o atendimento de pessoas classificadas como pobres. No entanto, existe uma garantia muito pequena de que pessoas pobres realmente tenham acesso aos serviços apropriados. De fato, cerca de 50% dos médicos particulares evita ver pacientes do Medicaid (Davidson, 1982) e, em muitos municípios, nenhum médico particular está disponível para os pacientes do Medi-

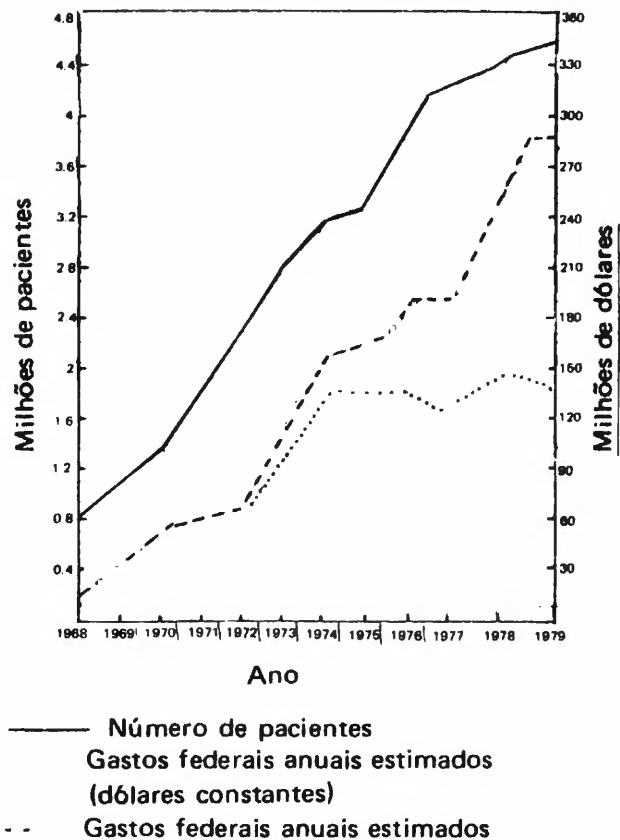
caid. Tanto os requisitos para beneficiar-se do programa, como os próprios benefícios, variam grandemente de estado para estado (Davidson, 1978). Somente um terço dos pobres são servidos pelo Medicaid (McManus e Davidson, 1982).

Outros problemas estão associados ao Medicaid. Uma proporção crescente de fundos do Medicaid tem sido utilizada para financiar o cuidado domiciliar de idosos. Os recursos que sobram para crianças nem sempre têm sido aplicados nas prioridades que apresentam melhor relação custo-benefício. O programa assegura o pagamento de contas médicas, sem especificar serviços prioritários ou padrões de renda, contribuindo, por um lado, para a inflação dos serviços médicos cujos preços têm crescido acima da média, e, por outro, para a utilização extensiva de tecnologias dispendiosas. Um meio-termo, que assegure tanto o atendimento de pessoas pobres que necessitem de tratamento especializado, como o atendimento preventivo de rotina, ainda não foi encontrado.

Nessas circunstâncias, emergem algumas situações paradoxais. As taxas de sobrevivência para bebês de baixo peso são melhores nos Estados Unidos do que na maioria dos outros países, mas nos EUA nasce uma proporção maior de bebês de baixo peso do que na maioria das outras nações industrializadas. A manutenção do *laissez-faire* para o setor de saúde possibilita e estimula a utilização de tecnologias sofisticadas para a solução de problemas médicos, mas não atende ao propósito de oferecer um atendimento mais amplo, baseado na medicina preventiva, que diminuiria os problemas médicos e a necessidade, ao menos em parte, de uso de tecnologias caras.

Mesmo não havendo um sistema nacional que assegure o atendimento a todas as pessoas em suas necessidades de serviços de saúde, muitas cidades e estados têm procurado atingir esse objetivo através da expan-

FIGURA 3
NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS ANUALMENTE NOS ESTADOS UNIDOS EM CLÍNICAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR, DESPESAS FEDERAIS ANUAIS



Fonte: Torres et al (1981).

são da disponibilidade de serviços de saúde em clínicas públicas ou departamentos de saúde locais (Miller e Moos, 1981). Estas clínicas têm-se expandido progressivamente ao longo das últimas duas décadas. Muitas pessoas fazem uso das clínicas para alguns serviços mais simples, como planejamento familiar, pré-natal, imunizações, controle de doenças venéreas e pediatria. As agências de saúde pública identificam muitas pessoas com problemas de saúde através de programas e levantamentos de informações que permitem identificar doenças como diabetes, hipertensão, células doentes ou saturnismo. As clínicas de saúde pública fornecem algumas vezes o diagnóstico apropriado e o tratamento subsequente aos pacientes. Em certas ocasiões, providenciam para que a seqüência do tratamento seja feita em outras instituições.

Várias entidades fornecem, através dos departamentos locais de saúde, programas abrangentes de atendimento primário destinado à população pobre, ou no limiar da pobreza, residente na vizinhança (Miller e Moos, 1981). A abrangência e a qualidade desses programas cresceram extensivamente durante os anos sessenta e setenta. No entanto, o desenvolvimento dos serviços e benefícios prestados pelos departamentos locais de saúde deu-se de forma irregular de uma área para outra. Nenhuma estrutura eficaz existe nos EUA para o patrocínio público de assistência à maternidade e à infância.

Nos EUA, muitas iniciativas nesse sentido têm-se restringido à projetos de demonstração para pequenas áreas. Esses projetos, mesmo sendo bem-sucedidos, não têm sido estendidos para toda a população carente que se beneficiaria de intervenções similares. Projetos especiais para atender mulheres grávidas, bebês, crianças e jovens carentes tiveram início em meados dos anos sessenta. Esses projetos foram patrocinados pelo governo federal e mostraram-se bem-sucedidos, quer quanto à operacionalidade econômica, quer quanto aos retornos na área de saúde. No entanto, esses programas voltaram a ser de responsabilidade administrativa dos estados no início dos anos setenta.

O efeito combinado desses sistemas de previdência não tem sido relevante para assegurar a participação plena de todas as pessoas aos serviços apropriados. Por exemplo, durante o final dos anos setenta a atenção concentrou-se nas disparidades verificadas nas taxas de imunização entre crianças pobres e não-pobres. Um programa nacional de imunização, implementado através de agências oficiais de saúde dos governos locais e dos estados, obteve finalmente como resultado elevados graus de imunização para todos os grupos de crianças. Por outro lado, nenhuma campanha nacional tem sido montada para conseguir, desde o início da gestação, e de

forma contínua, a participação de mulheres grávidas nos programas de assistência pré-natal.

Estas e outras circunstâncias levaram um conselho autorizado pelo Congresso — *Select Panel for the Promotion of Child Health* — a recomendar, em 1980, que fosse instituído um programa mais amplo de âmbito nacional para assegurar, às expensas públicas, a participação de todas as pessoas necessitadas em um conjunto bem definido de serviços básicos essenciais que incluiria: pré-natal, parto e cuidados pós-parto; pediatria para crianças até cinco anos e serviços de planejamento familiar (*Select Panel*, vol. 1, 1981). As medidas recomendadas pelo relatório foram autorizadas pelo Congresso durante a administração Carter, mas os serviços ainda não estavam disponíveis mesmo depois da eleição do Presidente Reagan.

Das medidas aventadas pelo Conselho poucas foram implementadas e ocorreu de fato uma profunda mudança ideológica no governo que diminuiu sua responsabilidade em fornecer ou assegurar a participação de todos em serviços essenciais de saúde. A ideologia e ascensão de Novo Federalismo defenderam e asseguraram a política de que estes serviços, sempre que possível, deveriam ser prestados pelo mercado privado e não pelo governo, e desde que existisse uma responsabilidade governamental na prestação desses serviços, esta responsabilidade deveria ser exercida a nível local e estadual.

Muitos programas de saúde sofreram solução de continuidade em 1981, sendo seus fundos colocados à disposição dos estados. O volume de recursos públicos à disposição dos serviços de saúde foi dramaticamente reduzido e uns poucos projetos, normas ou prioridades, foram poupados da discriminação estatal. Estas mudanças foram defendidas, em parte, com a esperança de melhor dimensionar os programas públicos, de forma a aumentar sua eficiência.

TABELA 6

NÚMERO INFORMADO DE ABORTOS; NÚMERO DE POSTOS DE SAÚDE; TAXA DE ABORTOS POR 1000 MULHERES COM IDADE ENTRE 15 E 44 ANOS; E TAXAS DE ABORTO POR 1000 ABORTOS MAIS NASCIDOS VIVOS: PARA ÁREAS METROPOLITANAS E NÃO-METROPOLITANAS, 1973-79

Estadísticas segundo o tipo de área	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979 (*)
(1) N.º de abortos (milhares)							
Total	744,6	898,6	1034,2	1179,3	1216,7	1409,6	1540,0
Áreas metropolitanas	720,2	860,7	985,7	1123,3	1258,0	1345,2	1469,0
Áreas não-metropolitanas	24,4	37,9	48,5	56,0	58,7	64,4	71,0
(2) N.º de postos de saúde							
Total	1627	2028	2398	2567	2688	2753	n.p.
Áreas metropolitanas	1302	1615	1903	2037	2139	2198	n.p.
Áreas não-metropolitanas	325	413	495	531	549	555	n.p.
(3) Taxa de abortos							
Total	16,6	19,6	22,1	24,5	26,9	28,2	30,2
Áreas metropolitanas	22,7	26,7	30,2	31,6	34,7	36,4	39,1
Áreas não-metropolitanas	1,9	2,8	3,4	4,4	4,6	4,9	5,3
(4) Abortos por 1000 abortos mais nascidos vivos (+)							
Total	193	220	249	265	286	294	303
Áreas metropolitanas	255	288	249	265	286	294	303
Áreas não-metropolitanas	23	35	45	49	50	54	56

(*) Projeção

(+) Nascidos vivos seis meses depois.

n.p. = não-projetada

Fonte: Henshaw et al (1981).

Os programas foram implementados de forma desigual, como caracterizam não apenas os esforços para assegurar a participação nos serviços de saúde como também para fornecer renda suplementar e auxílio para os pobres. Aid to Families with Dependent Children (AFDC) é um programa federal que objetiva proteger as crianças pobres dos piores efeitos da pobreza através da suplementação da renda de suas famílias. Dois terços dos clientes do AFDC são crianças e os clientes restantes são adultos e pais, sendo que quatro quintos destes são mulheres solteiras. A rotatividade entre as famílias dependentes do AFDC é bastante elevada. A cada ano, uma terça parte dos clientes afasta-se sendo substituídos por outras famílias. O AFDC é caracterizado por uma grande variação dos benefícios entre os estados, mas em sua maioria os benefícios são dramaticamente baixos e não têm sido mantidos em termos reais. Os beneficiários perderam cerca de 20% de seu poder de compra entre 1976 e 1982 (*Children's Defense Fund*, 1983). Os benefícios têm sido redefinidos desde 1980, tendo como resultado um declínio apreciável nas famílias potencialmente enquadráveis neste programa. Em 1982 os níveis de gastos do AFDC caíram cerca de 5% em termos reais (Rivlin, 1983). Atualmente, somente um terço das famílias pobres estão cadastradas como beneficiárias do AFDC.

As despesas nacionais com bônus de alimentos são da mesma ordem das despesas com o AFDC. Estas são as duas maiores fontes de suplementação de renda que beneficiam as famílias pobres com crianças. O bônus de alimentação e outros programas nutricionais serão considerados em seções subseqüentes.

Os serviços de saúde e suplementação de renda não estão limitados nos Estados Unidos apenas aos pobres. Esses benefícios, de avaliação mais difícil, incluem o *Medicare* (um programa federal de saúde para pessoas com mais de 65 anos), a merenda escolar, os planos de pensões fi-

nanciados por sindicatos ou empresas empregadoras e os planos de seguro saúde em grupo fornecidos por sindicatos ou pelas empresas empregadoras. Em 1981, nove entre dez famílias recebiam ao menos um desses benefícios não-financeiros (*Bureau of the Census*, 1983). Mesmo dentro dos programas publicamente financiados, os benefícios para os não-pobres são significativos. Cerca de 75% do total de desembolsos federais com tratamento de saúde beneficiaram não-indigentes em 1977 (Office of Management and the Budget, 1977).

6. Indicadores do Estado e do Risco de Saúde

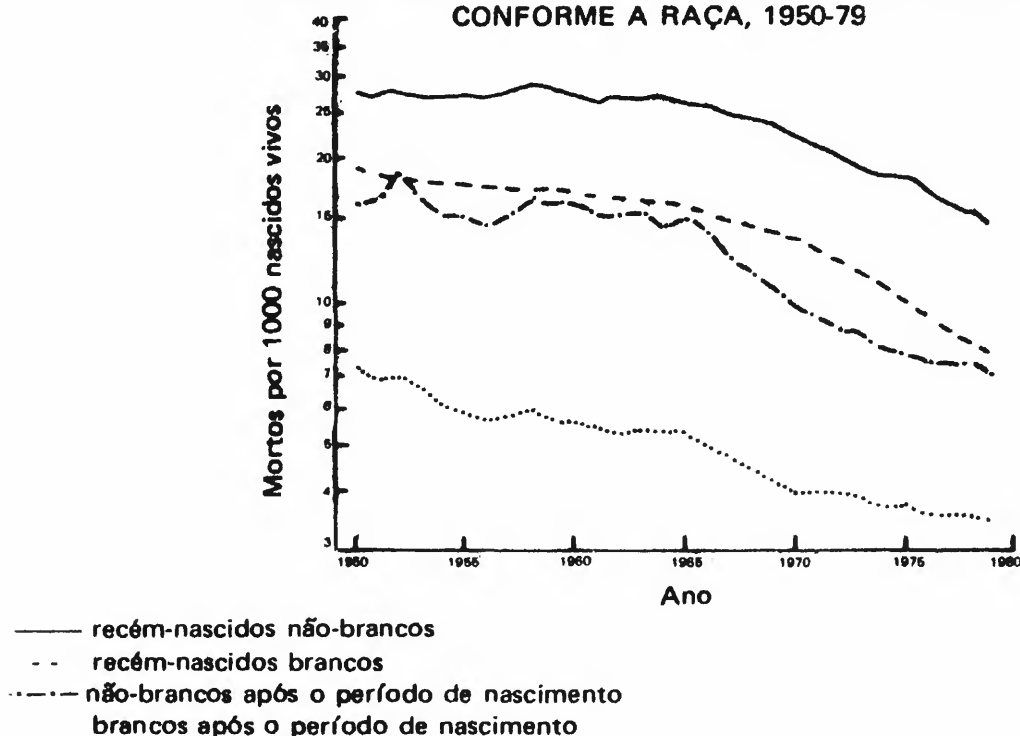
(a) Taxa de mortalidade infantil

A taxa de mortalidade infantil nos Estados Unidos, embora decrescente, tem-se mantido em níveis mais altos do que os de outras nações industrializadas e mesmo do que os de algumas nações de recursos extremamente mais modestos.

Brenner analisou a relação entre mortalidade infantil e crescimento econômico nos Estados Unidos e constatou que existe uma relação inversa entre as variações associadas aos ciclos econômicos (que ocorrem regularmente) e os índices de mortalidade infantil. Os dados utilizados por Brenner foram levantados, em sua maioria, nos anos anteriores ao impacto dos principais programas de saúde e benefícios sociais, que tiveram início em meados dos anos sessenta. As taxas de mortalidade infantil nos Estados Unidos mostraram apenas uma ligeira melhora nos 25 anos que precederam aquelas reformas. Após 1965, nota-se uma tendência mais pronunciada de queda até 1980, mas tem sido desapontador o fato de que tem se mantido o diferencial entre as taxas para os brancos e os não-brancos (Figura 4).

Grossman e Jacobowitz analisaram um conjunto de políticas e programas públicos iniciados entre 1964 e 1977, com o

FIGURA 4
TAXAS DE MORTALIDADE PARA RECÉM-NASCIDOS E BEBÊS,
CONFORME A RAÇA, 1950-79



Fonte: National Center for Health Statistics: computados pela Division of Analysis a partir de dados compilados pela Division of Vital Statistics, citado em National Center for Health Statistics, Health United States (1982).

objetivo de medir seus impactos relativos nas taxas de mortalidade infantil. Os programas incluíam: Medicaid, Maternal and Infant Care Projects, serviços de planejamento familiar para mulheres de baixa renda subsidiados pelo governo federal, legalização do aborto e um grande número de técnicas contraceptivas por meio oral e intra-uterino. O aumento na taxa de abortos legais foi isoladamente o fator mais importante para a redução das taxas de mortalidade de recém-nascidos (Grossman e Jacobowitz, 1982). O segundo fator determinante foi a utilização de serviços de planejamento familiar organizados para mulheres de baixa renda. O Medicaid não teve nenhum impacto nas taxas de mortalidade de recém-nascidos brancos e teve um efeito ainda menor do que o dos dois fatores analisados anteriormente para os recém-nascidos não-brancos. Deve ser feita observação de que, na maioria dos estados, os fundos públicos para o aborto têm sofrido solução de continuidade e que os fundos federais para o planejamento fami-

liar não têm crescido em termos reais desde 1973. O apoio para esses programas tem sofrido forte redução desde 1981 e a administração Reagan tem seguido ativamente uma política que tenta criminalizar o aborto.

(b) Recém-nascidos de baixo peso

Uma elevada proporção de bebês nos Estados Unidos tem nascido pesando menos de 2500 gramas. A taxa para os não-brancos é aproximadamente o dobro da verificada para os brancos, mas mesmo a última não se compara com as taxas bem mais favoráveis apresentadas por outras nações industrializadas tais como o Japão, Nova Zelândia, Noruega e Suécia (National Center for Health Statistics, 1981). (Veja a Tabela 7).

Embora as taxas de sobrevivência para crianças nascidas com baixo peso tenham melhorado significativamente durante a

TABELA 7

PERCENTAGEM DE NASCIDOS VIVOS COM BAIXO PESO AO NASCER, 1973

Raça e área	Recém-nascidos de baixo peso (*)
EUA: Total	7,55
Não-brancos	13,25
Branco	6,41
Japão	4,74
Nova Zelândia	4,69
Noruega	4,16
Suécia	3,56

(*) 2500 gramas ou menos.

Fonte: National Center for Health Statistics, *Health United States*, 1981.

década passada, pequeno progresso tem sido sentido quanto à redução da proporção de crianças nascidas prematuramente ou muito pequenas. (Office of Technology Assessment, 1981). Na realidade as estatísticas para os bebês não-brancos devem ter piorado em 1977-78 (National Center for Health Statistics, 1981).

Vários esforços têm sido dirigidos a um ou mais fatores que afetam o nascimento com baixo peso nos Estados Unidos, especialmente na área de nutrição e de cuidados pré-natais, com resultados promissores. Mas nenhuma campanha nacional foi ainda montada com o fim específico de reduzir a proporção de bebês de baixo peso. O mais importante programa nacional foi decretado em 1972, o Special Supplemental Food for Women, Infants and Children (WIC). O programa objetiva fornecer educação nutricional e suplementação alimentar para mulheres grávidas mas tem atingido apenas cerca de 25% das mulheres necessitadas. Algumas avaliações sugerem que ocorreu uma melhora no peso dos recém-nascidos, filhos de mulheres que participaram do programa durante a gravidez (Kennedy et al, 1982). Um relatório indica que o estímulo propiciado pelo fornecimento de alimentos tem induzido um número crescente de mulheres grávidas pobres a ingressar nos serviços de acompanhamento pré-natal (Kotch e Whi-

teman, 1982). Uma revisão das poucas e limitadas intervenções governamentais no sentido de reduzir a ocorrência de nascimentos de crianças de baixo peso aponta seus fracassos e suas deficiências metodológicas (Heminski e Starfield, 1978). Esses resultados permitem afirmar que não tem sido aplicado em escala adequada tudo o que se conhece sobre prevenção de recém-nascidos de baixo peso.

Uma das mais interessantes intervenções governamentais nesse sentido tem sido freqüentemente esquecida pela maior parte das análises. Uma experiência com uma taxa negativa de imposto de renda provocou um aumento substancial no peso dos recém-nascidos nas famílias beneficiadas pelo programa (Salkind e Haskins, 1982). Embora essa experiência não tenha ainda sido adequadamente estudada, os poucos resultados disponíveis são claros o suficiente para sugerir que se justifica plenamente o desenvolvimento de programas e políticas nessa linha.

(c) Acompanhamento pré-natal

Durante a década de setenta, a participação de mulheres brancas em acompanhamento pré-natal durante os três primeiros meses de gravidez aumentou apenas de 72 para 79%. Esse mesmo aumento

TABELA 8

DESPESAS PER CAPITA COM A DEFESA NACIONAL E COM PROGRAMAS
PARA FAMÍLIAS DE BAIXA RENDA E CRIANÇAS, ANOS FISCAIS 1981-1988

Ano fiscal	Defesa nacional (\$)	Programa para famílias de baixa renda e crianças (\$)
1981	695	416
1982	762	372
1983	825	379
1984	892	350
1985	983	342
1986	1054	334
1987	1097	327
1988	1133	325
Varição em dólares (%)	+ 438 + 63,0	-91 -21,9

Fonte: From Children's Defense Fund (1983).

foi maior para as mulheres não-brancas, mas o problema para esse grupo era também maior: em 1979, cerca de 40% das mulheres grávidas não-brancas não seguiram nenhum acompanhamento pré-natal durante o primeiro trimestre (Figura 5). Contudo, deve-se ressaltar que a tendência de aumento na participação de programas de acompanhamento pré-natal não se reverteu durante ou após a recessão de 1974-75.

(d) Nutrição

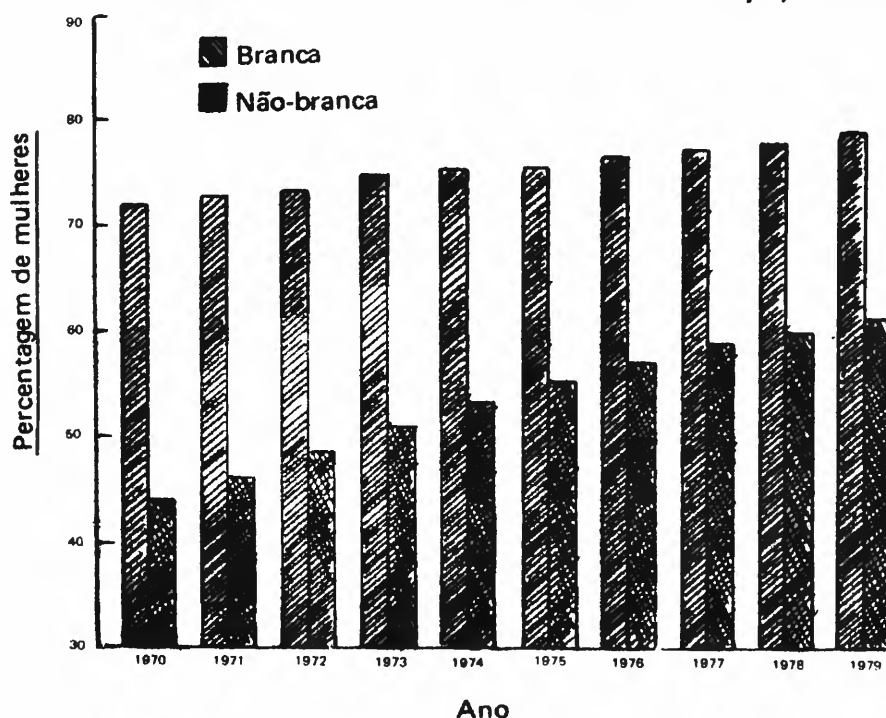
Em 1968, a Citizens Board of Inquiry produziu um surpreendente relatório que documentava a considerável extensão da fome e da subnutrição entre crianças nos Estados Unidos (Hunger USA, 1968). O público, de modo geral, consternou-se em saber que privações nutricionais comparáveis às das partes mais pobres do mundo existiam numa sociedade tão rica. Marasmus e Kwashiorkor eram mais do que curiosidades em algumas partes dos Estados Unidos (Schaefer, 1977). Em pesquisas subseqüentes demonstraram a extensi-

va inadequabilidade da dieta alimentar (in suficiência calórica) e o crescente número de crianças com problemas de crescimento entre as famílias pobres Carter, 1974). Entre essas famílias, por exemplo, de 37 a 46% das crianças de 2 anos de idade ficaram abaixo do 15.º percentil das tabelas padrão de tamanho. Problemas de crescimento, associados à desnutrição foram encontrados entre crianças pobres em todas as faixas etárias.

A resposta da nação ao problema foi imediata (o material seguinte foi obtido em Kotz, 1979):

- O programa de bônus alimentar cresceu de US\$ 288 milhões, servindo 2,8 milhões de pessoas em 1968 para US\$ 5 bilhões anuais servindo 16 milhões de pessoas em 1979.
- O programa de alimentação para crianças pobres, com subsídio total ou parcial no preço da refeição, cresceu de US\$ 42 milhões favorecendo 3 milhões de crianças em 1968 para US\$ 1,2

FIGURA 5
MULHERES SEGUINDO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NO PRIMEIRO TRIMESTRE DE GRAVIDEZ, CONFORME A RAÇA, 1970-79



Fonte: National Center for Health Statistics, Division of Vital Statistics, citado em National Center for Health Statistics, **Health United States** (1982).

bilhão, servindo 12 milhões de crianças pobres em 1979. Nesse mesmo ano o governo gastou outros US\$ 500 milhões subsidiando parcialmente as refeições de todos os 26 milhões de participantes.

- O programa de café da manhã gratuito expandiu-se de US\$ 5,5 milhões em 1968, quando atendia 300 mil crianças, para um montante, em 1979, de US\$ 200 milhões, servindo a mais de 3 milhões de crianças.
- Os programas de proteção à infância (Child Care) e de alimentação durante o verão (Summer Food) forneciam em 1979 alimentos para 3 milhões de crianças, a um custo de US\$ 250 milhões, em contraste com os programas existentes em 1968, que serviam 140 mil crianças a um custo de US\$ 3,2 milhões.
- O programa de alimentação suplementar para mulheres, bebês e crianças

(WIC) cresceu rapidamente: de US\$ 14 milhões atendendo 206 mil pessoas, em 1974, para US\$ 550 milhões servindo perto de 1,5 milhão de pessoas em 1979.

Apesar de todas essas iniciativas, os problemas de nutrição entre crianças americanas não foram eliminados. Dez anos após o primeiro levantamento da fome nos Estados Unidos, uma nova pesquisa por amostragem foi realizada (Kotz, 1979). O relatório dessa pesquisa assegurava que situações flagrantes de fome e de subnutrição não mais existiam nos Estados Unidos. O relatório advertia, entretanto, que, apesar de serem adequados os programas de suplementação alimentar, continuavam a ser necessários não só a vigilância contínua contra a má-nutrição como a manutenção do esforço para sua prevenção.

A partir das mudanças políticas e fiscais posteriores a 1981, os programas nutricionais, incluindo merenda escolar, bônus de alimentação e WIC, foram especialmente

contemplados com reduções. A administração Reagan reduziu os fundos desses programas com a intenção de transferir sua administração e controle para cada estado ao invés de mantê-los como uma matéria de prioridade nacional e, portanto, dentro do âmbito federal.

(e) Contaminação por chumbo

Embora opiniões recentes de especialistas indiquem que qualquer nível de chumbo no sangue pode ser danoso, os Centers for Disease Control (CDC) têm definido como elevados os níveis iguais ou superiores a 30 microgramas de chumbo por decilitro de sangue (30mg/dl), e tem recomendado que crianças com nível igual ou superior a este devem merecer observação adicional e tratamento. Este padrão tem sido revisto e reduzido ao longo do tempo, sendo razoável projetar-se reduções adicionais no futuro. Níveis muito altos de chumbo no sangue podem resultar em anemia severa, desenvolvimento mental lento, retardamento mental, danos aos rins e ao fígado, convulsões, coma e morte. Há uma evidência crescente de que mesmo a níveis ligeiramente acima do limite recomendado podem produzir incapacidade verbal, de percepção, motora e desajustes de comportamento em crianças, que incluem irritabilidade, atraso no desenvolvimento, dificuldade de fixar a atenção, inabilidade para seguir instruções, e resultados mais baixos em testes de leitura, ortografia e Q.I. (Lin-Fu, 1979). Uma vez que o chumbo pode se concentrar nos ossos, a quantidade de chumbo no sangue é um indicador imperfeito do total de chumbo no organismo. Às vezes, quando ocorrem doenças agudas como a diarreia, grandes quantidades de chumbo concentradas nos ossos podem se deslocar para o sangue, causando sintomas agudos de saturnismo (contaminação por chumbo).

O National Center for Health Statistics estima que 4% das crianças em idade pré-escolar nos Estados Unidos — 675000

crianças — têm elevados níveis de chumbo no sangue, de 30mg/dl ou mais. A proporção de crianças não-brancas em idade pré-escolar com níveis elevados de chumbo no sangue é superior em seis vezes a proporção para as crianças brancas de mesma idade: 12,2% comparativamente a 2%. Entre as crianças não-brancas de famílias de baixo nível de renda, perto de uma em cinco (18,6%) tem níveis elevados de chumbo no sangue.

O nível médio de chumbo no sangue é significativamente maior para crianças de famílias de baixa renda do que para crianças de famílias ricas. Para os não-brancos, o nível médio de chumbo no sangue entre crianças em idade pré-escolar, cujas famílias têm renda inferior a US\$ 6000 é de 22,9mg/dl, comparativamente à média de 17,2mg/dl para crianças de famílias com renda de US\$ 15000 ou mais. Entre pré-escolares brancos, os níveis de chumbo no sangue são de 18,1 e 13,7mg/dl, respectivamente, para as famílias das duas classes de renda. Crianças residindo no ambiente urbano têm uma média mais elevada de nível de chumbo do que crianças vivendo no meio rural. Entre crianças não-brancas, em idade pré-escolar e morando em grandes cidades, 22,2mg/dl comparativamente a 18,3mg/dl para crianças em estabelecimentos rurais. Entre brancos, as mesmas estatísticas são 16,6 e 13,5mg/dl (Annest et al, 1982).

As fontes de contaminação por chumbo não se encontram ainda devidamente estudadas. Elas incluem a pintura de paredes de casas velhas, a exaustão dos automóveis e o solo, particularmente ao longo das auto-estradas. Durante o período 1976-1980, o nível médio de chumbo no sangue para crianças de seis meses a cinco anos de idade caiu em 40%. Este declínio tem sido atribuído em parte à redução do chumbo contido na gasolina, que resulta em uma redução do chumbo emitido pelo escapamento dos automóveis.

Durante a administração Reagan, regulamentações e padrões para a proteção do meio ambiente têm sido substancialmente relaxados. Por exemplo, aumentou-se em 100% o nível permitido de chumbo no ar (Freedman e Weir, 1983).

Muitas outras toxinas ambientais, muitas delas encontradas em resíduos industriais, são conhecidas como especialmente danosas para crianças (i. é. mercúrio, dioxina, formaldeído e vários pesticidas). No entanto, não se encontram ainda bem documentadas a extensão e a natureza dos problemas de saúde associados às toxinas ambientais e, ao que parece, o entendimento dessas questões não será tão cedo melhorado. Uma redução de 50% dos fundos para pesquisa do Environmental Protection Agency ocorreu desde que o Presidente Reagan assumiu o governo. Entre as verbas cortadas estava um programa estabelecido na administração Carter para a pesquisa dos efeitos da poluição ambiental na saúde infantil (Freedman e Weir, 1983).

(f) Resultados do Programa de Diagnóstico para Triagem e de Tratamento Infantil – PDTTI

Quando o programa Medicaid foi criado, em 1966, havia dados abundantes mostrando que as crianças pobres experimentavam um volume desproporcional de problemas de saúde. Perdas da acuidade auditiva, interrupção do crescimento e anemia por deficiência de ferro predominavam de forma especial (PDTTI, 1978).

Reconhecendo que a maioria das crianças pobres não tinha nenhum meio regular de atendimento médico, o Congresso autorizou uma emenda ao Medicaid que recomendava a todos os estados participantes que estendessem o programa a todas as crianças carentes. Estas deveriam passar por exames para levantamento dos problemas de saúde eventualmente existentes, sendo providenciados o diagnóstico e tra-

tamento de qualquer problema constatado (PDTTI, 1978). O programa tem sido implementado muito lentamente e sua performance tem sido muito irregular nos diferentes estados. Em 1976, somente a terça parte das crianças carentes foi realmente alcançada pelo EPSDT, mas os resultados sobre o estado de saúde dessas crianças foi desalentador. Cerca de metade das crianças examinadas necessitavam de diagnóstico e tratamento de uma média de dois problemas (PDTTI, 1978):

- 50% encontravam-se inadequadamente imunizadas.
- 25% encontravam-se com problemas dentários sérios.
- 10% tinham problemas de visão.
- 12% tinham baixos níveis de hemoglobina.
- 8% sofriam de problemas no sistema respiratório superior.
- 7% sofriam de infecções genito-urinárias.
- 9%, nas áreas urbanas, tinham elevados níveis de chumbo no sangue.
- 3% tinham problemas auditivos.

Lamentavelmente, somente metade das crianças em que foram encontrados problemas de saúde receberam, subseqüentemente, diagnóstico e tratamento adequados. Em 1980, muitas reformas para o EPSDT foram formuladas e implantadas. O programa, tão adiado e alterado, começou a trazer resultados impressionantes, conduzindo um número crescente de crianças pobres a um tratamento médico adequado (Davis et al, 1981).

(g) Utilização dos serviços de saúde

Ao longo dos últimos quinze anos, progressos têm sido feitos na promoção do acesso de crianças pobres ao atendimento médico. Em meados da década de sessenta as crianças não-pobres usavam 23% mais os serviços de médicos particulares do que as crianças pobres; e as crianças brancas usavam 42% mais do que as não-brancas o

mesmo serviço (Davis et al, 1981). A partir do final dos anos setenta as crianças pobres experimentaram, a cada ano, um número de visitas *per capita* a consultórios médicos particulares superior ao das crianças não-pobres.

Mas, depois de ter sido feito um certo ajuste nesse desequilíbrio, a situação tornou-se a se reverter. As crianças pobres voltaram a fazer um número menor de visitas *per capita* do que as não-pobres (Kleinman et al, 1981). Importantes diferenças persistiam nos quadros do atendimento médico para crianças dos dois grupos. Crianças pobres:

- recebiam um número menor de visitas preventivas;
- tinham uma menor probabilidade de serem atendidas por um médico particular e uma maior probabilidade de serem atendidas em uma clínica pública;
- Tinham muito menor acesso a consultas de problemas de saúde por telefone.

Os programas federais de saúde, que tinham a intenção de reduzir o diferencial no atendimento de saúde existente entre crianças ricas e pobres, tiveram um enorme sucesso, mas ainda não o suficiente. Davis et al (1981) identificou alguns dos *gaps* a serem cobertos. Ele analisou a proporção de crianças cobertas pelo Medicaid (34% das pobres), aquelas cobertas pelo programa de centros de saúde comunitários patrocinado pelo governo (8% das crianças pobres) e aquelas que residem em áreas não-servidas por médicos (36% das crianças pobres). A partir de sua análise, Davis calculou que um número significativo de crianças (21% das crianças pobres) vive em situação de 'triplo risco': elas não são cobertas pelo Medicaid, não são servidas pelas clínicas comunitárias e moram em áreas onde não há médicos. Estas eram as circunstâncias no momento imediatamente anterior à redução nos financiamentos públicos para assistência e tra-

tamento de saúde, e antes da séria recessão econômica que aconteceu em 1981.

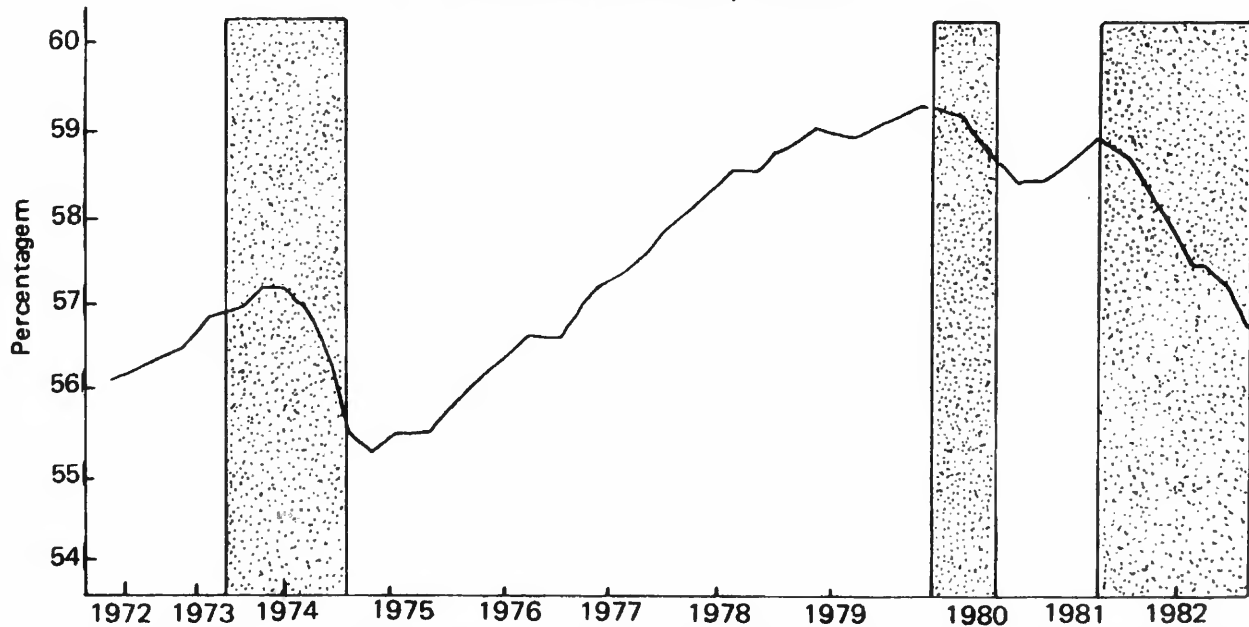
7. O Significado da Recessão para as Crianças

Durante a séria recessão vivida pelo país entre 1974-75, as taxas mensais de desemprego alcançaram 9,2% — até aquela data, o mais profundo declínio econômico desde a Grande Depressão (Lee, 1979). A severidade da recessão de 1974-75 é ilustrada na Figura 6, que revela que a relação emprego-população estava mais deprimida em 1975 do que durante o meio do ano de 1982. O período 1974-75 também assistiu a uma elevada taxa de inflação dos preços do tratamento médico, consequência da remoção dos controles de preço, em abril de 1974 (Holahan, et al, 1979). Contudo, nenhum crescimento na taxa de mortalidade infantil, na proporção de bebês com baixo peso dentre os nascidos vivos, nenhum decréscimo na participação de mulheres grávidas nos serviços de acompanhamento pré-natal, e nenhum decréscimo no acesso de crianças aos médicos particulares são indicados pelos gráficos de tendência daquele período e dos imediatamente seguintes.

O fato de esses indicadores não terem sido influenciados pela grave recessão da economia e pelas elevadas taxas de desemprego que a acompanhou pode ser explicado de várias maneiras.

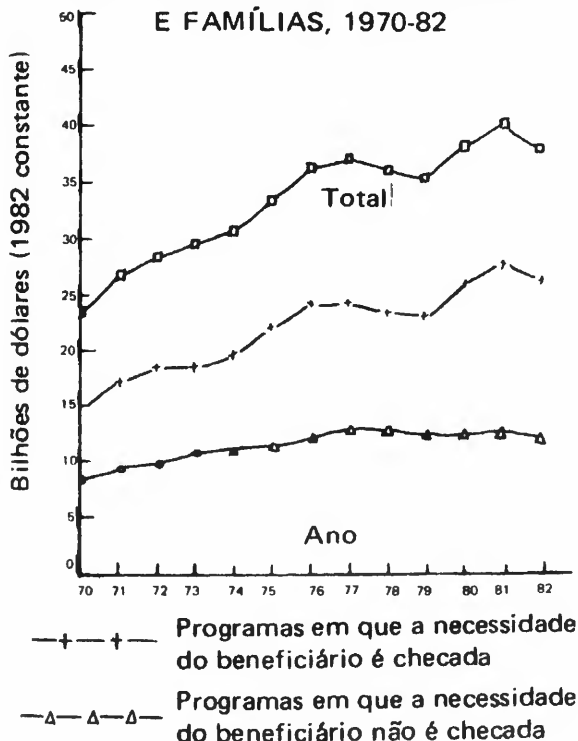
Os efeitos do Medicaid e de outros serviços sociais, que foram iniciados no final dos anos sessenta, podem ter contribuído para mitigar o impacto adverso da recessão sobre a saúde pública. Nos ajustes realizados para fazer face à recessão de 1974-75, os governos estaduais tiveram a preocupação de manter os programas existentes de saúde e bem-estar (Holahan, 1979). Os gastos federais autorizados para crianças e famílias, quando medidos em dólares constantes de 1982, realmente cresceram significativamente durante o período 1974-75 (Figura 7).

FIGURA 6
RAZÃO EMPREGO-POPULAÇÃO, AJUSTADA SAZONALMENTE POR
MÉDIAS TRIMESTRAIS, 1972-82



Fonte: Urquhart M. A., e M.A. Hewson, 'Unemployment continued to rise in 1982 as recession deepened', *Monthly Labor Review*, 106 (February 1983), pp. 4 e 12.

FIGURA 7
GASTOS FEDERAIS EM PROGRAMAS
SELECIONADOS PARA CRIANÇAS
E FAMÍLIAS, 1970-82



Fonte: Rivlin (1983)

O valor das transferências de renda, tais como as do programa Medicaid e de outros programas de assistência pública, foram essencialmente mantidas em termos reais, imunizando as pessoas que têm renda fixa da erosão do poder de compra

(Sloan e Bentkover, 1979). A renda dos desempregados, auferida através de programas públicos e da expansão da clientela do Medicaid, compensou parcialmente as reduções de renda atribuídas a perdas de emprego. Essas salvaguardas devem ter protegido as populações vulneráveis dos piores efeitos da recessão e permitido a esses grupos continuar a participar dos programas de assistência e auxílio à saúde.

Uma hipótese alternativa estabelece que dados agregados para todo o país podem ocultar alguns importantes resultados adversos concernentes a alguns subgrupos particularmente em desvantagem. De fato, a recessão de 1974-75 não afetou igualmente a todos os estados. Holahan (1979) identificou um grupo de oito estados (California, Iowa, Kentucky, Louisiana, Maryland, Montana, Oklahoma e Texas) que não experimentaram nenhuma restrição fiscal. Um outro grupo de oito estados (Georgia, Michigan, Missouri, Nebraska, New York, Ohio, South Carolina e Virginia) experimentaram severa restrição fiscal. Esses dois grupos de estados foram comparados através dos anos 1973-77, de modo a se captar possíveis diferenças na generalizada tendência decrescente das ta-

xas de mortalidade de recém-nascidos e flutuações nas taxas também generalizadamente estáveis de crianças nascidas com peso inferior a 2500 gramas. Nenhuma diferença foi encontrada entre os estados severamente afetados e os não-afetados, quer para a população como um todo, quer para os não-brancos. (Esta análise foi completada por Martha Coulter, a quem o autor é muito grato). Cuidadosas análises posteriores, especialmente entre populações de alto risco (jovens, mães solteiras), devem revelar efeitos adversos significantes da recessão de 1974-75, mas esses efeitos não podem ser visualizados a partir da inspeção dos dados de tendência.

Uma avaliação menos otimista do impacto da recessão de 1974-75 é sugerida pelos relatos de que a mortalidade infantil, após o período imediato ao nascimento, aumentou durante aqueles anos (Hack et al, 1980; Zdeb, 1982). Esses relatos sugerem que os cuidados intensivos dedicados a recém-nascidos de baixo peso tornam possível sua sobrevivência, mas que, para alguns desses bebês, a morte é adiada apenas por algum tempo após o nascimento. Essas circunstâncias sugerem que a sobrevivência imediata de recém-nascidos de alto risco pode ser dependente da tecnologia, mas sua sobrevivência, passada essa primeira fase, é dependente das condições sócio-econômicas nos EUA. O primeiro tipo de assistência é mais facilmente disponível, mesmo em épocas de recessão, do que a última. Esta formulação tem sido extensivamente apontada para alguns países em desenvolvimento (Bryant, 1969).

De acordo com Sloan e Bentkouer, o desemprego constitui uma ameaça maior para as famílias de baixa renda do que a inflação, desde que os programas de assistência pública mantenham-se em termos reais. Essa foi uma condição, em larga medida, pertinente à recessão de 1974-75, mas não à que se seguiu a 1981 (Sloan e Bentkouer, 1979; Greenstein, 1983). Naquela época, poucas pessoas reclamavam que a assistência e os serviços

para famílias pobres nos Estados Unidos não satisfaziam adequadamente as necessidades (Kenniston, 1977). Mas desde 1981, duas influências adversas vieram atuar simultaneamente de modo a evidenciar algumas negligências anteriores. Depois de 1981, as taxas de desemprego subiram a níveis jamais vistos nos últimos cinquenta anos, e muitos programas e serviços para crianças e famílias pobres foram interrompidos, ou agudamente reduzidos (Greenstein, 1983). O impacto dessas circunstâncias na saúde das crianças será enfocado a seguir.

Muitos estudos confirmam que, durante os anos setenta, houve um crescimento estável no uso de serviços médicos particulares por crianças pobres (Starfield, 1982). Embora nenhuma análise detalhada dessa tendência tenha sido feita, com referência à recessão de 1974-75, nenhuma quebra na tendência de melhoria na utilização de serviços médicos transparece a partir da inspeção dos estudos publicados. Esta observação condiz com a posição de que o Medicaid e a expansão dos serviços públicos de saúde (Orr e Miller, 1981) compensaram os efeitos potencialmente adversos da recessão.

8. Manutenção e Assistência à Saúde desde 1980

Na administração Reagan, os programas de manutenção e assistência à saúde foram substancialmente reduzidos, mas, paradoxalmente, as despesas governamentais nunca foram tão grandes. Os aumentos estão associados com a expansão militar (Tabela 8).

Os aumentos projetados nos gastos militares às expensas dos programas sociais foram analisados recentemente pelo Congressional Budget Office (Congressional Budget Office, 1983a). Entre 1982 e 1985, os gastos com a defesa nacional cresceram de 25,7 para 29,9% das despesas federais. Durante os mesmo anos, os programas de seguro social caíram de 11,1 para

9,4%; as despesas federais com a educação superior reduziram-se de 1,1 para 0,9%; as transferências para os governos locais e estaduais para educação, emprego e serviços sociais caíram de 2,3 para 1,9% do total de despesas federais.

Os cortes em programas específicos estão indicados na seguinte relação obtida de Greenstein (1983):

Bônus de alimentação (Food Stamps) – corte de US\$ 2 bilhões por ano. Perto de um milhão de beneficiários deixam de receber os bônus de alimentação. Cerca de 8% dos cortes ocorreu em famílias abaixo da linha de pobreza.

AFDC (Aid to Families with Dependent Children) – corte de US\$ 1,5 bilhão por ano, cerca de metade deste valor pelos estados e o restante pelos cortes do governo federal. Cerca de 365 mil famílias deixam de ser atendidas pelo programa, e um adicional de 260 mil tem seus benefícios reduzidos. Em cerca de metade dos estados, famílias que perdem os benefícios do AFDC também perdem a cobertura do Medicaid.

Medicaid – Em 1981 os pagamentos federais por conta do Medicaid foram reduzidos em US\$ 1 bilhão. As reduções vieram através de uma variedade de mudanças nos critérios de elegibilidade e nos benefícios concedidos pelos estados. Em 1981, quarenta estados reduziram os programas Medicaid e trinta realizaram cortes adicionais em 1982. Famílias não-atingidas pelo desemprego dentro do nível de pobreza, mas que não recebiam pagamentos do programa de bem-estar social, tendem também a perder a cobertura do Medicaid. Aquelas famílias que continuaram a ser cobertas pelo Medicaid tendem a perder benefícios, tais como óculos, além de passar a ser restrito o número de visitas a médicos particulares, ou a ser deduzida do benefício uma parcela a título

de copagamento, agora requerido, dos honorários médicos.

Programa de merenda escolar – o programa de saúde escolar sofreu um corte de US\$ 1 bilhão por ano, ou cerca de 30%. Estão participando três milhões de crianças a menos. O programa de fornecimento do café da manhã nas escolas foi cortado em 20% e 200000 crianças a menos estão participando.

Programas de assistência à maternidade e à infância – os recursos federais transferidos aos estados para a manutenção da assistência de rotina à maternidade, à infância e a crianças inválidas foram cortados em 25%. Uma restauração parcial de recursos foi feita através de uma conta-fundo (job bills) aprovada pelo Congresso na primavera de 1983. Essas restaurações, contudo, foram autorizadas para apenas um ano.

Muitas outras reduções foram feitas no apoio federal a programas como cuidado diário às crianças (day care), assistência a crianças carentes, desratização, exame de contaminação por chumbo, manutenção de centros de saúde comunitários em áreas não-servidas por médicos etc. O montante preciso e a natureza dos cortes são difíceis de documentar, em razão de as alocações orçamentárias serem transferidas em blocos aos estados. Os programas unificados foram consistentemente redimensionados em blocos menores do que os até então existentes.

Alguns programas em benefício de crianças foram aumentados pela ação do Congresso. Como exemplos, tem-se os programas básicos (saúde pré-escolar, educação e day care) e WIC. O efeito agregado de todas as alterações indica que as despesas, em termos nominais, para os programas de saúde infantil variaram relativamente menos entre 1980 e 1982 (Rivlin, 1983). Em termos de dólares reais, as reduções ocorreram realmente em toda parte e estas reduções foram substanciais

para muitos programas destinados às crianças, como foi indicado anteriormente. De acordo com projeções atuais, não se espera que as circunstâncias melhorem no futuro próximo (Rivlin, 1983).

9. Estado e Risco de Saúde desde 1980

Quando o recém-eleito Presidente Reagan anunciou sua política econômica e social, ele afirmou que o crescimento que se antecipava na produtividade econômica iria beneficiar a todos, mas que neste meio-tempo as pessoas pobres iriam sofrer. Ninguém enfatizou suficientemente que as pessoas pobres nos Estados Unidos são predominantemente crianças. Nenhuma sondagem nacional, ou programa de pesquisa foi iniciado para medir a natureza e a extensão de sua penúria. Essa negligência é paradoxal, em vista dos relatórios e indicadores meticulosos que foram computados para registrar tendências sobre o estado da economia nacional.

A avaliação das alterações no estado de saúde de crianças desde 1980 tem sido dificultada pela defasagem de tempo entre a análise e a divulgação dos dados levantados pelas fontes tradicionais. Mesmo para 1980 as informações existentes são ainda provisórias, sendo muito poucos os dados em escala nacional disponíveis desde então. Algumas fontes de informação foram realmente perdidas desde 1981, uma vez que relatórios que eram vinculados a determinados programas de assistência sofreram solução de continuidade com a união desses programas em blocos a serem transferidos aos estados (Green et al 1983). Como resultado dessas circunstâncias, um retrospecto da relação entre reversões econômicas e saúde infantil, desde 1981, deve valer-se em alto grau de informações para pequenas áreas e de estudos de caso. Os dois enfoques possuem deficiências e requerem validação, mas eles não podem ser desprezados conjuntamente, uma vez que um pode consistentemente legitimar o outro.

Na ausência de um esforço nacional combinado para investigar a saúde infantil, emergiu um esforço voluntário de análise dessa questão muito grande, tanto em âmbito local como no da nação como um todo. Esses esforços algumas vezes foram referentes a algumas categorias específicas de enfermidades, ou aos serviços de assistência de determinadas agências ou de determinados grupos profissionais. Esses esforços de acompanhamento, incluindo as fontes de dados e os sistemas de elaboração, têm sido cuidadosamente revisados, havendo um projeto em encaminhamento para sintetizar estas informações e torná-las amplamente disponíveis. (Schorr et al 1983).

Nova ênfase tem sido dada aos indicadores de resultados na área de saúde. As novas políticas iniciadas a partir de 1981 foram baseadas na premissa de que os serviços assistenciais, ao menos no setor público, deveriam ser reduzidos. A análise do impacto dessas mudanças no estado de saúde de crianças constitui a principal fonte de crítica a esse respeito. Nas análises seguintes a ênfase será dirigida aos resultados na área de saúde, exceto para alguns serviços que representam processos de redução de risco de importância indiscutível, tais como, os de acompanhamento pré-natal e de imunização. Essas variações nos indicadores de risco de saúde trazem em si a vantagem de anteciparem a tendência da maioria dos resultados nessa área. À medida que as tendências possam ser identificadas, deixa de ser uma preocupação atribuir seus antecedentes ao impacto das novas políticas sociais ou a reversões generalizadas na economia. Esses dois fenômenos têm sido tão inextricáveis, desde 1981, que a diferenciação de seus impactos, ao menos em uma base de curto prazo, é de todo impossível.

Na medida em que os ciclos econômicos têm, por si só, um impacto sobre a saúde infantil, não se intenciona medir possíveis tendências que têm sido apontadas sugerindo uma melhora na economia

durante a primavera de 1983. Além do mais, tais tendências não se refletem favoravelmente nas taxas de desemprego, provavelmente o mais crítico indicador para o impacto econômico na saúde de crianças (Ho Lahan et al., 1979; Sloan e Bentkover, 1979). As influências que ligam desemprego e saúde infantil são múltiplas e incluem a perda do seguro saúde por 80% das famílias de desempregados (Health Advocate, 1983). Trinta milhões de pessoas, nos Estados Unidos, deixaram o seguro saúde; 10,2 milhões de trabalhadores sem empregos e seus dependentes deixaram de ser cobertos por alguma modalidade de seguro saúde no início de 1983, como um resultado direto do aumento do desemprego (Congressional Budget Office, 1983 b).

(a) Taxas de mortalidade infantil

Dados ainda provisórios do National Center for Health Statistics mostram um continuado declínio das taxas de mortalidade infantil quando se comparam os anos de 1980, 1981 e 1982. Os relatos ocasionais de que a mortalidade infantil cresceu em algumas localidades são descartados por alguns analistas sob o argumento de que representam flutuações idiossincráticas atribuídas a fatores sazonais ou relativas a pequenas áreas (Brandt, 1983). Contudo, alguns dos dados para pequenas áreas são difíceis de descartar com este argumento.

O estado de Michigan experimentou durante trinta anos uma tendência à queda da taxa de mortalidade, que foi reduzida em 50%, mas, entre 1980 e 1981, a taxa cresceu 3%. Michigan experimentou um desemprego de dois dígitos por 37 meses consecutivos, tendo início em dezembro de 1979 (Walker, 1983). Em dezembro de 1982 a taxa de desemprego no estado era de 17,3%, e as taxas para algumas localidades eram ainda maiores (Flint, 26,5%; Pontiac, 32,9%). As taxas de mortalidade infantil nos municípios de Flint e

Pontiac alcançaram o dobro da média do estado (Walker, 1983). Por muitos anos Flint tem sido objeto de estudos demográficos especiais por parte da Harvard School of Public Health. Provou-se um aumento na mortalidade de crianças não-brancas em Flint a um nível de significância estatística de 95% (Gortmaker, 1983).

Outros relatos de aumento nas taxas de mortalidade infantil vieram do Alabama (12,9 em 1981 para 14,8 em 1983) e de 34 cidades (Noble, 1983). O Alabama é um outro estado com taxas de desemprego que estão entre as mais elevadas da nação. Entre 1981 e 1982 as taxas de mortalidade infantil para o Central Harlem e o East Harlem em New York City cresceram de 21,1 para 27,6 e de 12,8 para 17,4, respectivamente (Public Interest Health Consortium, 1983). Talvez nem todos esses relatos mostrem-se significantes, mas ignorá-los em seu todo indica muito descaso e a intenção de ocultar, dentro dos dados agregados, importantes indícios sobre os efeitos adversos da situação sobre pessoas e locais duramente afetados.

(b) Recém-nascidos de baixo peso

Relatos verbais de várias áreas, incluindo o estado de Michigan, sugerem um recente aumento na proporção de crianças nascidas com baixo peso. Dados mais precisos não estão em geral disponíveis(*).

(*) Dois estudos importantes apareceram muito tarde para inclusão no corpo deste texto. Análises cuidados realizadas em North Carolina e em Michigan confirmam a significância estatística do aumento nas taxas de mortalidade entre 1981 e 1982. Para os dois estados, os aumentos na mortalidade ocorreram para minorias populacionais que experimentaram um declínio em suas participações nos programas de acompanhamento pré-natal (Michigan), e uma redução no peso dos recém-nascidos (nos dois estados e Buescher, P.A. 'The Impact of low birth

Um município rural sulista, que tem sido extensivamente estudado, experimentou uma taxa relativamente estável de nascimentos de peso baixo entre mulheres brancas (entre 5,8 e 5,4), mas não para as não-brancas. A elevada taxa de 12,3 em 1975-79 caiu para 10,7 em 1980, subindo novamente para 12,1 em 1981 (Brooks e Miller, 1983).

(c) Acompanhamento pré-natal

Os resultados apontados pelas estatísticas acerca do acompanhamento pré-natal não deixam margem à dúvida. Desde 1980, um número crescente de mulheres grávidas entram em trabalho de parto com um atendimento pré-natal inadequado ou sem qualquer atendimento (Walker, 1983; Gebbie e Penn, 1983; Massachusetts Advocacy Center, 1983; Public Interest Health Consortium, 1983). Estes resultados para o estado de Oregon estão especialmente bem documentados (Gebbie e Penn, 1983; Oregon State Health Division, 1982). Entre 1972 e 1980 houve um declínio constante (8,2-6,0%) na proporção de mulheres grávidas sem atendimento pré-natal adequado. Depois de 1980, reverteu-se esta tendência com o acréscimo de um sexto nos acompanhamentos pré-natais inadequados, envolvendo 7% de todos os nascimentos. Os aumentos são mais preocupantes nos casos de gravidez de alto risco, jovens abaixo de vinte anos e mulheres acima de quarenta anos (11-16,3%), e entre mães não-casadas (13,5-17,3%) (Oregon State Health Division, 1982). Cuidadosa documentação para a cidade de Nova York, comparando os anos de 1976 e 1981, é igualmente persuasiva em documentar um declínio no uso do serviço de acompanhamento pré-

natal (Public Interest Health Consortium, 1983).

Sérias mudanças ocorreram no sistema de atendimento pré-natal. Durante os anos setenta, um número crescente de gestantes recebeu atendimento pré-natal em clínicas dos departamentos de saúde locais (5,4% em 1959 e 12,8% em 1976) (Miller e Moos, 1981). Estas proporções são substancialmente maiores se os dados incluem mulheres que receberam serviços parciais de acompanhamento pré-natal e de maternidade através de enfermeiras dos departamentos locais de saúde. (Nacionalmente, 20% de todos os partos, e, para alguns estados, 33%) (Miller e Moos, 1981).

Depois de 1980, uma verdadeira multidão de mulheres grávidas deixou o atendimento privado e buscou os serviços de acompanhamento pré-natal de clínicas públicas (Walker, 1983; Brooks e Miller, 1983; Massachusetts Advocacy Center, 1983). Em Massachusetts, a demanda de atendimento pré-natal em clínicas públicas triplicou (Massachusetts Advocacy Center, 1983). Na localidade de Multnomah, no estado de Oregon, multiplicou-se por nove (Brooks e Miller, 1983). Devido à maior rigidez dos critérios de elegibilidade e concessão de benefícios do Medicaid, à perda do seguro saúde e aos crescentes custos dos serviços médicos privados com sistemas mais rigorosos de cobrança, muitas mulheres grávidas deixaram de ter condições de recorrer ao atendimento de hospitais e médicos particulares. Por exemplo, em uma cidade, o hospital-escola local restringiu os serviços gratuitos e impôs uma taxa de US\$ 500, a ser paga adiantada, para o acompanhamento pré-natal. Como resultado dessas medidas, as mulheres estão se voltando em número crescente para as clínicas públicas.

A demanda por serviços nas clínicas públicas nem sempre pode ser satisfeita (Walker, 1983; Brooks e Miller, 1983). Muitas clínicas públicas têm experimentado reduções orçamentárias e de staff, o que torna necessário reduzir o número de

weight on North Carolina neonatal mortality', trabalho apresentado ao N.C. Public Health Association Annual Meeting, Raleigh, N.C. 22 September 1983; Taylor, J.R. 'Infant mortality in Michigan 1981-1982' apresentado ao American Public Health Association Annual Meeting, Dallas, 15 November 1983.

horas de trabalho. Por ocasião de uma recente visita a Portland, Oregon, constatou-se que havia um período de espera de dois meses para que as mulheres que buscavam atendimento pré-natal fossem atendidas. Em uma outra comunidade, as circunstâncias eram ainda piores. Médicos particulares emitiam cartões para atendimento gratuito de mulheres grávidas, mas não em número suficiente para satisfazer às necessidades. O departamento de saúde estava impedido de fornecer tratamento pré-natal para seus clientes sob ameaça de estes serem recusados nos hospitais locais para os cuidados de parto. Em consequência, muitas mulheres grávidas faziam acompanhamento pré-natal em clínicas populares gratuitas, sendo atendidas por mulheres apenas parcialmente treinadas em serviços de saúde (Brooks e Miller, 1983).

(d) Partos não-realizados em hospitais

Quase todos os partos nos Estados Unidos são feitos em hospitais, excetuando-se somente partos prematuros e inesperados e uns poucos partos que são planejados para serem realizados em casa, por pessoas à procura de uma menor intervenção de pessoas de fora da família no parto. A última categoria, partos em casa, é importante por razões de preservação do direito de escolha pessoal, mas esses partos não representam mais que uma percentagem muito pequena de todos os nascimentos. Em Oregon, a proporção de partos realizados fora de hospitais caiu em 1978, 1979 e 1980. Entretanto, em 1981, houve, em casa, 300 partos a mais do que o esperado número que alcançou de 500 em 1982. Esses aumentos não se deram, contudo, entre mulheres que estavam desejando uma experiência com a maternidade pessoalmente mais gratificante. Quinze por cento delas não tinham tido nenhum cuidado pré-natal (Gebbie e Penn, 1983). Notícias similares, se bem que menos documentadas, vêm de outras partes do país. Nos dez estados do Sul, muitos hospitais comunitários foram adquiridos por cor-

porações privadas. Relatos são freqüentes de que mulheres em trabalho de parto não são aceitas nesses hospitais se não são dadas garantias de que suas contas serão pagas (MCH Reports, 1983).

(e) Negligência e maltrato de crianças

Estudos vindos de muitos pontos concordam em que os maltratos a crianças têm aumentado e de que a nossa capacidade de documentá-los e enfrentá-los tem decrescido. Uma taxa de desemprego elevada, com adultos ansiosos e frustrados, ficando mais tempo em casa, é vista como uma condição que contribui para que isto ocorra. Maltrato sexual é especialmente notado. Documentação de maltratos a crianças tem sido um problema que tem se tornado cada vez pior. Staffs para estudos desses casos sociais têm sido tão reduzidos, que investigações cuidadosas de situações sugestivas não são possíveis freqüentemente. Mesmo assim, o Illinois Department of Children and Families Services anunciou que a taxa de crianças alegadamente abandonadas e sofrendo maltratos (por 1000 crianças menores de 18 anos) teve um aumento de 11,6 em 1980 para 15,9 em 1981 e para 18,3 em 1982 (Illinois Department of Children and Family Services, 1983). A taxa de reincidência entre famílias que cometeram maltratos aumentou em Washington, D.C. entre janeiro de 1981 e junho de 1982 (Engel, 1983).

A negligência e o abandono de crianças têm aumentado (Children's Defense Fund, 1983; Brooks e Miller, 1983; *New York Times*, 3 June 1983). Em uma cidade do Sul, o diretor do serviço de bem-estar social reportou que pela primeira vez, desde os anos sessenta, via-se o povo na rua. Só que agora não eram contestadores sociais, como na década de sessenta, mas famílias inteiras, inclusive com crianças pequenas que não tinham um lar exceto talvez algum automóvel abandonado. Algumas dessas famílias deixaram o lar e migraram para outras partes do país em

busca de emprego (Brooks e Miller 1983).

(f) Crimes e mortes associados à violência

As taxas de mortalidade nos Estados Unidos caíram para todos, exceto para a faixa etária 15-24 anos. As mortes neste grupo de idade cresceram agudamente após 1950, com acidentes, assassinatos e suicídios sendo responsáveis por três em cada quatro mortes (National Center for Health Statistics, 1982). Os homicídios respondem pelo maior número de mortes (39%) entre os jovens não-brancos. Em 1979, a taxa de mortalidade entre jovens não-brancos era 20% mais elevada que entre jovens brancos. Jovens não-brancos de sexo masculino consistentemente tinham a taxa de desemprego mais elevada que qualquer outro segmento da população. Sua cólera e desespero eram relacionados por muitos analistas às altas taxas de violência, morte e crime.

Entrevistas em muitas áreas metropolitanas confirmam que as mortes e os crimes violentos, entre jovens, têm crescido desde 1981. Em Denver, a Community Mental Health Clinics foi fechada por medida econômica. Um processo foi instaurado contra a cidade em benefício dos antigos clientes da clínica, sob argumentação de que eles estavam cada vez mais envolvidos em crimes e de que seus problemas de saúde mental estavam agora sendo cuidados pela cadeia pública da cidade (Brooks e Miller, 1983).

(g) Fome e desnutrição

Inquéritos sobre a fome e a desnutrição renderam muitas análises indicando um aumento dos problemas nessa área (Brooks e Miller, 1983). Centros de distribuição gratuita de alimentos estão sobrecarregados por um número crescente de pessoas e por uma clientela diferente. Essa clientela não é mais predominantemente constituída de pessoas marginalizadas pela sociedade. Famílias inteiras, incluindo jo-

vens, são agora encontradas nas filas de distribuição de alimentos. Tem se verificado um aumento nos casos de interrupção do crescimento entre crianças pobres (Brown, 1983). Um levantamento amostral em vinte municípios do estado de Michigan revelou que os programas de distribuição de alimentos expandiram sua capacidade e, mesmo assim, não estão mais em condições de satisfazer às necessidades (Walker, 1983).

(h) Acesso ao atendimento médico

O retraimento do apoio a programas de saúde patrocinados pelo setor público não levou mais clientes para o setor privado. Pelo contrário, muitos clientes mudaram para o atendimento público, que experimentou uma redução na sua capacidade de responder, com serviços apropriados, a esse aumento de demanda.

Muitas clínicas relatam que crianças têm comparecido freqüentemente a clínicas públicas com sérias doenças ao invés de recorrerem a exames preventivos (Brooks e Miller, 1983). A taxa de incidência de tuberculose tem se revelado crescente entre crianças pobres (*Health Advocate*, 1983). Os casos anotados de sífilis congênita cresceram 164% em 1981, presumivelmente como um resultado de menos exames pré-natais e tratamentos adequados (Centers for Disease Control, 1982).

Novos dados relativos a taxas de imunização não estão disponíveis desde 1981, mas um estado (Colorado) informou oficialmente uma queda de 6% na proporção de crianças plenamente imunizadas de dois anos de idade, entre 1980 e 1982 (Brooks e Miller, 1983). O número de visitas a clínicas para exames periódicos preventivos, diagnóstico e tratamento caiu para as comunidades amostradas (Brooks e Miller, 1983).

Nem todas as comunidades estão respondendo a essas circunstâncias com clareza. Em Mobile, no estado do Alabama, cinco dos seis hospitais comunitários

fecharam suas salas de emergência nos feriados ". para manter fora pessoas que não podem pagar suas contas" (*New York Times*, 27 February 1983).

Em 1978-79, quinze comunidades, escolhidas por seus serviços de saúde comunitários exemplares, foram cuidadosamente estudadas. Quando as mesmas comunidades foram estudadas novamente em 1982-83, as seguintes mudanças foram encontradas com uma consistência de impressionar:

1. orçamento e staff reduzidos para os serviços de saúde;
2. capacidade reduzida de investigar apropriadamente casos difíceis de saúde (algumas exceções locais);
3. iniciação em sistemas de cobrança (algumas vezes aplicados com considerável flexibilidade);

4. um grande aumento na demanda por serviços das clínicas públicas por muitas pessoas que anteriormente tratavam-se no setor privado;
5. redução no atendimento em casa;
6. relacionamento de trabalho geralmente menos amistoso entre hospitais, clínicas públicas e médicos particulares, com diminuição no sistema de recomendação de pacientes;
7. redução na prestação de serviços estendendo-se à detecção de casos, acompanhamento e assistência social.

Algumas das mudanças específicas com relação à assistência e ao estado de saúde de crianças estão identificadas em outra parte do mesmo relatório (Brooks e Miller, 1983).

Referências Bibliográficas

- Alan Guttmacher Institute, *Teenage Pregnancy, The Problem That Hasn't Gone Away* (New York: 1981).
- Annest, J.L. et al, *Blood Lead Levels for Persons 6 Months-74 Years of Age, Us 1976-80; Advance Data from Vital and Health Statistics, US DHHS Publication No (PHS) 82-1250* (Washington, 1982).
- Brandt, E.N., Testimony before the Subcommittee on Rural Development Oversight and Investigation Committee on Agriculture, Nutrition and Forestry, US Senate (14 March 1983).
- Brenner, M.H., 'Foetal, infant, and maternal mortality during periods economic instability' *International Journal of Health Services*, Vol. 3 (1973), pp. 145-159.
- Brooks, E.F., and C.A. Miller, unpublished material collected in 1982 and 1983 from documents and interviews associated with a study of health services in 15 communities in 13 states. During 1978 and 1979 these communities were studied and reported as models of exemplary community health care (Miller and Moos, 1981). A restudy was completed on all of the communities and their state health agencies in May 1983. This material is being prepared for publication as a doctoral dissertation by E.F. Brooks.
- Brown, L., Testimony before the Senate Nutrition subcommittee (6 April 1983)
- Bryant, J., *Health and the Developing World* (Ithaca: Cornell University Press, 1969).

- Budetti, P.P., J. Butler and P. McManus, 'Federal health programme reforms: implications for child health care' *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 60 (1982), pp. 155-181.
- Bureau of the Census, US Department of Commerce, *Statistical Abstract of the United States*, 1980, 1982-83.
- Bureau of the Census, US Department of Commerce, *Social Indicators III, Selected Data on Social Conditions and Trends in the United States* (1980).
- Bureau of the Census, US Department of Commerce, *Consumer Income: Characteristics of Households and persons Receiving Selected Noncash Benefits, 1981* (Washington, D.C.: 1983).
- Bureau of the Census, US Department of Commerce, *Consumer Income: Characteristics of the Population Below the Poverty Level: 1981*, Current Population Reports, Series P-60, N.º 138.
- Carter, J., *The Ten States Nutritional Survey, An Analysis* (Atlanta: Southern Regional Council, 1974).
- Centers for Disease Control, US Department of Health and Human Services, 'Congenital syphilis among newborns — Texas, 1981', *Morbidity and Mortality Weekly Reports*, Vol. 31, N.º 28 (23 July 1982) pp. 382-383.
- Children's Defense Fund, *A Children's Defense Budget: An Analysis of the President's FY 1984 Budget and Children* (Washington, D.C.: 1983).
- Congressional Budget Office, *Major Legislative Changes in Human Resources Programmes Since January 1981* (Congress of the United States, 1983a).
- Congressional Budget Office, *Providing Health Coverage for The Unemployed* (Congress of the United States, 1983b).
- David, R.J. and E. Siegel, 'Decline in neonatal mortality, 1968 to 1977: better babies or better care?' *Pediatrics*, Vol. 71 (1983), pp. 531-540.
- Davidson, S.M., 'Variations in state, Medicaid programmes', *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 3 (1978), pp. 45-69.
- Davidson, S.M. 'Physician participation in Medicaid: background and issues', *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 6 (1982), pp. 703-717.
- Davis, K.M. Gold and D. Makuc, 'Access to health care for the poor: does the gap remain?' *Annual Review of Public Health*, Vol. 2 (1981), pp. 159-182.
- Economic Report of the President and Annual Report of the Council of Economic Advisers* (1983).
- Edwards, L.N. and Grossman, 'Income and race differences in children's health' National Bureau of Economic Research, Working Paper, N.º 308 (Cambridge, Mass: 1979).
- Engel, M., 'Child abuse cases surge, hospital study shows' *Washington Post* (12 may 1983).
- EPSDT, *The Possible Dream*, US-DHHS, Health Care Financing Administration, Publication N.º 77-24973 (Washington, D.C.: 1978).
- Freedman, T. and D. Weir, 'Polluting the most vulnerable' *The Nation* (14 May 1983), pp. 600-604.

- Gebbie, K. M. and R. Penn, *Oregon State Health Division, Maternity Services Plan 1983-1985* (Portland: Health Division State Department Human Resources, 1983).
- Gortmaker, S., Presentation at Workshop on Indicators for Monitoring Child Health Outcomes (Cambridge, Mass.: 24 January 1983).
- Green, L.W., R.W. Wilson and K.L.G. Bauer, 'Data requirement to measure progress in the objectives for the nation in health promotion and disease prevention', *American Journal of Public Health*, Vol. 73 (1983), pp. 18-25.
- Greenstein, R., *The Effect of the Administration's Budget, Tax, and Military Policies on Low Income Americans* (Washington, D.C.: Interreligious Task Force on US Food Policy, 1983).
- Grossman, M. and S. Jacobowitz, 'Variations in infant mortality rates among counties of the United States: the roles of public policies and programmes' in J. Vander Gaag, W.B. Neenan and T. Tsukahara, (eds.), *Economics of Health Care* (New York: Praeger Special Studies, 1982).
- Hack, M., I.R. Merkatz, P.K. Jones and A.A. Fanaroff, 'Changing trends of neonatal and postneonatal deaths in very-low-birth-weight babies', *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 137 (1980), pp. 797-800.
- Havemann, J. 'Sharing the Wealth: the gap between rich and poor grows wider', *National Journal* (23 October, 1982), pp. 1788-1795.
- Health Advocate*, Newsletter of the National Health Law Programme, N.º 136 (Spring 1983), p.6.
- Health Resources Administration, *Health of the Disadvantaged Chartbook*. US-DHEW Publication N.º (HRA) 77 628 (Washington, D.C.: 1977).
- Hemminki, E. and B. Starfield, 'Prevention of low birth weight and pre-term birth', *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 56 (1978), pp. 339-361.
- Henshaw, S., J.D. Forrest, E. Sullivan *et al.*, 'Abortion in the United States, 1978-1979', *Family Planning Perspectives*, Vol. 13 (1981), pp. 6-18.
- Hewson., M.A. and M.A. Urquhart, 'The nation's employment situation worsens in the first half of 1982', *Monthly Labor Review*, Vol. 105, N.º 8 (August 1982), pp.3-12.
- Holahan, J., W. Scanlon and B. Spitz. *Public Finance: Impact of National Economic Conditions on Health Care of the Poor Effects of the 1974-75 Recession on Health Care for the disadvantaged*. US-DHEW Publication N.º (PHS) 79-3248 (Washington, D.C.: 1979).
- Howell, C. and Thomas, 'Price changes in 1981: widespread slowing of inflation' *Monthly Labor Review*, Vol. 105, N.º 4:3,4 (April 1982).
- Hunger, USA. *A Report of the Citizens Board of Inquiry into Hunger and Malnutrition in the United States* (Washington, D.C.: New Community Press, 1968).
- Illinois Department of children and Family Services, *Labor Review*, Vol. 105, N.º 4 (April 1982), pp. 3-14. | 'Child abuse and neglect', Annual Report - FY 1982 (April 1983).

- Kamerman, S.B. and A.J. Kahn, 'The day-care debate; a wider view', *The Public Interest*, Vol. 54 (1979), pp. 76-93.
- Kennedy, E.T., S. Gershoff, R. Reed and J.E. Austin, 'Evaluation of the effect of WIC supplemental feeding on birth weight', *Journal of the Dietetic Association*, Vol. 80 (1982), pp. 220-227.
- Kenniston, K., *All Our Children, The American Family Under Pressure*, The Carnegie Council on Children (New York: Harcourt, Brace, Jovanovich, 1977).
- Kleinman, J.C., M. Gold, and D. Makuc, 'Use of Ambulatory care by the poor: another look at equity' *Medical Care*, Vol. 19 (1981), pp. 1011-1029.
- Kotch, J.B. and D. Whiteman, 'Effect of a WIC programme on children's clinic activity in a local health department' *Medical Care*, Vol. 20 (1982), pp. 691-698.
- Kotz, N., *Hunger in America: The Federal Response* (New York: The Field Foundation, 1979).
- Lee, A.J. *Health Insurance Loss due to Unemployment: Descriptive and Behavioral Analyses. Effects of the 1974-75 Recession on Health Care for the Disadvantaged*, US-DHEW Publication N.º (PHS) 79-3248 (Washington, D.C.: 1979).
- Lin-Fu, J.S., 'Children and lead: Editorial' *New England Journal of Medicine*, Vol. 300 (1979), pp. 731-732.
- McManus, M.A. and S.M. Davidson, *Medicaid and Children, A Policy Analysis* (Evanston: American Academy of Pediatrics, 1982).
- Marriage and Divorce*. National Center for Health Statistics, US Department of Health and Human Services: *Vital Statistics of the United States*, 1978. Volume III.
- Massachusetts Advocacy Center, *For Want of a Nail. The Impact of Federal Budget Cuts on Children in Massachusetts* (Boston: Child Watch, 1983).
- MCH Reports, Verbal reports made by employees of local and state governments at a conference in Chapel Hill, N.C. (14 April 1983).
- Miller, C.A. and M.K. Moos, *Local Health Departments. Fifteen Case Studies* (Washington, D.C.: American Public Health Association, 1981).
- Mortality*, National Center for Health Statistics, US Department of Health and Human Services: *Vital Statistics of the United States*, 1978, Volume II.
- Nativity, National Center for Health Statistics, US Department of Health and Human Services: *Vital Statistics of the United States*, 1978, Volume 1.
- National Center for Health Statistics, *Health United States 1981 and 1982* (US-DHHS, 1981, 1982).
- Newland, K., *Infant Mortality and the Health of Society* (Washington, D.C.: Worldwatch Institute, 1981).
- New York Times, 'Emergency rooms shut on weekends in Mobile' (27 February 1983).
- New York Times, 'Shelters and streets drawing more throwaway Kid's (3 June 1983).
- Noble, K.A., 'Are Programme cuts linked

- to increased infant deaths?', *New York Times* (18 February 1983).
- Office of Management and Budget, *Special Analyses: Budget of the US Government FY 1977*, US Government Printing Office Publication N.º 041-001-00108-5 (Washington, D.C.: 1977).
- Office of Technology Assessment, US Congress, *Neonatal Intensive Care, Costs and Effectiveness* (Washington, D.C.: 1981).
- Oregon State Health Division, *Prenatal Care, Oregon, 1972 June 1982* (Portland: October 1982).
- Orr, S.T. and C.A. Miller, 'Utilization of health services by poor children since advent of Medicaid' *Medical Care*, Vol. 19 (1981), pp. 583-590.
- Pifer, A., *President's Annual Report* (New York: Carnegie Corporation, 1978).
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Securing Access to Health Care* (Washington D.C.: Government Printing Office, 1983).
- Public Interest Health Consortium of New York City, memorandum which attached reports from Bureau of Health Statistics, Department of Health, The City of New York (30 March 1983).
- Reycroft, D. and A.K. Kessler, 'Teenage pregnancy: solutions are evolving', *New England Journal of Medicine*, Vol. 303 (1980), pp. 516-518.
- Rivlin, A., Statement before the Select Committee on Children, Youth, and Families, US House of Representatives (28 April 1983).
- Rohmann, K.J., 'The impact of Medicaid' in R.J. Haggerty, K.J. Rohmann and I.B. Pless (eds), *Child Health and the Community* (New York: John Wiley, 1975).
- Salkind, N.J. and R. Haskins, 'Negative income tax: the impact on children from low income families', *Journal of Family Issues*, Vol. 3 (1982), pp. 165-180.
- Schaefer, A.E., 'Nutritional needs of special populations at risk', *Annals, N.Y. Academy of Science* (30 November 1977).
- Schorr, L.B., C.A. Miller and A. Fine, 'Current child health monitoring efforts using outcome measure', *Monitoring Child Health Outcomes* (Cambridge, Mass.: 23 January 1983).
- Select Panel for the Promotion of Child Health, *Better Health for Our Children, A National Strategy*, Vols. I and III, US-DHHS (PHS) Publication N.º 79-55071 (1981).
- Sloan, F.A. and J.D. Bentkover, *Access to Ambulatory Care and the U.S. Economy Effects of the 1974-75 Recession on Health Care for the Disadvantaged*, US-DHEW Publication N.º (PHS) 79-3248 (Washington, D.C.: 1979).
- Starfield, B., 'Family income, ill health and medical care of U.S. children' *Journal of Public Health Policy*, Vol. 3 (1982), pp. 344-359.
- Temple-West, P.F.E. and C. Mueller, 'Preliminary evaluation of the contribution of Federal Food Assistance Programme to low-income households' (Nutritional Development Services Archdiocese of Philadelphia, 1978).
- Terry, S.L., 'Unemployment and its effect

- on family income in 1980', *Monthly Labor Review*, Vol. 105, N.º 4 (April 1982), pp. 35-43.
- Thurow, L.C., *The Zero Sum Society* (New York: Penguin Books, 1981).
- Torres, A., J.D. Forrest and S. Eisman, 'Family planning services in the United States, 1978-79' *Family Planning Perspectives* Vol. 13 (1981), pp. 132-141.
- Urquhart, M.A. and M.A. Hewson, 'Unemployment continued to rise in 1982 as recession deepened' *Monthly Labor Review*, Vol. 106 (February 1983).
- US Congress, S. 2007 (21 January 1981).
- US Congress, Veto Message, Economic Opportunity Amendments of 1971, S. 2007, Document 92-48 (10 December 1971).
- Villar, J. and J.M. Belizan, 'The relative contribution of prematurity and foetal growth retardation to low birth weight in development and developed societies', *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 143 (1982), pp. 793-798.
- Walker, B., *The Impact of Unemployment on the Health of Mothers and Children in Michigan, Recommendations for the Nation* (Lansing: Michigan Department of Public Health, January 1983).
- Weikel, M.K. and N.A. Leamond, 'A Decade of Medicaid' *Public Health Report*, Vol. 91 (1976).
- Zdeb, M.S. 'Diferences in trends of postneonatal mortality by birth-weight in upstate New York, 1968-1979', *American Journal of Public Health*, Vol. 72 (1982), pp. 734-736.