



Em 19 de julho de 1963

Excelentíssimo Senhor Presidente da República:

A Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, prefixou a convocação periódica de conferências Nacionais de Saúde, patrocinadas pelo Ministério ao qual compete executar a política federal no campo médico-sanitário. Com apreciável êxito, já se realizaram, no passado, dois destes conclaves, cumprindo-se adequadamente, os altos objetivos colimados com a iniciativa.

Decorridos 13 anos da realização da última Conferência, considero de alta relevância a mobilização de esforços visando a promoção de novo certame deste gênero, que permita ao Ministério da Saúde ação administrativa à luz das transformações que se operam neste período da vida brasileira.

Uma análise realista das dificuldades enfrentadas, dos erros cometidos, das vitórias assinaladas na luta contra os males que afligem a população brasileira, constituirá um dos objetivos primaciais da reunião projetada.

A definição das novas diretrizes da política de saúde, fundamentadas nas recomendações aprovadas pelo XV Congresso Brasileiro de Higiene e nos princípios enunciados no Plano Trienal e sua concretização, através de programas executivos, representa outra importante qualidade do debate proposto do qual participarão as autoridades estaduais e municipais, que precisam coordenar esforços com a administração federal para que logrem resultados mais convincentes na ação do poder público em defesa da saúde coletiva.

De acordo com estes salutares propósitos, estou encaminhando a Vossa Excelência o anexo projeto de Decreto que convoca a III Conferência Nacional de Saúde e estabelece as normas básicas para a sua realização esperando a patriótica acolhida de Vossa Excelência a este relevante empreendimento.

Sirvo-me da oportunidade para renovar a Vossa Excelência os meus protestos de elevada estima e profundo respeito.

Wilson Fadul

Decreto nº 52.301, de 24 de julho de 1963.

Convoca a III Conferência
Nacional de Saúde.

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o art. 37, nº I da Constituição Federal,

D E C R E T A:

Art. 1º - Fica convocada, nos termos do parágrafo único do art. 90, da Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937 da III Conferência Nacional de Saúde.

Parágrafo único - A III Conferência Nacional de Saúde, realizar-se-á no decorrer da primeira quinzena de dezembro de 1963 e tratará de problemas de saúde e assistência, particularmente dos seguintes:

- a) - Situação sanitária da população brasileira. Apreciação geral do problema.
- b) - Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal.
- c) - Municipalização dos serviços de saúde.
- d) - Fixação de um plano nacional de saúde.

Art. 2º - O Ministro de Estado da Saúde expedirá mediante regimento especial, as indispensáveis instruções gerais quanto à organização e funcionamento da III Conferência Nacional de Saúde, informando em tempo aos Secretários de Saúde, dos Estados e Territórios, por intermédio dos respectivos Governos e fixará a data da instalação e encerramento dos trabalhos, designando os funcionários do Ministério da Saúde que devam participar do referido certame.

Art. 3º - Será a Conferência presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e na ausência ou impedimento deste - pelo Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde.

Art. 4º - Tomarão parte na Conferência, como Delegados do Governo Federal, o Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde, o Diretor Geral do Departamento Nacional de Endemias Rurais, o Diretor Geral do Departamento Nacional da Criança, o Superintendente da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, o Diretor da Divisão de Organização Sanitária, como Secretário Geral, os Delegados Federais de Saúde e Delega-

dos Federais da Criança, os demais Diretores de Serviços dos referidos Departamentos Nacionais e outras pessoas, investidas de autoridade administrativa, que o Ministro de Estado da Saúde designar.

Parágrafo único - Tomarão assento na Conferência, como representantes dos Governos dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios, os Delegados para tal fim especialmente designados. Os representantes de cada unidade federativa poderão fazer-se acompanhar de assessores técnicos em todos os trabalhos.

Art. 5º - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, D.F., em 24 de julho de 1963;
142º da República e 75º da Independência.

as.) JONTO GOULART

Wilson Fadul

(Publicado no D.O. de 25/7/63)

L E I Nº 270 DE 13 DE JANEIRO DE 1937

Art. 10 - Ficam instituídas a Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde, destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das actividades concernentes à educação e à saúde realizada em todo o País e a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde bem como na concessão de auxílio e da subvenção federais

Parágrafo único - A Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde serão convocadas pelo Presidente da República com intervalos máximos de dois anos nelas tomando parte autoridades administrativas que representem o Ministério da Educação e Saúde e os governos dos Estados do Distrito Federal e do Território do Acre

Aprovo. Em 16.8.63

as. W. Fadul

REGIMENTO DA 3a. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º - A 3a. Conferência Nacional de Saúde, convocada de conformidade com o Art. 90 e parágrafo único, da Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, será realizada na cidade do Rio de Janeiro, no período de 9 a 15 de dezembro do ano corrente.

Art. 2º - A finalidade da 3a. Conferência Nacional de Saúde será o exame geral da situação sanitária nacional e a aprovação de programas de saúde que, se ajustando às necessidades e possibilidades do povo brasileiro, concorram para o desenvolvimento econômico do país.

DA SUA COMPOSIÇÃO

Art. 3º - A 3a. Conferência Nacional de Saúde, será presidida pelo Ministro da Saúde que em suas ausências e impedimentos será substituído pelo Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde e terá como Secretário Geral, o Diretor da Divisão de Organização Sanitária.

Art. 4º - Haverá uma Comissão Organizadora designada pelo Ministro de Estado, composta de doze membros, presidida pelo Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde e secretariada pelo Secretário Geral da Conferência.

Art. 5º - Serão membros da Conferência: os representantes oficiais dos serviços de saúde pública, federais, estaduais e municipais, entidades científicas e órgãos integrados nos programas de desenvolvimento econômico-social.

Parágrafo único - Somente terão direito a voto os Diretores Gerais do Departamento Nacional de Saúde, Departamento Nacional da Criança e Departamento Nacional de Endemias Rurais, o Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública, o Diretor do Instituto Oswaldo Cruz, o Superintendente da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, os membros do Conselho Nacional de Saúde, o Chefe, o Sub-Chefe e os Assessores do Gabinete do Ministro da Saúde, o Superintendente da Campanha de Erradicação da Malária, os membros da Comissão Organizadora, Diretores de Serviços e

Divisões Técnicas do Ministério da Saúde, Delegados Federais de Saúde e da Criança, o Secretário Executivo do Grupo de Planejamento, o Diretor da Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho do M.T.P.S., os representantes dos Serviços de Saúde das Forças Armadas, os Secretários de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, Diretores de Saúde dos Territórios, os representantes do SENAM, SUDENE, SPVEA, SPVFS, o Presidente do Conselho Médico da Previdência Social e o Diretor Geral do SAMDU.

Art. 6º - Os Secretários de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e os Diretores de Saúde dos Territórios poderão se fazer acompanhar de assessores técnicos.

DO TEMÁRIO

Art. 7º - Os temas oficiais da 3ª Conferência Nacional de Saúde serão os seguintes:

- a) - Situação sanitária da população brasileira.
Apreciação geral do problema.
- b) - Distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal.
- c) - Municipalização dos serviços de saúde.
- d) - Fixação de um plano nacional de saúde.

Art. 8º - Poderão ser discutidos trabalhos sobre outros assuntos desde que previamente aprovados pela Comissão Organizadora.

Art. 9º - A Comissão organizadora procederá à classificação dos trabalhos, de acordo com o Tomário e preparará os documentos básicos de discussão dos 4 temas oficiais.

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 10 - Os trabalhos deverão ser apresentados em 3 (três) vias datilografadas, até o dia 30 de outubro próximo e endereçadas ao Secretário Geral da Conferência (Dr. Mário Magalhães da Silveira, Diretor da Divisão de Organização Sanitária - Av. General Justo 275 - 5º andar).

Art. 11 - Os autores de trabalhos disporão de 20 minutos para a sua leitura e 15 minutos para levantar questões de ordem, discutir os trabalhos, ou justificar o seu voto. Somente poderão usar da palavra, uma vez em cada discussão, devendo enviar à Mesa um resumo escrito e assinado dos comentários feitos ou sugestões apresentadas.

Art. 13 - No início de cada sessão será lida o postum de discussão a ata da sessão anterior, que, entretanto, poderá ser dispensada por solicitação dos membros da Conferência.

Art. 14 - As decisões da Conferência serão tomadas por maioria de votos dos membros com direito a voto presentes no momento da votação.

Art. 15 - A Mesa da Conferência será presidida pelo Ministro da Saúde e composta de dois vice-presidentes, escolhidos entre os Diretores Gerais e Secretários de Saúde, do Secretário Geral da Conferência e dois secretários, escolhidos dentre os participantes da Conferência.

Art. 16 - Haverá sessões solenes de abertura e encerramento, sessões ordinárias para apresentação e discussão dos trabalhos, e sessões plenárias para discussão e aprovação das resoluções.

Art. 17 - Serão organizadas, pela Mesa, 4 comissões técnicas, uma para cada item do temário oficial.

Parágrafo único - As Comissões elaborarão as resoluções que serão apresentadas ao plenário.

Art. 18 - Nas Comissões Técnicas, os Secretários de Saúde dos Estados e Territórios poderão ser representados pelos seus assessores.

Art. 19 - Compete ao Presidente da Conferência:

- a) Presidir as sessões, pondo em discussão e votação a matéria constante da ordem do dia;
- b) Designar local, dia e hora para a realização das sessões;
- c) Solucionar questões de ordem levantadas nas sessões podendo submeter suas decisões à homologação do plenário.

Art. 20 - Aos Vice-Presidentes compete substituir o Presidente nos seus impedimentos.

Art. 21 - Ao Secretário Geral compete:

- a) Dirigir os trabalhos da Secretaria, receber e distribuir o expediente relativo à Conferência;
- b) Elaborar a ata das sessões;
- c) Distribuir pelas Comissões de trabalhos classificados;
- d) Redigir a ordem do dia e as notas para publicidade.

Art. 22 - Aos Secretários compete auxiliar o Secretário Geral em suas atribuições.

Art. 23 - Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente.

Exmo. Sr. Secretário de Saúde

A Lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937, determina que com intervalos nunca superiores a dois anos seja convocada pelo Exmo. Sr. Presidente da República uma Conferência Nacional de Saúde com a finalidade de conhecer a situação sanitária do país e os problemas mais prementes de saúde das nossas populações e o exame de soluções adequadas.

Motivos que não nos cabe discutir têm impedido a convocação regular da Conferência Nacional de Saúde, tanto assim que decorridos mais de 25 anos, apenas duas vezes em 1942 e 1950 foi ela convocada. Entendeu o Exmo. Sr. Ministro da Saúde, Dr. Wilson Fadul, com o apoio do Exmo. Sr. Presidente da República, que aprovando Exposição de Motivos baixou Decreto, nesse sentido, de reunir pela 3ª. vez a Conferência Nacional de Saúde, na cidade do Rio de Janeiro, no período de 9 a 15 de dezembro próximo.

Em anexo juntamos todos os documentos relacionados com a 3ª. Conferência Nacional de Saúde. Pelo teor poderá V.Exa. avaliar a importância que o Governo Federal empresta à iniciativa, pois deseja examinar os problemas fundamentais da organização administrativa das atividades médico-sanitárias do país, fazendo um exame profundo das condições atuais e propor um plano de trabalho que se ajuste às necessidades e possibilidades das nossas populações, respeitando as peculiaridades e a diversidade de evolução de cada Estado.

É evidente que se tratando de uma reunião administrativa só serão aceitos para discussão documentos apresentados por órgãos do Governo: Federal, Estadual, Municipal, Autárquico ou Para Estatal. Nestas condições o sucesso da Conferência Nacional de Saúde dependerá em grande parte da contribuição que a Secretaria superiormente dirigida por V.Exa. venha trazer.

Tomamos a liberdade de solicitar a V.Exa. com o maior empenho que não deixem de ser enviadas contribuições pelo menos sobre os itens a e d. É indispensável para uma apreciação geral da situação sanitária da população brasileira que as autoridades sanitárias estaduais apresentem os dados objetivos de que dispõem. Por outro lado para a fixação de um plano nacional de saúde torna-se imprescindível, não só o conhecimento destes elementos a serem fornecidos pelos Estados, como também saber quais os planos e programas dos Estados para enfrentá-los.

Na elaboração dos planos estaduais lembraremos, respeitosamente, que os mesmos devam ser realistas e se ajustem às possibilidades financeiras do Estado, evitando programas que por seu custo não tenham condições de financiamento. É fora de dúvida que não sendo da política do Ministério da Saúde diminuir suas responsabilidades face aos grandes problemas sanitários nacionais, muitos projetos dos planos estaduais de saúde poderão ser ampliados com recursos do Governo Federal, serão porém decisões a serem tomadas pela Conferência Nacional de Saúde em suas recomendações ao Governo.

As contribuições dos Estados, terão além do mais, a alta finalidade de apresentar quais os problemas de ordem sanitária que julgam de maior importância para suas populações e quais os meios que consideram mais adequados para solucioná-los.

Confiando que V.Exa. compreenderá os elevados propósitos do Governo Federal, convocando a 3ª. Conferência Nacional de Saúde, esperamos seu decidido apoio e colaboração.

Aproveitamos a oportunidade para apresentar a V.Exa. protestos de elevada estima e distinta consideração.

Presidente da Comissão Organizadora

Dr. Arnaldo Beirão de Miranda

PORTARIA Nº GB. 596, DE 9/8/63

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições,

R E S O L V E designar os Doutores ARNOLDO BEIRÓ DE MIRANDA, MÁRIO MAGALHÃES DA SILVEIRA, CELSO ARCOVERDE DE FREITAS, NILSON DOS SANTOS DE FREITAS GUIMARÃES e WOODROW PIMENTEL PANTOJA, para constituírem a Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde.

A Comissão será presidida pelo Dr. Arnaldo Beiró de Miranda e terá como Secretário Geral o Dr. Mário Magalhães da Silveira.

(a) Wilson Fadul

Publicada no D.O. de 11/9/63 - fls. 7852.

PORTARIA GB. Nº 736, DE 2/12/63

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições,

R E S O L V E incluir na Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde, de que trata a Portaria Gb nº 596, de 9 de agosto de 1963, publicada no Diário Oficial de 11/9/63, página ... 7852, os Doutores ARISTIDES CELSO LIMAVERDE, ADELAS DE MENDONÇA E SILVA FELIPE NERY GUIMARÃES, FERNANDO SUIOL, CLAUDIO MAGALHÃES DA SILVEIRA e HERMES AFFONSO BARTHOLOMU.

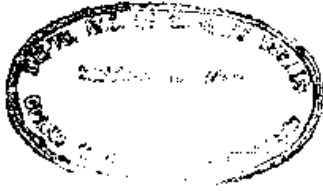
(a) Wilson Fadul

PORTARIA GB. Nº 738, DE 5/12/63

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições,

R E S O L V E incluir na Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde, de que trata a Portaria Gb nº 596, de 9 de agosto de 1963, publicada no Diário Oficial de 11/9/63, página ... 7852, os Doutores JOSÉ ALUISIO DE CASTRO e ODAIR BEHN FRANCO.

(a) Wilson Fadul



III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

FIXAÇÃO DE UM PLANO NACIONAL DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

9-14 de dezembro de 1963

FIXAÇÃO DE UM PLANO NACIONAL DE SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Relatório oficial apresentado
à III Conferência Nacional de
Saúde.

INTRODUÇÃO

Ao oficializar a inclusão do Plano Nacional de Saúde, no âmbito da III Conferência Nacional de Saúde, pretendeu o Ministério da Saúde conferir a este problema a importância e significação que ele assume no âmbito das medidas governamentais que visam à conquista de melhores condições de bem estar para a população brasileira.

A apreciável elevação dos níveis de vida, condicionada ao processo de desenvolvimento econômico brasileiro, reflete-se no incremento dos índices que traduzem as melhorias no campo da saúde. O declínio da mortalidade geral, o alongamento da expectativa de vida, a baixa da mortalidade infantil, a ostentação de padrões nutricionais mais favoráveis, a queda da prevalência das enfermidades que acometem as populações atingidas pela pobreza, constituem indicadores do nosso progresso, de que a industrialização das duas últimas décadas se tornou fator dinâmico.

Os avanços conquistados no âmbito da saúde, por força das transformações que se operam na economia brasileira, com o resultado salutar da elevação da renda per capita e de uma disponibilidade maior de bens e serviços a serem consumidos, ocorreram, em parte, independentemente do notável esforço que o poder público realiza, com a aplicação das técnicas sanitárias consagradas, que conseguem melhorar o estado sanitário da população.

O reconhecimento da predominância do fator econômico na conquista de boa saúde se tornou premissa pacífica, na moderna conceituação do problema. Esta formulação não proscree o reconhecimento da existência de vínculos de interrelação dos fatores econômicos com o superposto arcabouço médico-sanitário, na base dos quais se preconiza, modernamente, a consideração do setor saúde nos programas globais de desenvolvimento econômico-social.

Esta preocupação de ajustar o aparelho assistencial às peculiaridades econômicas e de tornar a política de saúde um instrumento dinâmico para ativar o processo de desenvolvimento, deve hoje ser traduzida em um plano, ou seja um agregado de princípios e normas que condense, no tempo e no espaço, decisões racionais. Em um país em desenvolvimento como o Brasil, com taxa elevada de incremento demográfico e crescente demanda de serviços assistenciais, resultante da elevação da renda e do acréscimo do poder reivindicatório das massas, contrastando com a escassez de recursos para atender ao clamor daquelas necessidades crescentes, a idéia do planejamento adquire força especial. Planejar em saúde significa, precipuamente confrontar recursos e necessidades e estabelecer uma hierarquia de prioridades que permita atender, a médio e longo prazo, ao pressuposto do crescimento econômico, sem descuidar os infortúnios que, a curto prazo, a doença acarreta aos agrupamentos mais expostos aos seus riscos.

PREREQUISITOS DO PLANEJAMENTO

A consagradora aceitação do planejamento, como forma de ordenar e sistematizar o esforço de fomento e proteção da saúde coletiva, defronta-se com óbices poderosos, que precisam ser convenientemente superados. Estes percalços advêm de várias origens e redundam, em seus determinismos fundamentais, da etapa de subdesenvolvimento, que assinala o presente momento histórico do nosso país.

A técnica de programação, que vem sendo aperfeiçoada nos últimos anos em diferentes áreas, independentemente do sistema econômico vigente, só recentemente foi incorporada ao campo da saúde, não existindo ainda senão um esboço da metodologia que se pretende tornar opulenta e fecunda, no futuro.

Conhecem-se os procedimentos que podem ser aplicados na medição do impacto dos programas de saúde, bem como das repercussões diretas e indiretas do desenvolvimento econômico sobre os níveis de vida, de que a saúde é uma resultante. Os dados demográficos e nosológicos permitem avaliar os efeitos da política sanitária realizada. As técnicas empregadas variam de acordo com o objetivo da mensuração. Os inventários, os cadastros e os censos, constituem os meios mais simplificados para avaliação. A medição dos fenômenos sanitários, em termos de avaliação física, depende de unidades de medida, cujo valor, na quantificação dos indicadores, vem sendo posto em relevo. As projeções, os questionários, as análises de índices, re

presentam exemplos destes instrumentos. Se adicionarmos a estes procedimentos aqueles índices da atividade econômica, expressos na renda, no nível de emprego, na distribuição do produto, na estrutura dos gastos de consumo, a tentar-se-á para a complexidade dos dados que se originam no planejamento.

Os levantamentos em nível operacional, requisitos indispensáveis ao trabalho de avaliação, demandam esforço suplementar, que conduz à estimativa quanto à eficiência dos métodos utilizados e, finalmente, à cobertura dos resultados.

A tentativa de estabelecer uma analogia com o que ocorre na mensuração dos fenômenos econômicos cria uma indesejável limitação para o planejamento de saúde. Com efeito, enquanto na metodologia econômica, a produção é função do investimento, existindo uma relação produto-capital, na programação sanitária não ocorre o mesmo, visto que a saúde não pode ser convertida em uma unidade produtiva. Sendo a saúde uma categoria multidimensional, é impossível, por enquanto, fixar termos diretos de referência e mensuração dos resultados do desenvolvimento econômico sobre os padrões sanitários e, ainda menos, dos reflexos das melhorias sanitárias sobre a taxa de crescimento econômico.

As dificuldades oriundas desta impossibilidade de se medirem, convenientemente, os efeitos das inversões no campo da saúde, criam obviamente, impedimentos à fixação de uma metodologia precisa, neste campo da programação.

A estas condições intrínsecas, desfavoráveis à implantação de um eficiente sistema de planejamento de saúde, deve-se acrescentar outros tantos obstáculos que refletem a nossa realidade institucional. A inexistência de uma informação básica, que permita definir os problemas de saúde em toda a sua extensão, bem como avaliar as necessidades da população e dimensionar os recursos que possam ser destinados a este setor, constitui outro grave escolho. É certo que se não poderá esperar obter um perfeito sistema estatístico, nas atuais condições de subdesenvolvimento em que nos encontramos ainda mergulhados. Esta observação não impede, entretanto, de reconhecer que, para se formularem programas adequados, ter-se-á de dispor de um mínimo de dados. A extensão do território brasileiro, a baixa densidade demográfica em largas áreas, a intensidade dos fluxos migratórios internos, as rápidas mudanças nos hábitos e condutas dos agrupamentos populacionais, os baixos níveis educacionais, geram inúmeras dificuldades na consecução de um eficiente sistema estatístico e, mais particularmente, no âmbito das estatísticas vitais.

O material recolhido pelo órgão especializado (IBGE), através dos formulários da estatística da saúde, constituiria precioso subsídio ao trabalho de programação, se acaso fossem devidamente satisfeitas as indagações contidas nos mesmos. Sucede, todavia, que as entidades informantes não estão aparelhadas para atender aos quesitos formulados e, dêste modo, se perdem esforços apreciáveis. Urge, pois, reformular os questionários da estatística da saúde, providência a que já se lançou o IBGE e, doutra parte, proporcionar aos órgãos assistenciais os meios de atenderem os requisitos mínimos da informação que se lhes solicita, iniciativa já adotada pelo órgão especializado do Ministério da Saúde.

O esforço suplementar para corrigir a escassez de dados estatísticos há de ser empreendido pelo setor de planejamento, que deverá aparelhar-se devidamente, para realizar as indagações específicas, servindo-se dos variados procedimentos de análise mencionados acima e mais aqueles outros que dizem respeito à técnica estatística. Papel de relêvo, no revigoramento da indagação estatística, está reservado às Delegacias Federais de Saúde, quando da próxima reformulação das práticas administrativas vigentes no Ministério da Saúde.

A disponibilidade dos recursos previstos, de acôrdo com o calendário dos projetos, constitui outro requisito para um planejamento eficaz. Não adianta elaborar programas, ostentando padrões técnicos satisfatórios e prefixando estimativas orçamentárias adequadas, se os fundos consignados não são liberados, dentro dos prazos reclamados por uma execução eficiente. Esta é a objeção mais contundente que se levanta ante a tentativa de se disciplinar a atividade governamental, com a introdução de normas de planejamento na esfera da administração pública.

Para enfrentar tôdas estas vicissitudes e ordenar as medidas que visam à implantação de um sistema de planejamento, no âmbito da administração federal, foi instituída, pelo Decreto 52.256, de 11 de julho deste ano, a Coordenação do Planejamento Nacional, órgão da Presidência da República, que funciona em articulação com os Grupos de Planejamento dos Ministérios, instituídos por força de dispositivo do citado ato do Executivo. Através da portaria nº 573, de 19 de julho do ano corrente, instituiu o Ministro de Estado o Grupo de Planejamento do Ministério da Saúde.

A definitiva institucionalização do sistema de planejamento nacional, providência em estudo nos círculos governamentais, abrirá a possibilidade de se consolidar e ampliar a experiência iniciada e possibilita

rá o cumprimento adequado da missão que compete aos Grupos de Planejamento em cada um dos setores em que se desdobra a ação administrativa da União.

O alinhamento daqueles obstáculos ao planejamento, acrescidos destes fatores institucionais, que retardam a sua definitiva implantação, justifica que o Ministério da Saúde não traga à apreciação desta Conferência um plano definitivo e detalhado, a ser executado em cooperação com a vasta rede de instituições públicas e privadas que se dedicam a atividades médico-sanitárias em nosso país.

Na etapa em que se encontra a instituição do sistema de planejamento no âmbito federal, pôde o Ministério da Saúde estabelecer as diretrizes gerais de uma política de saúde que atendam aos pressupostos básicos da estrutura econômico-social do país. Estas diretrizes gerais figuram em documentos oficiais, como o Informe do Brasil às II Reuniões Anuais do Conselho Interamericano Econômico e Social, realizadas em São Paulo, em outubro do corrente ano, e podem ser assim resumidas:

- a) prioridade para os programas de Saúde que beneficiem ao maior número de pessoas e a custos mais reduzidos;
- b) atendimento aos dados da estrutura demográfica na seleção dos beneficiários da assistência governamental;
- c) eliminação de todas as fontes de desperdício de recursos e correção dos níveis de ociosidade na utilização do equipamento existente;
- d) subordinação dos programas às disponibilidades efetivas de recursos das comunidades;
- e) reestruturação do Ministério da Saúde como órgão normativo, incentivando-se a descentralização executiva;
- f) fomento à pesquisa e à formação de pessoal técnico, de acôrdo com a demanda real dos programas;
- g) fortalecimento da indústria farmacêutica estatal para atender à ampliação da assistência medicamentosa;
- h) apoio ao planejamento no campo da saúde e sua integração no plano geral de desenvolvimento econômico e social.

Restaria complementar este oportuno esforço com a determinação das metas que se pretende lograr a curto prazo, dentro dos setores de atividades em que se desdobra o trabalho dos diversos órgãos do Ministério.

A alternativa da apresentação de um programa de metas parece, igualmente, de algumas limitações, que devem ser convenientemente postas em relêvo.

Dentro das etapas de elaboração do programa, "o diagnóstico da situação" tem uma indiscutível prioridade, com o levantamento dos dados fundamentais ao conhecimento da realidade sanitária. Em face das dificuldades apontadas à concretização do "diagnóstico", a determinação das metas impõe-se, cronologicamente, na ordenação das fases em que se desdobrará a completa preparação do Plano Nacional de Saúde.

Tornar-se-á patente, ao longo deste relatório, que a transposição metodológica adotada, não invalida o saudável esforço de programar as atividades de saúde no âmbito federal. Conhecidas as atividades principais a que se dedica o Ministério da Saúde e considerado um ano base para apreciação das tarefas a cargo das diversas unidades administrativas, pode-se proceder à fixação de metas dentro do pressuposto de que as atividades atuais se desenvolverão no ritmo e na forma exibidos nos períodos mais recentes, dispondo de uma caudal idêntica de recursos e valendo-se do mesmo aparelho administrativo, com os seus conhecidos defeitos e de ajustamentos. É evidente que um plano de metas, elaborado em outras circunstâncias, deveria exprimir, realisticamente, as mudanças que se pretende imprimir à política do Ministério da Saúde, o montante de recursos que o esquema global de desenvolvimento econômico do país reservará a este setor, os acréscimos de rendimento que a projetada reforma administrativa imprimirá ao funcionamento dos órgãos. Na impossibilidade de formular metas reveladoras destas expectativas do programa, o plano de metas apresentado sintetiza as tendências que devem ser consagradas a curto prazo, dentro das peculiaridades da implementação dos programas pelos órgãos do Ministério.

A técnica de planeamento estabeleceu alguns critérios para determinação de metas. Pode-se prefixar para elas uma taxa de crescimento espontâneo, de acordo com a tendência observada nos últimos anos, ou uma outra que atenda aos requisitos do aumento populacional e, ainda uma terceira, que exprima o otimismo das conquistas a serem obtidas em prazos mais reduzidos. Pode-se preferir, de acordo com as projeções do programador, qualquer das três alternativas, havendo quem justifique o simul

tâneo planejamento de três metas, subordinadas aos três critérios citados, deixando-se às unidades administrativas o empenho de atingi-las, conforme as condições específicas do trabalho executivo e sob os estímulos salutarres de uma emulação, que se poderia fomentar, com a variação das metas.

Outros critérios, que poderão ser introduzidos no estabelecimento das metas, dizem respeito às características econômicas dos projetos. Dêste modo, se poderia estabelecer uma taxa mínima de investimento, que corresponda ao crescimento demográfico e uma taxa máxima, que atenda à capacidade econômica de absorção do investimento pela população beneficiada, significando esta premissa que a inversão em saúde deva corresponder à disponibilidade efetiva de poupanças que possam ser encaminhadas a êste campo. Um terceiro critério seria imposto pela "capacidade de absorção social", medida em termos de utilização dos serviços pelos usuários e, finalmente, pela "capacidade de absorção técnico-sanitária", estimada em função da existência de pessoal treinado para fazer funcionar os serviços com eficiência.

Estas dificuldades, inerentes à correta programação de metas, não impedem que o Ministério da Saúde apresente o seu plano preliminar, que adquire importância e vantagens compensatórias, visto que permite antecipar os propósitos da administração federal e oferece o ensejo para, através do debate, buscar-se o apóio e participação das organizações estaduais e municipais, recolhendo-se as suas sugestões e críticas, que possam contribuir para o aprimoramento do plano, na fase posterior do seu refinamento. Êste foi o objetivo fundamental da apresentação dêste plano de metas de saúde, reconhecidamente inquinado das deficiências assinaladas. A discussão ampla que êle suscitará deverá contribuir para enriquece-lo e conferir-lhe representatividade.

METAS GLOBAIS

Na discriminação dos diferentes objetivos da política sanitária, implementada pelos organismos federais, estabeleceram-se metas globais, que permitem entrever os progressos conquistados no campo sanitário e as metas setoriais, que registram os avanços realizados no âmbito específico em que atuam os órgãos especializados. Para avaliar o incremento havido, foram seleccionadas unidades passíveis de mensuração e escolhido um ano base, de que haja informação disponível, a fim de ser confrontado com o período 1964/65, para o qual se deseja formular o plano de metas.

MORTALIDADE GERAL

A medição do nível de saúde de uma coletividade pode ser empreendida mediante utilização de módulos diversos em que se exprimem os indicadores. O coeficiente de mortalidade, conquanto não traduza, em todas as suas variantes, a melhoria do estado sanitária, guarda com este uma relação direta, visto que as conquistas obtidas, no campo sanitário, contribuem decisivamente para prolongar a vida e retardar a morte. O número total de óbitos registrados, anualmente, por 1 000 habitantes, exprime a taxa bruta de mortalidade, que depende da distribuição da população por grupos de idade e sexo e padece das limitações inerentes ao registro de nascimentos e de mortes.

Segundo estimativa do Laboratório de Estatística, do IBGE o Brasil apresentava o coeficiente médio de 18,5 óbitos por 1 000 habitantes, em torno do ano de 1950. A análise do censo de 1960 ainda não foi completada, de molde a conhecer-se a estimativa da mortalidade em torno deste ano, mediante cálculo das tábuas de sobrevivência. É de presumir que tenha havido um azeviável declínio de mortalidade geral, no transcurso da última década. A verificação da taxa média anual de 3%, no crescimento global da população no decênio 1950/60 e a comprovação de uma insignificante contribuição da entrada de imigrantes para o incremento havido, permite concluir, com base na hipótese de se não haver reduzido a natalidade, que o coeficiente de mortalidade geral se terá reduzido apreciavelmente.

Estando a natalidade, nos países subdesenvolvidos, subordinada aos determinismos da estrutura econômica, que se não modificou significativamente no decênio passado, é possível supor que a elevada taxa de incremento demográfico foi, predominantemente, influenciada pela baixa da mortalidade, cuja estimativa permitiria fixá-la em torno de 13 a 14 por 1 000 habitantes, no ano de 1960. Para o período 1964/65, seria legítimo esperar-se a continuidade da tendência manifestada na redução da mortalidade, embora o ritmo do declínio seja menor em face da interveniência de fatores novos, que dizem respeito, principalmente, à diminuição das enfermidades transmissíveis como causa de óbito. O plano de metas prevê um coeficiente de 12/1 000 habitantes para a mortalidade bruta anual no citado período.

MORTALIDADE INFANTIL

Este indicador vem adquirindo cada dia significação maior, sendo considerado prioritário, nos trabalhos elaborados pelos demógrafos das Nações Unidas. Para o Brasil, a proporção de óbitos, no curso do primeiro ano de vida, foi a ordem de 170 por 1 000 nascidos vivos, no período compreendido entre os censos de 1940/1950, segundo estimativa do Laboratório de Estatística.

Não tendo sido ainda investigado este dado, com base no material do censo de 1960 e não havendo registros válidos de óbitos e nascimentos, teremos de limitar-nos a simples conjecturas em torno do declínio havido na mortalidade infantil nos últimos anos. A positiva contribuição da baixa da mortalidade infantil, na obtenção de coeficientes mais favoráveis de mortalidade bruta, pode ser assegurada em face do que revelam as cifras comparativas das duas taxas, em séries históricas, organizadas em alguns países da América Latina, onde vigoram condições econômico-sociais idênticas às nossas. Tanto a mortalidade das crianças que não completaram um ano, como aquela do grupo etário de 1 a 4 anos, sofreu apreciável redução nos citados países, onde ostentavam níveis extremamente elevados. As condições ambientais desfavoráveis, resultantes do atraso e subdesenvolvimento, entre têm, ainda, estes altos coeficientes de mortalidade nos menores de 5 anos. A desnutrição e as enfermidades infecciosas são os responsáveis maiores pela persistência destes altos coeficientes de mortalidade entre estes grupos de idade. O cálculo da mortalidade proporcional, em uma área compreendendo 67% da população de Pernambuco, onde o Ministério da Saúde empreende uma pesquisa cuidadosa, revelou que atingia a 66,9% o percentual de óbitos entre os grupos de 0 a 4 anos, em torno do ano 1960, havendo áreas do nordeste onde esta percentagem é ainda mais elevada.

Uma estimativa grosseira permite prevêr a mortalidade infantil, no Brasil, no ano de 1960, em derredor de 130 a 135 por 1 000 nascidos vivos, havendo dados fidedignos que dão para o Estado de São Paulo uma taxa de 77/1 000 neste mesmo ano, com o declínio percentual de 33,38%, no decênio 1950/1960. Para o ano de 1965, poder-se-ia estabelecer a meta de reduzir a mortalidade infantil brasileira para 110/1 000 nascidos vivos. Este objetivo poderá ser atendido se persistir a tendência que se traduz na melhoria dos níveis globais de consumo que acompanha a ascensão da renda real per capita, com a conseqüente repercussão nos níveis gerais de vida.

ESPERANÇA DE VIDA

Calculado com base nas tábuas de sobrevivência dos diferentes grupos etários da população entre dois censos, este indicador geral de saúde reflete as conquistas obtidas na redução da mortalidade bruta. Para o ano de 1950, a vida média no Brasil, calculada entre a população natural, era de 43,7 anos, sendo 41,5 anos para os homens e 46,0 anos para as mulheres. Não se conhece, até agora, a estimativa que o Laboratório de Estatística deverá elaborar com base nos dados do censo de 1960. Entre 1940/50, a ascensão da vida média foi de 11,7 anos, passando de 32 a 43,7 anos. É lógico presupor que, tendo havido no período 50/60 uma queda da mortalidade, idêntica àquela verificada na década anterior, se não mesmo ligeiramente superior, haja ocorrido uma paralela elevação na esperança de vida, o que daria a média de 53 a 55 anos, em derredor do período em que foi realizado o último censo da população brasileira e dos anos que se lhe seguem, incluído o período 1964/65, contemplado pelo plano de metas. Esta estimativa, como aquelas outras referentes à mortalidade geral e à mortalidade infantil, estarão marcadas por certa margem de erro, que leva a supô-las superavaliadas e impregnadas de otimismo. O essencial, em face desta possibilidade, é que se aperfeiçoem cada dia os sistemas de registro, compilação, tabulação e análise dos óbitos, a fim de serem utilizados no planejamento de saúde em nível nacional e local, permitindo fixar os avanços realizados e predeterminar metas realísticas, dentro dos diversos campos da atividade sanitária.

Esta hipótese de superestimação dos dados da mortalidade e da vida média, induzida das cifras do crescimento da população, reveladas pela Síntese Preliminar do Censo Demográfico de 1960, estaria de certo modo corroborada pelas indicações mais recentes, que revelam ter havido um pequeno exagero nas cifras publicadas, que incluem os residentes ausentes na data do censo. A revisão realizada nos dados do censo de 1960 permite fixar em 69 619 900 pessoas presentes na data de 1º de julho e .. 70 072 500, no dia 1º de setembro de 1960, quando foi processado o mais recente recenseamento da população brasileira.

METAS SETORIAIS

O exame isolado dos diversos setores que cuidam dos problemas específicos, a cargo da administração federal de saúde, poderia ser empreendido através das atividades confiadas aos diferentes órgãos ou da investigação pormenorizada das enfermidades contra as quais se mobiliza o aparelho administrativo. Na explanação que se segue, foram adotados, indiscriminadamente, estes dois critérios, tendo em vista a possibilidade de estabelecer confronto de dados no ano básico selecionado e no período futuro, contemplado pelo programa de metas. Na parte inicial, são examinadas as doenças que exigem maior atenção do Ministério, particularmente aquelas que constituem atribuição específica da União, nos termos do que preceitua a Constituição Brasileira. Para facilidade da exposição, o estudo destas enfermidades foi desdobrado, indicando-se, preliminarmente, as transmissíveis e, em um segundo agrupamento, as não transmissíveis.

ENFERMIDADES TRANSMISSÍVEIS:

Endemias - Refletindo os baixos padrões econômicos que vigoram, ainda, entre os vastos aglomerados da nossa população, as doenças transmissíveis representam um pesado encargo para a administração de saúde pública. Sobressaem entre elas as chamadas endemias rurais que se não restringem ao âmbito de campo, mas acometem, indistintamente, aglomerados rurais e urbanos, desde que sua prevalência está condicionada estreitamente ao baixo nível de vida que vigora entre as grandes camadas da nossa população, marcadas pelo subdesenvolvimento e a pobreza. O arcaísmo da estrutura agrária, a precariedade do regime alimentar, as desumanas condições habitacionais, tornam o habitante da zona rural mais vulnerável às enfermidades parasitárias e infecciosas, que só poderão ser adequadamente combatidas e controladas na medida em que o país avançar nas etapas do seu desenvolvimento econômico. Vinculadas ao nosso subdesenvolvimento e devastando agrupamentos populacionais que não podem fugir ao fatalismo das condições ambientais que não serão modificadas a curto prazo, reclamam as grandes endemias uma atenção prioritária da União, objetivando atenuar os malefícios da sua prevalência. A referência às medidas que vêm sendo adotadas, na luta contra cada uma dessas enfermidades, permitirá ajuizar o notável esforço que o Ministério da Saúde realiza, com o objetivo de dar cumprimento ao dispositi

vo constitucional e corresponder ao imperativo humano e patriótico de preservar os contingentes expostos ao infortúnio destas doenças.

Filariose - Identificada em 14 localidades e 8 unidades da Federação, a filariose apresenta atualmente maior prevalência em Belém e Recife, onde os inquéritos hemoscópicos, realizados em 1951 e 1954, revelaram altos índices de filariemia. A profilaxia dessa endemia se fundamenta, predominantemente, no tratamento dos portadores de micro-filárias, o que tornou possível a queda do índice de 9,8%, em Belém, no ano de 1951, para 3,3% em 1962 e o de Recife, de 6,9%, em 1954, para 2,8%, no ano passado. Os inquéritos epidemiológicos para conhecimento das áreas endêmicas e dos índices de prevalência, a pesquisa dos aspectos epidemiológicos, o combate ao culex transmissor e a educação sanitária, completam a providência básica do tratamento dos doentes, que visa a interromper a transmissão.

De 1956 a 1962, o combate à filariose importou no exame de sangue de 2 580 161 amostras, sendo positivos 118 357 e no tratamento de 124 326 pessoas. O plano contempla a possibilidade de reduzir ainda mais os índices verificados nos focos principais apontados e eliminar os focos secundários, dos quais, Florianópolis e Castro Alves, na Bahia, apresentam percentuais insignificantes, no início deste ano. O atendimento e medicação de 60 000 pessoas constitui a meta prevista para o biênio próximo.

Bouba - A campanha contra esta enfermidade foi iniciada em 1956, objetivando eliminá-la como problema de saúde pública no prazo de 10 anos. Estimava-se o número de doentes e contactos em torno de 1 200 000 pessoas, estendendo-se a área de endemicidade a 450 municípios de 16 Estados e 3 Territórios. A profilaxia inclui o tratamento em massa, a avaliação e a vigilância. Graças ao uso extensivo da penicilina em dose única, o controle da Bouba se consegue com facilidade, independente das condições ambientais vigentes. Nos Estados do Nordeste e no Norte Oriental de Minas Gerais, onde eram mais elevados os índices de prevalência da bouba, representando 60% da prevalência total, a endemia se reduziu a níveis extremamente baixos, abaixo de 1%. Nas sucessivas revisões realizadas, comprovou-se o seu progressivo declínio, não significando mais problema de saúde nas áreas trabalhadas.

Atualmente, o Ministério empresta interesse especial ao controle da bouba na Amazônia, o que será conseguido, seguramente, no biênio

do plano. Entre 1956 a 1962, foram examinadas 9 538 333 pessoas e tratados 641 786 doentes, prevendo o plano de metas o tratamento anual de 20 000 pessoas, no período 1964/65.

Brucelose - O combate a esta zoonose exige o controle da brucelose animal e medidas preventivas complementares que objetivem impedir a contaminação do homem. A vacinação sistemática dos animais, o isolamento dos animais atacados, a educação sanitária entre os indivíduos expostos ao risco da infecção, constituem algumas das medidas recomendáveis. Entre 1957 e 1962, o DNERu. realizou inquéritos sorológicos através de 17 760 reações de sêro-aglutinação, com positividade em 681, projetando prosseguir neste esforço visando ao futuro controle da enfermidade, que deve ser perseguido através de uma ativa coordenação com o setor de Defesa Sanitária Animal. O plano inclui a meta da realização de 36 000 reações de sêro-aglutinação nos dois próximos anos.

Febre Amarela - No ano de 1955, foi eliminado o último foco do transmissor da febre amarela urbana em nosso país, tendo sido oficialmente declarada a erradicação em 1958. A vigilância contra o vetor prossegue na rotina das inspeções realizadas em portos marítimos e aeroportos que mantêm intercâmbio com países ainda infestados. A modalidade silvestre da febre amarela, transmitida por mosquitos que têm hábitos silvestres, mantém-se na Amazônia como uma zoonose que acomete os macacos e pode eventualmente infestar os homens que trabalham na floresta. A vacinação anti-amarílica confere proteção às pessoas vacinadas, constituindo a parte principal do esforço desenvolvido contra esta endemia pelo Ministério da Saúde, completado com inspeções em prédios para vigilância contra a reintrodução do vetor da febre amarela urbana e viscerotomia para colheita de amostras de fígado. No período de 1956 a 1962, foram realizadas 13 213 099 inspeções e vacinadas 7 822 743 pessoas. O plano prevê a possibilidade de se prosseguir neste trabalho através de unidades de vacinação que imunizarão anualmente 1 milhão de pessoas.

Hidatidose - Esta enfermidade está limitada às zonas de pecuária da região sul, principalmente aquela que é contígua ao Uruguai. Trata-se de uma zoonose, cuja profilaxia se realiza com a fiscalização sanitária dos matadouros, o tratamento dos cães portadores de parasitas e a iden-

tificação precoce dos casos humanos através da reação de Casoni, da qual foram feitos, entre 1956 a 1962, 180 396 testes, em 135 municípios do Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina, com o percentual de positividade de 1,1%. O programa dos dois anos próximos prevê a intensificação do inquérito epidemiológico, com a realização mínima de 20 mil testes de Casoni.

Tracoma - Esta enfermidade está disseminada de maneira irregular pelo território nacional e encontra na promiscuidade e na falta de higiene pessoal condições propícias para sua prevalência, que foi considerada moderada em 175 municípios e forte (acima de 30%) em outros 102 municípios, dentre os 479 municípios de 19 unidades federativas e 2 territórios onde se realizaram, no período de 1944 a 1962, inquéritos epidemiológicos. O tratamento com sulfas e antibióticos, a educação sanitária visando a formar hábitos higiênicos, especialmente para estimular o uso do sabão e da água corrente, a intensificação dos inquéritos de avaliação, constituem as principais medidas de combate a esta endemia, cuja incidência vem baixando, com a diminuição dos casos contagiantes.

No período de 1956 a 1962, foram tratados 1 546 729 doentes. O plano prevê a continuação da campanha, com o tratamento anual de 500 mil portadores de tracoma e de conjuntivites bacterianas não tracomatosas que lhe são associadas.

Leishmaniose - A forma visceral desta doença, conhecida sob a denominação de Calazar, foi identificada em 12 Estados da Federação, encontrando-se no Nordeste o foco de maior importância, acentuadamente no Ceará, onde foram encontrados 84% dos casos diagnosticados entre 1953 a 1962. A profilaxia desta endemia se fundamenta no combate ao transmissor (Flebótomo) e ao reservatório da zoonose, representado pelo cão. A investigação de casos humanos revelou 109 doentes no ano de 1962. O inquérito canino para descoberta e eliminação dos cães infectados nas áreas em que existe o inseto transmissor, representa outra medida de fundamental interesse na profilaxia. No período de 1956 a 1962, foram tratados 1 353 doentes, examinados 435 064 cães e dedetizados 226 691 prédios, cogitando o programa de metas de realizar 250 000 dedetizações anuais no período de 1964 /65 e exame de 80 000 cães.

Peste - Os inquéritos epidemiológicos revelaram a existência de 280 focos desta enfermidade em 87 municípios de 8 unidades da Federação. Foram verificados 3 565 casos de peste humana, no período de 1935 a 1962, dos quais 211 foram registrados no quinquênio 1958 a 1962. Inclui-se entre as doenças quarentenárias, a peste exige medidas de profilaxia na zona endêmica e também vigilância nos centros de transporte. A desratização, a despulização, o exame de ratos, a investigação epidemiológica para a identificação dos casos humanos, são algumas das providências postas em execução pelo setor especializado de combate à peste. No período de 1956/62, foram realizados 9 148 294 inspeções a prédios para uma ou mais atividades de profilaxia antipeste e 4 102 308 despulizações com 8 139 411 aplicações de cianogás para desratização. O plano de metas prevê, para o período de 1964/65, a despulização e desratização de 450 000 prédios por ano.

Doença de Chagas - Não existindo tratamento comprovadamente eficaz, o combate à doença de Chagas se restringe às medidas profiláticas com o controle do transmissor, através do expurgo das habitações. Os inquéritos já realizados revelaram a existência da doença em 492 municípios de 10 Estados, variando os índices de infecção natural dos triatomíneos transmissores. No ano de 1962, o DNERu. trabalhou 215 municípios da área endêmica, com o expurgo de 578 000 prédios, prevendo-se que serão expurgados, no ano em curso, 870 mil prédios, medida que terá de ser incrementada de vez que a melhoria das condições de habitação, que constituiria a providência de mais efetivo resultado na luta contra a endemia chagásica, não poderá ser conquistada a curto prazo, em face da escassez de recursos decorrente da presente etapa de subdesenvolvimento. O plano refere o expurgo de 2 500 000 prédios nos dois próximos anos.

Ancilostomose - Esta parasitose, bem como outras helmintoses que lhe são associadas, está amplamente disseminada, havendo estimativas que indicam a existência de 50 milhões de pessoas infestadas por helmintos, sendo metade portadora de ancilóstomos. As diversas medidas propostas para o combate a esta endemia, com aplicação extensiva de antihelmínticos, programa de saneamento visando à eliminação de dejetos, a disseminação do uso de calçados, a correção da anemia que lhe é habitualmente associada, esbarram em dificuldades diversas, dadas as peculiares condições que entre

têm a prevalência da parasitose entre os grupos da população mais atingidos pelo desconforto e a pobreza. A construção de fossas, o tratamento dos portadores dos parasitos e as medidas de educação sanitária, constituem a essência das providências em curso, que pretendem ser incrementadas, no período 1964/65, com o atendimento de 5 milhões de pessoas infestadas.

Esquistossomose - A prevalência desta enfermidade abrange 4 a 5 milhões de pessoas, segundo estimativa de inquéritos que revelaram índices de infestação que podem atingir até 90%. A impossibilidade do tratamento em massa dos doentes, a variedade das formas clínicas, o seu agravamento pelo desfavor das condições alimentares nas áreas endêmicas, a precariedade dos resultados da profilaxia antiplanorbídea, constituem aspectos extremamente desfavoráveis no combate a esta enfermidade, havida como um dos mais relevantes problemas sanitários brasileiros. No ano corrente, foram examinadas 250 mil pessoas, serão tratados 20 mil doentes e construídas 10 mil fossas simples, prosseguindo a campanha de educação sanitária visando a evitar o contacto com águas poluídas de parte da população indene. O programa de saneamento básico, que o DNERu. empreende, está incluído entre as medidas que se propõe a campanha contra a esquistossomose cujo controle está longe de ser conquistado nas atuais condições brasileiras. Além dos serviços de abastecimento d'água em construção, o DNERu. projeta construir anualmente 200 chafarizes e 120 lavanderias, além de incrementar a construção de fossas para 30 000.

Malária - A área endêmica da malária no Brasil abrange 7 338 mil km², representando 86,2% do nosso território. Por força de compromissos internacionais, a luta contra esta enfermidade foi colocada sob forma de campanha em 1958 e proposto o objetivo de erradicação no prazo de dez anos. O esquema de erradicação inclui o esgotamento natural das fontes de infestação, resultante da interrupção da transmissão mediante uso domiciliar dos inseticidas de ação residual. Fatores epidemiológicos diversos contribuem por vezes para frustrar esta expectativa, impondo o emprêgo de drogas anti-maláricas e a adoção de medidas antilarvárias.

No projeto inicial de erradicação, as zonas maláricas foram divididas em cinco áreas para implantação paulatina do novo sistema que substituiria o método de controle que vinha sendo executado há muitos anos. A falta de recursos para implementação do programa de erradicação impediu

o seu desenvolvimento nas bases projetadas e comprometeu o êxito do controle ainda em vigor, resultando um agravamento da transmissão em diversas zonas nas endêmicas do país.

No ano de 1961, procedeu o Ministério da Saúde à unificação do comando da campanha de erradicação fixando duas etapas, uma de emergência, que marca a gradativa expansão do combate à malária até atingir a totalidade da área endêmica e outra de cobertura total que se desdobra em fase de ataque, prevista para terminar em 1968, fase de consolidação e de manutenção.

A reorganização administrativa, a seleção e preparação de pessoal, a intensificação das borrifações com inseticidas, a montagem de um eficiente sistema de avaliação epidemiológica, constituem preocupações fundamentais do projeto de erradicação. A exigência de acréscimos acentuados no orçamento de despesa da campanha é outra imposição do sistema de erradicação, que vem recebendo financiamento externo desde o ano de 1958. A contribuição nacional é representada por fundos substanciais que totalizam, no ano corrente, 11% do orçamento de despesa do Ministério da Saúde, prevendo-se para 1964 um aumento de dotações que elevaria para 7 bilhões de cruzeiros as disponibilidades da campanha. A previsão do custo do programa até 1968 é de 33 bilhões de cruzeiros, segundo estimativa realizada em dezembro de 1962. As operações de inseticida absorvem metade dos recursos (49,7%) enquanto a avaliação epidemiológica (21,2%) a administração, o abastecimento (14,5%) e o transporte (11,7%) comprometem as restantes disponibilidades.

Para o ano de 1963 estava programada a dedetização de 6 396 000 casas em 19 Estados e 3 Territórios, com exclusão do trabalho realizado em São Paulo. Para o ano 1964 estão previstos 8 748 800 borrifações e, em 1965, cerca de 8 838 500. As pesquisas epidemiológicas em 1963 incluem a realização de 1 620 000 exames de sangue, assistência medicamentosa à população exposta, funcionamento de 20 000 postos de notificação, estudo da cêpa de plasmodium falcifarum resistente à cloroquina, do comportamento de vetores e de métodos de combate às bromélias.

Considerando o vulto dos recursos que o prosseguimento da campanha de erradicação exige e a experiência de alguns países latino-americanos que tiveram de interrompê-la em face de escassez de fundos e da necessidade de apelar para métodos suplementares, impostos pelas peculiarida

des ecológicas, decidiu o Ministério da Saúde constituir um Grupo Técnico que procederá a uma avaliação do trabalho até aqui realizado e sugerirá no modificações na campanha, inclusive para torná-la factível com o emprêgo exclusivo de recursos nacionais, em face das dificuldades que vêm sendo oreg centemente opostas à doação de ajuda exterior.

Lepra - Enfermidade de evolução crônica, a lepra encontra no homem o seu reservatório e vem sendo combatida através de medidas racio nais, tanto de sentido preventivo, como aquelas visando ao contrô le de pacientes, de contactos e do meio ambiente imediato. Entre as providên cias que o Ministério da Saúde desenvolve no particular, citam-se: a inte gração com as unidades sanitárias, a análise da situação epidemiológica, com verificação dos métodos profiláticos que objetivam avaliar a eficiên - cia das medidas técnico-administrativas em vigor; o emprêgo da ação dispen sarial nos grandes focos; a intensificação das pesquisas em tórno da tera pêutica da doença, a ampliação da assistência proporcionada às institui ções públicas e privadas que se dedicam ao problema e a campanha de trata mento extensivo. A previsão do plano de metas estabelece a continuidade dêste esforço, suplementado pela inflexível decisão de obter o máximo de rendimento para os recursos que vêm sendo encaminhados ao combate à lepra. No ano de 1962, o Serviço Nacional de Lepra atendeu, nos seus serviços, .. 96 839 doentes e contactos, tendo-se fixado a meta do atendimento anual de 120 000 no biênio 1964/65.

Tuberculose - A incidência da tuberculose permanece alta como decorrência das vigentes condições econômicas em países como o nosso. Sua prevalência, entretanto, aumentou de forma extraordinária, em face do aparecimento das novas drogas que fizeram decrescer a letalidade pela tuberculose. A aplicação dos modernos métodos para o diagnóstico, profilaxia e tratamento, de molde a atender à coletividade exposta ao risco da doença, constitui a essência das providências levadas a cabo pelo órgão es pecializado do Ministério da Saúde. O incentivo da ação dispensarial, a co opeeração com as instituições públicas e particulares, a ação hospitalar conjugada com o esforço dispensarial, o adestramento de pessoal especiali zado nas técnicas de diagnóstico, tratamento e quimioprofilaxia da tubercu lose e a interpretação da informação epidemiológica, a formação de pessoal

auxiliar, constituem facetas diversas das atividades que se propõem a combater a doença. O programa contempla o prosseguimento das medidas postas em prática pela Campanha Nacional Contra a Tuberculose. No ano passado, nos 183 dispensários subvencionados pelo SNT foram assistidos 100 851 doentes, realizadas 1 660 805 abregrafias, sendo 130 000 pelo serviço de unidades aéreas e feitas 3 030 771 vacinações pelo BCG.

No período do plano, projeta o Ministério assistir, anualmente, 150.000 enfermos e realizar 4 000 000 vacinações pelo BCG e 2 000 000 de abregrafias.

Varíola - Incluída entre as doenças quarentenárias, a varíola se apresenta de forma endêmica ou epidêmica, de acordo com o estado de imunidade da população acometida e a frequência com que a infecção é importada de áreas adjacentes ou distantes. O Brasil figura, no demonstrativo dos casos notificados em países latino-americanos, a partir de 1951, como o país de mais elevada incidência de varíola, ao lado do Equador e da Colômbia. O fortalecimento e a aceleração das medidas que objetivam a erradicação da varíola, constitui, presentemente, matéria de alta prioridade na ação ordenada que o Ministério da Saúde procura desenvolver através da Campanha Nacional Contra a Varíola. A preparação de vacinas em três laboratórios recém-equipados e o esforço planejado para estender a vacinação a um mínimo de 20% da população, constitui a essência do trabalho da Campanha, que procura mobilizar o esforço cooperativo das organizações sanitárias estaduais, no sentido de conferir aos grupos suscetíveis da população, níveis adequados de imunidade contra a varíola. No período 62/63, os dados referentes a 9 Estados e 1 Território, indicavam terem sido vacinadas 6 578 679 pessoas, prevendo o plano de metas ampliar esta cifra para 30 milhões de pessoas nos dois próximos anos.

OUTRAS ENFERMIDADES TRANSMISSÍVEIS

O combate às febres tifóides, às doenças venéreas, à poliomielite, à difteria e à coqueluche, constituem tópicos específicos da ação metódica que o Ministério da Saúde empreende com o propósito de controlar estas enfermidades que grassam entre diferentes agrupamentos da nossa população. A realização de inquéritos e estudos sobre as condições que entretêm a sua prevalência, a indagação sobre os problemas epidemiológicos associa-

dos, o estudo da sua profilaxia e tratamento, a consideração dos aspectos administrativos, objetivando coordenar, fiscalizar, orientar e assistir as entidades governamentais e as instituições particulares, compõem as medidas que o Ministério da Saúde patrocina. A orientação técnica e o fornecimento de produtos imunizantes e medicamentos, o aprestamento de unidades sanitárias e laboratórios de saúde pública, figuram entre os projetos em execução pelos órgãos especializados do Ministério. No ano de 1962, o DNS distribuiu 398 000 doses de vacina anti-tífica, 800 000 doses de bacteriostáticos e antibióticos e 63 870 doses de vacina tríplice contra coqueluche, prevendo o plano de metas os seguintes acréscimos, para o período 1964/65: vacina anti-tífica 8 000 000; antibióticos e bacteriostáticos 2 000 000; vacina tríplice 200 000.

DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Este capítulo engloba diferentes enfermidades que mobilizam o esforço ordenado do Ministério da Saúde, absorvendo largas parcelas do seu orçamento de despesa. O bócio endêmico, causado pela carência de iodo no organismo, oferece índice de prevalência mais elevado nas regiões Leste Meridional, Sul e Centro Oeste. A sua profilaxia, sistematizada em legislação que data de agosto de 1956, baseia-se sobre o uso de sal iodado para o consumo humano. A assistência dispensada às indústrias salineiras contribuiu para a diminuição do bócio endêmico, já revelada em inquéritos de avaliação, levados a efeito nas áreas de maior incidência no passado. No ano de 1962, foram distribuídas 423 000 toneladas de sal iodado, fixando o plano de metas um aumento para 500 000 toneladas anuais no próximo biênio.

O Câncer vem sendo combatido através de projetos que condensam o propósito de difundir a educação sanitária com vistas à prevenção e ao diagnóstico precoce. O tratamento dos enfermos, a vigilância após o tratamento, o asilamento dos desamparados, a assistência técnica e financeira à vasta rede de organizações assistenciais, constituem outras tantas manifestações do empenho da administração federal no sentido de fomentar atividades de combate ao câncer. No ano passado, o Serviço Nacional de Câncer mantinha 1 725 leitos, sendo 283 no Instituto Nacional de Câncer e 1 442 em instituições privadas, prevendo o programa um aumento de 1 180 leitos que correspondem a hospitais em construção.

As doenças mentais constituem outro campo de ação especializada do Ministério. A supervisão das atividades dos órgãos de assistência a psicopatas, a coordenação e a fiscalização, a assistência técnica e financeira aos órgãos especializados, a difusão dos princípios de higiene mental, a disseminação de ambulatórios para diagnóstico e tratamento, a ajuda à rede hospitalar, mantida pelo poder público e entidades particulares, o incentivo à criação de serviços de praxiterapia, podem ser indicados como diferentes aspectos do vasto esforço que o Governo Federal desenvolve neste campo. Os dados disponíveis para 1962 revelam que os 60 ambulatórios subvencionados pelo SNDM atenderam 143 972 pacientes, enquanto nos 55 hospitais a cifra de assistidos foi de 39 711, totalizando 183 683. Para o biênio do plano, preve-se o atendimento anual de 200 000 pessoas nos ambulatórios e 40 000 doentes hospitalizados.

A assistência aos doentes cardio-vasculares e aquél'outros grupos acometidos de doenças degenerativas, a recuperação de mutilados e outros deficitários físicos, mediante cooperação com clínicas especializadas, os cuidados aos desamparados em geral, figuram entre os projetos que o Departamento Nacional de Saúde executa dentro do propósito de assistir estes grupos de enfermos. No ano de 1962, foram assistidas 2 270 pessoas que receberam pernas mecânicas, aparelhos ortopédicos, óculos e outras modalidades de ajuda, prevendo o programa alargar a concessão destes benefícios com o atendimento de 6 000 doentes, nos dois anos vindouros.

SAÚDE MATERNO-INFANTIL

O Departamento Nacional da Criança vem dando prosseguimento às diferentes atividades de estímulo, orientação e cooperação às iniciativas públicas e privadas que objetivam proteger a maternidade, a infância e a adolescência, em todo o território nacional. Suas atividades têm os seguintes objetivos: a melhoria das condições sanitárias e educacionais, com a criação e manutenção de clubes de mães, a realização de estudos médico-sociais sobre a maternidade e a infância, a assistência à família, com estímulo à colocação familiar, à recreação infantil e à sadia orientação da juventude, a alimentação de gestantes, nutrízes e pré-escolares, visando a conceder, a estes grupos vulneráveis da população, suplementos alimentares, particularmente a parcela proteica da dieta e a correção dos deficits de vitamina, o combate à mortalidade materna com a melhoria da assistência presta-

da nas maternidades e a difusão do serviço de assistência obstétrica domiciliar, a instalação e manutenção dos serviços de dietética, de lactários e de centros de reidratação; a campanha contra doenças transmissíveis da infância.

No ano de 1962, o programa alimentar do DNCR., mediante distribuição de leite em pó desnatado, complementado por cápsulas de vitaminas A-D, atingiu 13 Estados e 5 Territórios e beneficiou 349 380 lactentes, gestantes, nutrizas e pré-escolares. Foram distribuídos 6 734 488 quilos de leite em pó e 34 938 000 cápsulas de vitamina A-D. Com a vigência do programa "Alimentos para a Paz", preve-se o incremento da distribuição de leite, em 1963, para 15 000 toneladas que beneficiarão os grupos vulneráveis de todas as unidades da federação. Figura ainda no programa a distribuição do leite produzido pela Fábrica de Pelotas que, em 1962, atingiu 480 toneladas, distribuídas nos Estados Sulinos.

O programa educativo realizou, no ano passado, diversas tarefas das quais existem dados numéricos disponíveis para as seguintes: publicações distribuídas - 33 750; clubes de mães mantidos - 763 (sendo 130 instalados em 1962).

O preparo de pessoal mereceu igual interesse em 1962, tendo sido aprovados, nos 28 cursos de adiestramento e especialização que o DNCR. realiza, cerca de 417 pessoas, figurando entre estas 137 bolsistas. No Instituto Fernandes Figueira, foram realizados 15 cursos patrocinados pelo Centro de Estudos, com a frequência de 327 médicos e doutorandos.

Do programa de imunização consta, no ano de 1961, a distribuição de 139 800 doses de vacina diftérica-pertussis no nordeste e, em 1962, foram vacinados, contra a poliomielite, 5 566 439 crianças. O auxílio técnico e financeiro que o DNCR. propiciou a entidades diversas em 1961, para reaparelhamento e manutenção, possibilitou a ajuda a 126 maternidades, 191 postos de puericultura, 39 hospitais infantis, 59 creches, 70 serviços de reidratação e 96 outras obras, totalizando 581 serviços. Em 1962, a cifra de entidades atendidas, por esta fonte de recursos, foi de 424. O Fundo de Assistência à Maternidade, distribuído de acordo com o número de leitos, favoreceu, no ano de 1961, a 372 entidades com 4 229 leitos e, em 1962, foram contempladas 637, com 7 748 leitos. Os auxílios destinados às instituições que cooperaram com a Campanha de Proteção à Maternidade e à Infância beneficiaram 1 060 entidades em 1961 e 2 146 em 1962.

O Instituto Fernandes Figueira atendeu em 1962 um total de 126 395 pacientes e prestou 184 247 serviços diferentes, incluindo consultas (64 892) internações (3 142) operações (264) partos (1 216) exames de laboratório, exames de raios X, aviamentos de receitas, fornecimento de leite, etc. O Centro de Orientação Juvenil realizou 1 805 sessões de trabalho no ano passado.

A discriminação de todos os referidos itens das atividades do DNCR. possibilita entrever a complexidade das suas atribuições e o vasto esforço que desenvolve para lhes dar cumprimento. O plano de metas terá de ser definido em função do montante dos recursos que venham a caber ao DNCR. nos próximos exercícios financeiros, visto que lhe cabe por lei incentivar, cooperar e fiscalizar as atividades em prol da maternidade e infância, tornando-se, precipuamente, um órgão para transferência de recursos a título de assistência.

Para o ano de 1964, a proposta orçamentária do executivo prefixou um acréscimo de 31,2% nas dotações do DNCR. e de 26,7% nas verbas das Delegacias Federais da Criança, podendo-se, por consequência, projetar um apreciável acréscimo nos tópicos diversos em que se desdobre a ação federal em favor da maternidade, infância e adolescência.

SANEAMENTO BÁSICO

O reconhecimento das vantagens que a execução de medidas de saneamento do meio, trazem à melhoria do estado sanitário da população, tornou imperiosa a destinação de crescentes parcelas do orçamento federal aos programas de abastecimento d'água e de esgoto, que vêm sendo executados por sete agências da administração federal. O Ministério da Saúde está contemplado com a parcela insignificante de 4% nos dispêndios que o orçamento de 1963 consigna à execução de projetos de abastecimento d'água. O quadro das metas inclui, apenas, os serviços a cargo do DNERu. tanto no que se refere aos sistemas de abastecimento d'água, como à eliminação de dejetos. Presentemente, se esforça o Ministério por conhecer os diversos aspectos do programa de saneamento básico em andamento pelos diversos órgãos da administração federal. O elevado custo destas instalações, em cotejo com a baixa capacidade econômica das populações para absorverem convenientemente os investimentos canalizados para este fim, a extrema pulverização de recursos, através de obras destinadas às vastas áreas do nosso território

rio, tornam imperiosa a necessidade de uma coordenação efetiva do extraordinário esforço que a administração federal vem devotando ao problema do saneamento ambiente. A inexistência de pessoal capacitado para realizar projetos e administrar os serviços instalados, constitui outro elo a ser fortalecido no complexo de providências que estão sendo reclamadas.

A solução definitiva do problema vem sendo entrevista através da disposição de se conferirem características econômicas à conceituação do tema. A identificação dos serviços de abastecimento d'água como empresas, objetivando obter uma participação dos usuários no seu financiamento, exige paralelamente que a programação dos serviços de saneamento seja conduzida dentro da preocupação básica de atender à dimensão dos recursos efetivamente disponíveis bem como à capacidade de utilização econômica por parte da população beneficiada. Este pressuposto justifica a atual preocupação do Ministério da Saúde em aprofundar o conhecimento da questão e propor soluções adequadas para sua programação.

No Ministério da Saúde, o programa de saneamento do meio vem sendo executado pelo DNSEu. e a FSESP. No ano corrente, o DNERu. constrói 50 serviços de abastecimento d'água, que serão concluídos na vigência do plano de metas. O programa de construção de fossas, previsto em 10 000 no ano em curso, será incrementado de molde a se construírem 30 000 fossas em cada ano do próximo biênio. A FSESP iniciou em 1963 a construção de 80 serviços de abastecimento d'água e dá prosseguimento a 45 outros, tendo também construído até o presente 6 650 privadas higiênicas. Para o ano de 1964 está previsto o início de mais 20 serviços de abastecimento d'água e a construção de aproximadamente 10 000 privadas higiênicas.

FORMAÇÃO DE PESSOAL

O adiestramento de pessoal técnico, o aperfeiçoamento e a especialização de profissionais que se dedicam ao trabalho sanitário, representam tópicos de relêvo no programa executado pelo Ministério da Saúde. A Escola Nacional de Saúde Pública mantém diferentes cursos para médicos e outras categorias de técnicos exigidos pelo trabalho sanitário. A política que o Ministério pretende desenvolver, neste particular, presuppõe um alargamento da colaboração com as instituições universitárias e de educação básica, que se destinam especificamente à preparação dos técnicos necessários à administração de saúde. A revisão dos currículos, com o objetivo de ajus-

tar a formação técnica aos níveis de demanda efetiva dos programas, deverá constituir uma das preocupações fundamentais da nova política a ser implementada. No âmbito restrito da ação do Ministério, o apóio e fortalecimento da Escola Nacional de Saúde Pública constituirá a providência básica, de par com os incentivos a serem dados aos centros de formação de pessoal auxiliar de tipo médico, que vem sendo reclamado com maior prioridade pela presente conjuntura assistencial brasileira.

No início do próximo ano será iniciada a construção da sede da ENSP e prosseguirão, com maior vigor, as suas atividades de rotina, com a realização dos seus diversos cursos para médicos sanitariatas e puericultores, especialização em lepra, tuberculose e outras enfermidades, organização hospitalar, enfermagem de saúde pública, engenharia sanitária, curso básico para veterinários, unidades médico-hospitalares para arquitetos, curso para inspetor de saneamento. Nos anos recentes, a ENSP diplomou, nos seus diversos cursos, a média de 118 pessoas ao ano, prevendo o plano de metas a diplomação anual de 160 pessoas, no período de 1964/65.

PESQUISA

Neste campo especial, que visa a estimular as investigações que possam ser úteis ao aperfeiçoamento e expansão dos programas sanitários o Ministério da Saúde vem realizando um apreciável esforço, que será ordenado e ampliado no futuro. A formação de pesquisadores pelo Instituto Oswaldo Cruz que, através de suas divisões científicas, realiza estudos clínico-experimentais sobre várias enfermidades que acometem as nossas populações e as pesquisas empreendidas pelo Instituto Nacional de Endemias Rurais, através dos diversos centros em que se desdobra a sua fecunda atividade, constituem o centro principal da atuação do Ministério, no âmbito da investigação científica. Também aqui, a preocupação futura será inspirada pelo desejo de conferir à política de pesquisa uma fundamentação adequada, que permita o aproveitamento dos nossos escassos recursos na investigação dos problemas de saúde peculiares à área geográfica brasileira, de molde a ser diretamente aproveitada pela administração sanitária na melhoria e refinamento dos programas que ela realiza, evitando-se, desta maneira que uma expansão inconsiderada deste relevante setor possa constituir-se em uma fonte indesejável de desperdício e frustrações. Neste sentido, muito deve ser esperado do Instituto Nacional de Saúde, órgão a ser criado na projetada reestruturação do Ministério.

O Ministério da Saúde mantém presentemente 6 Institutos de Pesquisas que serão acrescidos do INS, a quem caberá coordenar toda a atividade no campo da pesquisa científica a cargo do Ministério. O Instituto Oswaldo Cruz realiza, no ano corrente, 9 cursos visando à formação de pesquisadores, nos diversos campos científicos. No ano de 1962, diplomaram-se 51 técnicos e, no ano em curso, frequentam 48. Para o ano de 1964 projeta o IOC realizar, além dos 9 cursos ordinários já assinalados, 6 novos cursos, inclusive um sobre Doenças de Chagas, enfermidade a que o Ministério pretende emprestar especial ênfase, no desdobramento da sua ação futura.

NUTRIÇÃO

Através da Comissão Nacional de Alimentação, o Ministério da Saúde realiza, presentemente, um paciente e modesto esforço que será expandido no futuro, atendendo às prioridades que este programa condensa. A colaboração com os setores de educação e agricultura e outros organismos dedicados ao problema, a preparação de pessoal especializado, a divulgação sanitária, figuram entre os objetivos da ação que o Ministério pretende desenvolver. A pesquisa sobre os problemas alimentares brasileiros, a possibilidade de aperfeiçoamento da tecnologia alimentar, a indagação dos hábitos de consumo, os inquéritos sobre o estado nutricional dos diferentes grupos da população, o prosseguimento do balanço alimentar objetivando confrontar as disponibilidades calóricas com as necessidades efetivas, imposta pelo crescimento demográfico e o aumento da renda per capita, representam aspectos diferentes do programa de metas, elaborado para atender ao importante aspecto da nutrição. O aproveitamento das bacias leiteiras, com a instalação de fábricas de leite em pó nas áreas que lhes são adjacentes, figuram entre os projetos a que, presentemente, atribui o Ministério da Saúde maior importância.

Até a instalação da SUNAB, no ano corrente, a Comissão Nacional de Alimentação administrava o programa de distribuição de leite desengordurado, fornecido pelos Alimentos para a Paz, que projetou distribuir 15 000 toneladas de leite em pó, no ano de 1963. A expansão da produção da fábrica de leite em pó de Pelotas, que é adquirida totalmente pelo Ministério da Saúde, figura entre os projetos de maior interesse para a concretização das medidas no campo da nutrição. Prevê o plano de meta a ele-

vação para 600 toneladas da produção anual da referida fábrica. A CNA prosseguirá nas suas atividades normais, incentivando a formação de pessoal especializado e realizando as pesquisas que já iniciou com êxito, visando a contribuir efetivamente para a melhoria dos padrões alimentares que está condicionada a uma complexidade de fatores, que traduzem os determinismos do desenvolvimento econômico.

ASSISTENCIA MÉDICA

A expansão dos programas assistenciais executados pelas instituições hospitalares e para-hospitalares constitui um dos problemas a que empresta o Ministério da Saúde maior interesse. A recente fixação das normas hospitalares com o estabelecimento de critérios gerais para intensificação do programa de ajuda federal à extensa rede de serviços, disseminada pelo território nacional, permite entrever os objetivos fundamentais da política que o Ministério desenvolverá neste campo de atividade. A racionalização da construção e equipamento das unidades assistenciais, a atualização do censo hospitalar, visando particularmente à caracterização dos níveis de utilização efetiva das instalações disponíveis, a colaboração com as instituições da previdência social e as instituições filantrópicas, constituem preocupações fundamentais do programa. O projeto de zoneamento dos recursos médico-hospitalares será executado depois de processado o levantamento em curso visando à disponibilidade das informações indispensáveis à formulação de uma política adequada para enfrentar o complexo programa assistencial.

Os levantamentos estatísticos registram, para o ano de 1960, a existência de 2 547 estabelecimentos hospitalares no Brasil, com 216 378 leitos, figurando, neste total, 81 mantidos pela União com 13 028 leitos. Os estabelecimentos para-hospitalares montavam, no mesmo ano, a 2 316, incluindo 219 estabelecimentos federais. Através do Fundo de Assistência Hospitalar, a União subvencionou, no ano de 1962, 683 hospitais, com 52 654 leitos.

O programa de metas concentra seu maior empenho no objetivo preferencial de conseguir a elevação dos atuais níveis de utilização da rede hospitalar, ao invés de projetar a ampliação da mesma. Neste sentido, a adoção das normas hospitalares e a difusão dos princípios que elas consagram representarão medidas fundamentais ao êxito das tarefas programadas.

METAS PREFERENCIAIS

Na implementação do seu programa de metas, o Ministério da Saúde confere a algumas atividades que vêm sendo desenvolvidas especial relevo com a destinação de maiores recursos e a concentração de maior esforço executivo no encaminhamento de determinadas questões.

Com base em diferentes critérios, que se alternam ou se combinam, poderia o plano de metas ser complementado com a referência aos setores a que pretende o Ministério conceder prioridade no desdobramento da sua ação executiva. A cifra da população exposta às enfermidades que grassam em nosso território, o prejuízo econômico que decorre da sua prevalência, a eficácia das técnicas empregadas para sua debelação, a disponibilidade de recursos financeiros, os prazos em que se pretende atingir os resultados previstos, constituem os elementos a considerar na fixação de prioridades.

A Malária, a Doença de Chagas, a Tuberculose, a Esquistossomose e o saneamento básico, figuram entre os programas a que o Ministério da Saúde conferirá ênfase especial, no futuro imediato. É certo que o êxito deste esforço dependerá de um complexo de fatores que se subordinam, em última análise, à etapa de desenvolvimento econômico-social a que atingimos.

A Campanha de Erradicação da Malária, que absorve a maior parcela dos dispêndios do Ministério, prosseguirá de acordo com as recomendações do Grupo Técnico recém-instalado, que procederá cuidadosa revisão do trabalho empreendido e indicará as medidas necessárias à intensificação do programa. O conveniente aparelhamento da máquina administrativa visando a incrementar a eficiência operacional, a contínua preparação do pessoal reclamado pelas diferentes etapas da campanha e, sobretudo, a avaliação epidemiológica objetivando modificar as técnicas em uso, de acordo com as peculiaridades ecológicas, constituem o suporte das providências em pauta.

A Doença de Chagas, que será erradicada quando as condições econômicas, que prevalecem no meio rural, possibilitarem a melhoria habitacional, impedindo a colonização domiciliar do vetor da doença, merecerá que se lhe dedique um interesse preferencial em face da possibilidade efetiva de se reduzirem os seus índices de prevalência mediante uso metódico e intensivo dos novos inseticidas.

A Tuberculose, cujos níveis de prevalência refletem ainda a precariedade dos padrões de existência de vastos aglomerados de nossa população, deverá ser enfrentada com as armas do arsenal de que dispõe hoje o especialista, objetivando descobrir os casos incipientes e tratar os pacientes de formas avançadas e os crônicos.

A Esquistossomose oferece aspectos extremamente desfavoráveis a um combate sistematizado e eficaz. A identificação de portadores de ovos viáveis, a suscetibilidade variável do hospedeiro intermediário e a possibilidade de contato da população indiana com águas poluídas, constituem os aspectos fundamentais da epidemiologia da doença, que terão de modelar a ação sanitária. Torna-se evidente que, nas presentes condições de atraso que predominam ainda em nosso "hinterland", com o conseqüente cortejo de ignorância, desnutrição, desamparo assistencial e promiscuidade, será ilusório obterem-se resultados seguros e definitivos na luta contra a esquistossomose. Na ordenação do esforço governamental visando ao seu controle, nenhuma medida excede a difusão dos meios de saneamento ambiente, que intercepta e anula dois elos do ciclo epidemiológico, com a eliminação dos dejetos e o abastecimento de água não poluída. Sucede, todavia, que o Ministério da Saúde não escuta senão uma pequenina parcela do amplo programa de saneamento que a administração federal promove, através de sete diferentes agências. Esta verificação tornou imperativa a necessidade de uma coordenação dos programas de saneamento, iniciativa a que se propõe o Ministério da Saúde objetivando ajustar os referidos programas às necessidades efetivas suscitadas pela vigência das enfermidades que podem ser controladas através do saneamento do meio.

Este quadro de metas preferenciais seria completado com a referência a alguns tópicos de especial relevância na política do Ministério da Saúde, a saber:

- a) o levantamento das presentes condições em que operam os laboratórios mantidos pelo poder público, objetivando reequipá-los convenientemente a fim de produzirem em quantidade suficiente e a baixo custo os medicamentos de uso generalizado e aqueles necessários ao tratamento das enfermidades de massa, de que padecem as camadas mais desfavorecidas da população. Este projeto constitui uma das iniciativas primordiais do GEIFAR, órgão coordenador do esforço governamental que visa a corrigir as distorções no campo da indústria farmacêutica e criar as condições para o fortalecimento da indústria química de base.

- b) promover a ampliação ou instalação de indústrias para produção de inseticidas de ação residual, necessários às campanhas profiláticas em desenvolvimento no país, de acordo com os projetos aprovados pelo GEIPAR;
- c) instalação de serviços-piloto que levem à prática a descentralização das tarefas de saúde, transferindo-se aos municípios a sua execução. Estas primeiras unidades funcionariam à guisa de amostragem a fim de se examinarem detidamente os complexos problemas suscitados pela municipalização e buscar-se solução adequada às peculiaridades locais, objetivo básico previsto no programa. No ano de 1964, pretende o Ministério implantar 150 unidades-piloto e, em 1965 mais 450, de molde a dispor-se de 600 unidades ao fim do período contemplado no programa de metas.

Não se restringe aos aspectos mencionados o vasto esforço que realiza o Ministério da Saúde para atender aos encargos de sua competência. No campo da educação sanitária, da bioestatística, da fiscalização da medicina, no cumprimento de acordos internacionais afeto ao serviço de saúde dos portos, empreende o Ministério da Saúde um trabalho preciso e tenaz que se não poderia concretizar em metas quantificáveis.

Desenvolvendo estas várias atividades, desincumbindo-se das diferentes atribuições legais que lhe cabem, aspira o Ministério da Saúde conquistar maiores níveis de eficiência para o seu trabalho, mediante ação planejada.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE

III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
DEZEMBRO DE 1963

TEMA: SITUAÇÃO SANITÁRIA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA
APRECIAÇÃO GERAL DO PROBLEMA

III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

(9 a 15 de dezembro, 1963)

TEMA "A"

Situação Sanitária da População Brasileira

Apreciação Geral do Problema

ROTEIRO:

1.0.0.0 Considerações Preliminares

- 1.1.0.0 O Ministério da Saúde e o Plano Trienal
- 1.2.0.0 A III Conferência Nacional de Saúde
- 1.3.0.0 Importância do Tema
- 1.4.0.0 Saúde e Desenvolvimento Econômico (Breve notícia)
 - 1.4.1.0 A Tese
 - 1.4.2.0 Alguns Aspectos do Subdesenvolvimento
 - 1.4.3.0 O Brasil como país subdesenvolvido
 - 1.4.3.1 Indicadores Selecionados
 - 1.4.3.2 Renda "Per Capita"
 - 1.4.3.3 Taxa de Urbanização
 - 1.4.3.4 População Economicamente Ativa por Setor de Atividade
 - 1.4.3.5 Alfabetização
 - 1.4.3.6 Outros
 - 1.4.3.7 Níveis de Saúde (Alguns aspectos)

2.0.0.0 Situação Sanitária da População Brasileira

- 2.1.0.0 Introdução
- 2.2.0.0 O Quadro Nosológico
 - 2.2.1.00 Generalidades
 - 2.2.2.00 Doenças de Massa
 - 2.2.2.01 Malária
 - 2.2.2.02 Tuberculose
 - 2.2.2.03 Lepra
 - 2.2.2.04 Esquistossomose
 - 2.2.2.05 Doenças de Chagas
 - 2.2.2.06 Tracoma
 - 2.2.2.07 Ancilostomose
 - 2.2.2.08 Leishmanioses
 - 2.2.2.09 Rouba
 - 2.2.2.10 Filariose

- 2.2.2.11 Doenças Carenciais
- 2.2.2.12 Diarréias Infecciosas
- 2.2.2.13 Outras
- 2.2.3.00 Doenças Pestilenciais
 - 2.2.3.01 Varíola
 - 2.2.3.02 Febre
 - 2.2.3.03 Febre Amarela
- 2.2.4.00 Outras Doenças Transmissíveis
 - 2.2.4.01 Difteria, Coqueluche, Tétano, Sarampo
 - 2.2.4.02 Raiva
 - 2.2.4.03 Venéreas
 - 2.2.4.04 Poliomielite
- 2.2.5.00 Doenças Degenerativas e Mentais
 - 2.2.5.01 Doenças Cardiovasculares e Câncer
 - 2.2.5.02 Doenças Mentais
- 2.2.6.00 Influência da investigação dos órgãos de pesquisa do M.S. para o conhecimento da nosologia brasileira.
- 2.3.0.0 O Saneamento do Meio
 - 2.3.1.0 Água (Abastecimento Público)
 - 2.3.2.0 Esgotos Sanitários
- 2.4.0.0 Recursos Médicos-Sanitários
 - 2.4.1.0 Instituições hospitalares e serviços oficiais de Saúde Pública.
 - 2.4.2.0 Pessoal Médico e Para-Médico
 - 2.4.3.0 Produtos Profiláticos e Terapêuticos
- 3.0.0.0 Apreciação Geral do Problema
 - 3.1.0.0 Considerações Gerais
 - 3.2.0.0 Os Dados Estatísticos
 - 3.3.0.0 Evolução do Nível de Saúde no Brasil (Alguns aspectos)
 - 3.3.1.0 Mortalidade Geral
 - 3.3.2.0 Mortalidade Infantil
 - 3.3.3.0 Mortalidade por Doenças Transmissíveis
 - 3.4.0.0 Conclusões.

a) SITUAÇÃO SANITÁRIA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA
APRECIÇÃO GERAL DO PROBLEMA

1.0.0.0 Considerações Preliminares

1.1.0.0 - O Ministério da Saúde e o Plano Trienal

O PLANO TRIENAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL estabelece, para o Setor de Saúde, as diretrizes gerais a que deve obedecer a programação dos empreendimentos governamentais naquele setor, bem como discrimina as atividades básicas a serem desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, no âmbito de suas atribuições, durante o decurso do ano de 1963.

As atividades básicas preconizadas no Plano Trienal configuram, primacialmente, um esquema genérico, ao qual o Ministério da Saúde reconhece plena atualidade e adequação à realidade brasileira, no campo médico-sanitário, razão pela qual tem procurado pautar-se, estritamente, dentro das linhas basilares ali delineadas.

Resalte-se, no entanto, que o importante documento transfere para momento oportuno a organização do "plano de atividades para o triênio 1963-1965", através do qual visa "conferir maior objetividade aos programas específicos" de cada órgão do Ministério da Saúde.

Da mesma forma, o PLANO prevê, para época posterior, o detalhamento, com mais vagar, do PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE, a constituir o instrumento ótimo de trabalho que propicie ao Ministério a visualização perfeita dos seus objetivos, normas adequadas de ação e o desejável entrosamento no contexto do programa global. Ao importante ítem, faz idêntica referência a Mensagem Presidencial de 1963, referindo-o como um dos objetivos preliminares do Plano Trienal.

A elaboração do Programa Nacional de Saúde estaria, assim, sujeita a um compasso de espera, na dependência do "melhor conhecimento de nossa realidade sanitária, mediante levantamento das informações de que os diferentes órgãos administrativos já dispõem e daquelas que se tornem necessárias à formulação de um diagnóstico da situação médico-assistencial brasileira". (1)

Acreditando configurar-se prejudicial aos interesses da política sanitária nacional ediar por tempo maior a consecução daqueles desideratos, resolveu o Sr. Ministro da Saúde propor ao Exmo. Sr. Presidente da República a convocação desta III Conferência Nacional de Saúde, instrumento

hábil para o desempenho da magna tarefa colimada, muito embora ainda não tenham sido superadas, de todo, as deficiências mais significativas no que diz respeito ao levantamento de informações e persistam outros óbices de monta.

Será oportuno lembrar aqui, que "a complexidade da programação de saúde, a falta de elementos estatísticos, fidedignos para a sua elaboração, a dificuldade para determinar as necessidades reais, a escassez de recursos, a debilidade da máquina administrativa, não devem constituir obstáculos aos esforços de racionalização, de ordenação e de previsão que os programas, em última análise, objetivam e condensam". (2)

1.2.0.0 - A III Conferência Nacional de Saúde

As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas pela Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937, devendo ser convocadas com intervalos máximos de 2 anos, de acordo com o parágrafo único do Art. 90 do referido diploma legal.

Fatores diversos, cuja análise não compete realizar agora impediram a estrita obediência aos prazos previstos, razão por que a presente Conferência é a terceira que se realiza desde a data de instituição do importante conclave e distante 13 anos da última Conferência levada a efeito.

Reconhecido o êxito das Conferências anteriores, que forneceram contribuição valiosa para o equacionamento e solução dos problemas sanitários em nosso país, justifica-se, plenamente, a realização desta III Conferência Nacional de Saúde, com o que se dará cumprimento a dispositivo legal em vigor e, mais que tudo, atender-se-á a duas finalidades principais, de acordo com o pensamento do Sr. Ministro da Saúde, baseado na "Exposição de Motivos" responsável pela convocação deste conclave:

- 1) "Análise realista das dificuldades, erros e vitórias consignadas na luta contra os males que afligem a população brasileira", consubstanciando o exame geral da situação sanitária nacional, e
- 2) Elaboração do PLANO NACIONAL DE SAÚDE, baseado nos subsídios fornecidos pelo ítem anterior, em consonância com as recomendações do XV Congresso Brasileiro de Higiene (Recife - 9/15 de dezembro de 1962) e os princípios enunciados no Plano Trienal.

1.3.0.0 - Importância do tema "Situação Sanitária da População Brasileira. Apreciação Geral do Problema".

O presente trabalho versa o tema "SITUAÇÃO SANITÁRIA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA - APRECIÇÃO GERAL DO PROBLEMA", um dos componentes do

temário oficial da III Conferência Nacional de Saúde.

Juntamente com os temas referentes à distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos diversos níveis e municipalização dos serviços de saúde, pretende fornecer parte dos elementos básicos para a fixação do Plano Nacional de Saúde, assunto que completa o temário oficial e que constitui, em última análise, o objetivo mais importante da III Conferência Nacional de Saúde, conforme ficou referido.

Disso ressalta a importância de que se reveste o tema em epígrafe, ao qual, por abranger campo muito vasto e diversificado, cumpre fornecer, de certa forma, a maior cópia de subsídios e indicações, traduzidos ao ponto de referência para os trabalhos da Comissão Técnica que se incumbirá do exame do tema e do preparo das resoluções ao mesmo referentes, a serem apresentadas ao plenário da Conferência para as decisões finais.

1.4.0.0 - Saúde e Desenvolvimento Econômico (Breve Notícia)

1.4.1.0 A Tese

Por certo não caberia no âmbito deste trabalho referência mais detalhada ao assunto, não fora o justificado intuito de, ainda uma vez, ferir, desta forma, a atenção de todos quantos detêm parcela de responsabilidade na formulação da política sanitária nacional, objetivando, em última análise, a voltar-lhes o interesse para esses aspectos mais clamorosos das condições sócio-econômicas vigentes no país e às quais se relaciona o estado sanitário das coletividades brasileiras; e ainda porque, no texto do trabalho, a todo momento, serão feitas referências àquelas condições ligadas à infraestrutura do país.

Pretende-se, dessa maneira, focalizando sumariamente tais aspectos, consubstanciar um chamado à realidade de todos que, porventura, permanecem alheios ao profundo significado do complexo sócio-econômico para a compreensão e equacionamento dos problemas sanitários do país.

O estado sanitário das populações está intimamente correlacionada ao seu estágio de desenvolvimento econômico; este condiciona, em grande parte, os níveis de vida das comunidades, das quais a saúde é um dos componentes.

"A existência de uma correlação positiva entre a renda nacional dos diversos países com os indicadores dos níveis de saúde é de uma evidência meridiana". (3)

A importante correlação, já suspeitada desde longa data,

recebeu sua primeira comprovação de cunho científico, baseada em linguagem estatística, com as pesquisas realizadas por Sir Edwin Chadwick, em meados do século passado, na Inglaterra (3), quando ficou comprovada a vinculação entre a mortalidade e os níveis de renda apresentados pelas famílias estudadas.

Desde então, inúmeras pesquisas levadas a efeito em vários países, máxime nos Estados Unidos, merecendo especial destaque a Investigaçãõ Nacional de Saúde, realizada naquele país, em 1935, vieram corroborar a tese que, hoje ganha foros de universalidade.

No Brasil, essa tese foi adotada oficialmente pelo XV Congresso Brasileiro de Higiene e inspira as diretrizes da programação do Plano Trienal, no que se refere ao Setor de Saúde.

É assim que, em suas resoluções finais, o referido Congresso de Higiene, reunido no Recife, em dezembro de 1962, considera que "a saúde das populações é uma decorrência da quantidade de bens e serviços que possam ser postos à sua disposição, e de sua capacidade de usá-los" e recomenda:

a) Quanto ao TEMA I - DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SAÚDE:

"Impulsionar a modernização da economia nacional, como único meio realmente efetivo, para a melhoria das condições de saúde da população brasileira";

b) Quanto ao TEMA II - PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA PARA O DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO - Ítem A - ALIMENTAÇÃO:

"A reforma do sistema agrário do país, com o imediato aumento da área de cultivo destinada à produção de subsistência para o consumo interno";

"A planificação do desenvolvimento da economia nacional no sentido de, elevando a renda de todos os brasileiros em todas as regiões do país, eliminar a pobreza e, com ela, a fome e a subnutrição que ainda flagelam grupos populacionais";

c) Quanto ao TEMA II - Ítem B - PROBLEMAS MÉDICO-SANITÁRIOS DE ÁREAS SUB-DESENVOLVIDAS:

"Devem ser concentrados esforços no sentido de sairmos da condição de país sub-desenvolvido, de modo a que o homem brasileiro, notadamente o das áreas rurais, possa melhorar consideravelmente as suas condições de vida."

"Para tal fim, são apontados os caminhos da eliminação dos latifúndios, com subdivisão das terras mal aproveitadas, larga concessão de créditos agrícolas que permitira a mecanização da lavoura e o incremento da adubação."

"Concomitantemente, deverá ser incentivado o desenvolvimento industrial que absorverá o excesso da mão-de-obra agrícola e promoverá o aumento

de produção dos bens de consumo, inclusive dos produtos agrícolas, com a conseqüente elevação do nível de vida de tôdas as classes de baixo padrão atual".

"A energia elétrica de qualquer fonte é considerada como muito importante, inclusive nas áreas rurais, assim como qualquer meio físico que possa ir substituindo, progressivamente, a energia muscular." "Espera-se, assim, que, com o aumento da riqueza per capita enriquecer-se-á também a Nação, que poderá prestar melhores serviços aos seus filhos, os quais, por seu lado, também poderão comprar saúde e outros bens." (1)

Idêntica é a orientação dominante que presidiu a elaboração do PLANO TRIENAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (Setor de Saúde - Diretrizes Gerais) ao afirmar, por sua vez, que:

"Os padrões de saúde de uma comunidade estão na dependência dos níveis econômicos atingidos pela mesma e expressos na renda média individual ou familiar. A conquista de altos padrões de higiene é inseparável da luta pela melhoria das condições econômicas, da eliminação do pauperismo, do aumento da produção global, da maior disponibilidade de bens e serviços a serem consumidos e, finalmente, do acréscimo do poder de compra dos salários pagos aos trabalhadores". "Esta premissa impõe que a formulação do programa de saúde se esteie nos dados da realidade econômico-social, fornecidos pela análise da estrutura e do seu correspondente faseológico, que evidencia uma alta correlação dos indicadores sanitários com os que exprimem o desenvolvimento econômico." (1).

1.4.2.0 - Alguns aspectos do subdesenvolvimento

Constitui noção amplamente generalizada a classificação dos países em 2 grandes grupos: o dos países desenvolvidos e o dos países subdesenvolvidos. Alguns economistas admitem um 3º grupo - o dos intermediários ou semidesenvolvidos - que representariam uma espécie de meio termo entre os dois extremos, apresentando concomitantemente características típicas de um e de outro grupo.

No grupo dos países desenvolvidos contam-se os Estados Unidos da América, a Suécia, o Canadá, a Austrália e outros, os quais, por apresentarem excelente situação sócio-econômica, servem de termo de comparação para a avaliação do estágio ou grau de desenvolvimento dos demais.

Integrariam o grupo dos intermediários ou semidesenvolvidos, países como a Itália, o Uruguai, a Argentina que, embora não tenham ainda atingido a privilegiada situação dos primeiros, apresentam índices de desenvolvimento inegavelmente superiores aos da grande maioria das nações.

O último grupo - o dos países subdesenvolvidos abrange aproximadamente 3/4 partes da população mundial. De certa forma, é o mundo da fome, da miséria, do analfabetismo, da doença, contrastando, fortemente, com

a riqueza, a fartura, o bem-estar das populações que constituem o grupo dos países economicamente desenvolvidos.

A linha divisória mais simples para a classificação acima considerada (com exclusão dos intermediários), seria aquela referente à renda "per capita", que estaria acima de 500 dólares, nos países desenvolvidos e abaixo desse limite, nos subdesenvolvidos. "O desenvolvimento econômico traduzir-se-ia em termos de bem-estar material e de elevado consumo per capita", o que se verifica "quando o nível da renda ultrapassa o crescimento da população." (3).

No entanto, como assinala YVES LACOSTE: "Um dos traços mais importantes do fenômeno do subdesenvolvimento é sua complexidade, a superposição de sintomas sociológicos e econômicos, o emaranhado de suas interações". (5)

Em decorrência dessa complexidade, que se traduz portanto em dificuldade para a justa e perfeita conceituação do subdesenvolvimento, vários critérios têm sido propostos com esse fim, englobando série variada de caracteres indicadores do fenômeno.

Merecem citação os esquemas propostos por SAUVY, o próprio LACOSTE e WEKEMANS S.J., que utilizam indicadores econômicos, culturais e demográficos, bem como aquele idealizado por PHILIP HANSER (6), que utiliza apenas elementos demográficos.

Exemplificando, para SAUVY tratar-se-ia de área ou país estagnado ou subdesenvolvido aquele que apresentasse: forte mortalidade, vida média fraca, forte fecundidade, alimentação insuficiente, forte proporção de iletrados, forte proporção de cultivadores ou pescadores, subemprego (por insuficiência de meios de trabalho), submissão da mulher (nenhum trabalho fora do lar), trabalho infantil a partir de 10 anos ou mais cedo, ausência ou fraqueza das classes médias e regime político autoritário, sob diversas formas. (6)

De acordo com LACOSTE, os países subdesenvolvidos apresentariam como características: insuficiência alimentar, deficiências de agricultura, baixa renda nacional média e baixos níveis de vida, reduzida industrialização, situação de subordinação econômica, fraco consumo de energia mecânica, setor comercial hipertrofiado, estruturas sociais ultrapassadas, fraco desenvolvimento das classes médias, frágil integração nacional, importância do subemprego, deficiente nível de instrução, intensa instabilidade, estado sanitário imperfeito (em vias de melhorar) e a tomada de consciência pelas populações, da realidade de sua situação. (5)

Não há quem não reconheça, a simples leitura dos indicadores acima os contornos do retrato brasileiro, enquadrado perfeitamente no quadro geral do subdesenvolvimento.

Quanto ao esquema apresentado por WEKEMANS S.J., e SECUNDO S.J., representando tentativa de tipificação sócio-econômica dos países da América Latina, apesar de sua aparente complexidade, pois engloba nada menos de 25 indicadores diferentes, é oportuno registrá-lo aqui, o que é feito através dos Quadros I (números índices) e II (números absolutos), resumos estatísticos do importante trabalho, que permite uma visão panorâmica das condições vigentes nos países latino-americanos e da posição que o Brasil ocupa entre eles.

Para melhor entendimento dos quadros, transcreve-se, também, a seguir, a descrição do processo empregado pelos AA. para o cálculo dos índices apresentados:

Em cada indicador tomam-se os números absolutos e se extrai a diferença entre o país mais favorecido e o menos favorecido. Divide-se essa diferença, por dez, isto é, em dez estratos, e se coloca cada país no estrato que lhe corresponde, mediante os números de 1 a 10.

Assim, por exemplo, supondo que a renda per capita mais alta da América Latina seja a da Venezuela, com 540 dólares e a mais baixa a do Haiti, com 64, a diferença entre ambas será de 476 dólares. Essa diferença, dividida por 10, nos dará a margem dos 10 estratos: 47,6 dólares. Assim, o primeiro estrato (1) estará ocupado pelos países que, na sua renda per capita, vão de 540 a 492,4 dólares ($540 - 47,6 = 492,4$); o segundo (2), pelos que vão de 492,4 a 444,8 dólares ($492,4 - 47,6 = 444,8$); e assim sucessivamente, até o décimo estrato (10), composto pelos países que vão de 111,6 a 64 dólares ($111,6 - 47,6 = 64$), sendo 64 dólares o limite mais baixo, correspondente a Haiti. Diferente do primeiro método, este nos permite colocar nos estratos mais altos os países favorecidos, quer as cifras que lhes correspondem sejam as mais altas ou as mais baixas. Assim, por exemplo, a cifra mais baixa de mortalidade e a mais alta de renda per capita constituirão o índice mais favorável e estarão colocadas no estrato n. 1, fato que facilita a visão de conjunto dos problemas que países e regiões têm de enfrentar, e revela com mais clareza em que medida esses problemas são agudos (mediante as cifras mais próximas de 10°.) (6)

1.4.3.0 - O Brasil como país subdesenvolvido

1.4.3.1 Indicadores selecionados

Dos indicadores relacionados acima, todos de real valia para a diagnose do estágio de desenvolvimento, quando examinados conjuntamente, apresentam particular interesse, pela sua generalidade e caráter didático, aqueles que se referem à renda nacional "per capita", à taxa de urbanização e à distribuição da população economicamente ativa por setor de atividade.

Sua análise em relação ao Brasil, embora feita sem qual-

	Renda per capita	Energia per capita	Consumo de cimento	Consumo de papel de jornal	Consumo de calorías	% de ocupação agrícola em força de trabalho	População urbana	% de ocupados nos níveis medios e altos em geral	% de ocupados nos níveis medios e altos (Setor primario)	% de ocupados no setor secundario e terciario	% de ocupados na industria propria-mente dita (x)	% de analfabetismo	% de matriculas no ensino primario	% de matriculas no ensino medio	% de matriculas em universidades por 10.000 habitantes	% de tiragem de jornais	% de aparelhos de radio	% de lugares em cinema	Medicos por 100.000 habitantes	Nº de habitantes por leito hospital	o/oo natalidade	o/oo mortalidade	% estrangeiros	% indios e negros
I																								
Haiti	620,03	19	0,1	---	33,2	17	3,0	1,4	5,9	18	89	24,7	1,7	2,4	0,3	0,6	0,2	9	1500	48	25	0,61	95	
Guatemala....	1600,12	33	0,6	---	79,4	30	7,7	2,7	15,7	38	71	26,7	2,2	10,2	2,2	1,1	1,9	17	660	46	25	0,08	54	
Honduras....	1500,12	22	0,3	---	93,1	25	4,5	0,7	7,2	22	65	31,6	2,2	6,4	2,9	2,4	2,0	15	750	28	22	2,40	12	
R. Dominicana.	1600,12	113	0,4	---	69,6	28	---	---	---	37	57	60,0	2,2	12,3	2,9	3,4	1,3	20	390	50	22	1,62	15	
Nicaragua....	1290,12	42	0,6	---	67,7	37	---	---	---	19	62	36,3	2,2	8,5	9,0	2,6	1,7	32	510	47	21	0,96	15	
El Salvador..	1500,12	49	1,0	---	63,2	35	10,5	2,0	20,4	42	61	40,6	4,0	7,3	4,3	1,6	1,7	17	480	45	22	2,04	10-20	
II																								
Paraguay	1400,03	10	0,2	---	53,8	35	14,2	3,8	21,9	22	34	62,6	4,3	21,9	3,7	6,3	1,3	46	615	45	19	4,08	4	
Bolivia	750,16	15	0,6	---	49,4	37	7,6	1,0	13,3	26	68	39,7	5,3	13,9	3,4	6,1	1,0	25	565	43	21	1,51	6-75	
III																								
Peru	1200,33	97	1,1	208	62,5	41	---	---	---	30	53	45,0	5,2	17,6	7,6	10,5	1,4	22	495	45	23	-	5060	
Equador	1500,14	49	1,1	-	53,2	39	10,5	1,5	29,2	15	44	50,0	4,9	16,1	5,4	3,0	3,0	26	480	43	20	0,73	3-40	
Colombia....	2500,47	107	1,3	-	53,9	48	21,9	17,0	24,2	30	38	39,2	4,6	11,0	4,6	21,7	3,4	36	380	45	19	0,44	10	
IV																								
Brasil.....	2300,35	62	1,6	2360	50,5	37	15,2	3,1	19,3	52	51	39,6	5,4	13,1	6,3	7,6	3,0	33	320	45	21	2,34	11	
México	2200,65	85	2,2	2270	57,8	50	16,9	6,5	-	56	43	50,9	3,3	21,7	-	8,7	9,1	42	875	43	17	0,71	20-30	
V																								
Panamá	2500,36	157	3,6	---	49,8	47	15,2	1,1	24,9	43	30	59,0	12,6	27,6	12,4	13,1	5,0	30	245	42	20	6,22	25	
Costa Rica...	1810,32	78	1,8	---	54,7	36	22,3	15,0	26,9	43	21	59,6	10,0	22,3	9,2	7,0	3,4	36	200	44	16	4,15	-	
Venezuela....	5401,65	270	2,0	2280	41,3	61	18,2	4,8	33,8	64	48	43,3	3,5	14,8	10,2	12,2	6,1	53	290	43	20	4,15	15	
Cuba	3100,62	125	4,8	---	41,5	55	21,7	1,4	30,4	51	22	53,0	4,6	35,8	12,9	15,5	6,8	100	300	33	15	3,95	12,4	
VI																								
Chile	3600,98	130	4,2	2190	29,6	66	21,4	2,3	42,1	49	20	61,5	10,0	37,4	12,8	9,6	5,7	56	185	38	15	1,75	0	
Uruguay.....	4400,78	166	6,5	2810	21,7	81	33,0	31,0	-	55	15	58,7	12,7	45,3	18,0	26,1	3,9	91	175	25	10	18,00	0	
Argentina....	4600,90	131	7,8	2840	25,2	68	35,9	29,7	39,7	59	14	68,6	20,3	78,6	18,1	16,5	4,8	128	250	25	10	15,3	0	

Política

(x) Estabelecimentos com mais de 5 empregados

Fonte:(e)

quer pretensão de profundidade, o que não comportaria, aliás, a natureza do presente trabalho, permitirá, talvez, uma visão mais nítida de aspectos importantes da realidade sócio-econômica nacional, o que justifica o registro.

1.4.3.2 - Renda per capita

A renda nacional "per capita" exprime a totalidade dos bens e serviços produzidos em relação à população existente.

Os países subdesenvolvidos, entre os quais se inclui o Brasil, apresentam as mais baixas rendas "per capita" e, deixando de lado outros fatores ligados à questão, pode-se dizer que as rendas débeis traduzem, em última análise, pobreza das populações, tornando-lhes difícil o acesso a bens e serviços adquiríveis de natureza extra-subsistencial, tal como a saúde - "um bem que se compra"-.

A Tabela I registra a renda "per capita" do Brasil (1960) e a posição que ocupa, quanto a este aspecto do desenvolvimento econômico, entre vários outros países, conforme o grupamento genérico já mencionado.

TABELA I

RENDA "PER CAPITA" NO BRASIL E OUTROS PAÍSES CLASSIFICADOS QUANTO AO ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO 1960

PAÍSES	CLASSIFICAÇÃO DO PAÍS	RENDA NACIONAL "PER CAPITA" (US\$)
E.U.A.	Desenvolvido	2.160
Canadá	Desenvolvido	1.680
Austrália	Desenvolvido	1.280
Inglaterra	Desenvolvido com recursos naturais aproveitados cabalmente	1.115
Venezuela	Intermediário	730
Uruguai	Intermediário	515
Itália	Intermediário mas culturalmente desenvolvido com recursos naturais aproveitados cabalmente	395
Argentina	Idem, idem	375
Colômbia	Subdesenvolvido	298
Brasil	Subdesenvolvido	260
México	Subdesenvolvido	210
Perú	Subdesenvolvido	170

FONTE: (7)

A Tabela II mostra a distribuição da renda "per capita" (1950 e 1960) nas diferentes regiões fisiográficas do Brasil, demonstrando os desníveis regionais existentes. Sobressai a situação muito desfavorável do Nordeste, com uma renda praticamente inexpressiva.

TABELA II
DISTRIBUIÇÃO DA RENDA "PER CAPITA" NO BRASIL
1950 e 1960

REGIÕES	RENDA "PER CAPITA"			
	Valor em cruzeiros (Preços correntes)		Valor em dolares (Oficial)	
	1950	1960	1950	1960
Norte	2.688,84	16.264,30	119,38	162,64
Nordeste	1.984,44	12.996,20	110,25	129,96
Leste	4.243,08	26.237,90	235,73	262,38
Sul	6.248,15	39.080,20	347,12	390,80
Centro Oeste	2.471,51	15.896,41	137,31	158,96
Brasil	4.162,00	27.005,30	231,22	261,00

FONTE: (8)

Nessas condições, torna-se evidente que o nordestino mal poderá atender às suas necessidades de subsistência, em alimentação, vestuário e moradia; assim, não há por que estrenhar a fome, os mocambos, as migrações, as doenças, a mortalidade infantil que dessangram o potencial humano da paupérrima região.

No entanto, constata-se que a renda "per capita" (nominal e real), no Brasil, vem apresentando incremento constante, do que dá ideia a mesma Tabela II, comparados os índices de 1950 e 1960, indício promissor do processo de desenvolvimento do país, em franca aceleração. Avançando a largos passos no caminho do progresso econômico faz-se preciso, sem dúvida, a manutenção de uma "elevada taxa de desenvolvimento, reduzindo, ao mesmo tempo, o seu custo social e promovendo uma distribuição mais justa da crescente riqueza do País". (9)

1.4.3.3 - Taxa de urbanização

A taxa de urbanização apresenta um interesse especial por encontrar-se vinculada, de certa forma, ao fenômeno da industrialização que é, por assim dizer, um sinônimo de desenvolvimento.

TABELA III
POPULAÇÃO URBANA E RURAL (%) NO BRASIL E OUTROS PAÍSES
1950

Países	População	
	Urbana (%)	Rural (%)
Brasil	31.1	63.9
Estados Unidos	67.7	36.3
México	42.6	57.4
Índia	17.2	82.8
Reino Unido	80.1	19.9
Suécia	58.1	41.9

FONTE: Diversas

Neste particular, como mostra a Tabela III, o Brasil também se enquadra nos índices dos países subdesenvolvidos, apesar de que o processo de urbanização da população brasileira venha se fazendo em ritmo mais ou menos acelerado, conforme provam os números da tabela III-A, por outro lado patenteiam os desníveis regionais existentes no país. Assim, as Regiões Leste e Sul aparecem com percentuais praticamente equivalentes, enquanto as demais ainda apresentam alta proporção da população rural, máxime o Nordeste.

TABELA III - A
VARIAÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO RURAL E URBANA, POR REGIÕES FISIográficas, NO BRASIL
1940 - 1950 - 1960

Regiões Fisiográficas	POPULAÇÃO (%)					
	RURAL			URBANA		
	1940	1950	1960	1940	1950	1960
Norte	72,3	68,5	62,2	27,7	31,5	37,8
Nordeste	77,2	73,7	66,2	22,8	26,3	33,8
Leste	66,9	61,0	51,5	33,1	39,0	48,5
Sul	63,2	58,0	49,2	36,8	42,0	50,8
Centro-Oeste	78,5	75,6	65,0	21,5	24,4	35,1
BRASIL	68,8	63,9	54,9	31,2	36,1	45,1

FONTE: (10)

1.4.3.4 - População economicamente ativa por setor de atividade.

Ainda pode ser aferido o nível de desenvolvimento econômico pelo exame da distribuição da população economicamente ativa nos diversos setores da produção; sabendo-se que o setor primário (agricultura, pecuária) é o que apresenta a mais baixa produtividade, tanto maior será o nível de desenvolvimento quanto maior for o percentual da mão-de-obra empregada nos setores secundário (indústria) e terciário (serviços em geral).

A Tabela IV demonstra que o Brasil ainda tem 60% de sua mão-de-obra empregados nos setores de atividade primária, enquanto nos E.U.A. país altamente desenvolvido, o mesmo setor emprega apenas 13,1% da população economicamente ativa.

TABELA IV
DISTRIBUIÇÃO DE POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA, PELOS SETORES DE ATIVIDADE ECONÔMICA, EM PAÍSES SELECIONADOS NA AMÉRICA.
1959 - 1960

País	SETOR DE ATIVIDADE ECONÔMICA (%)		
	Primário	Secundário	Terciário
Estados Unidos	13,1	31,7	47,5
Canadá	21,0	32,3	45,2
Chile	34,8	23,7	47,9
Venezuela	43,9	15,4	32,2
Brasil	60,3	12,8	26,7
Guatemala	68,4	14,2	17,0
Bolívia	75,3	10,0	14,2

FONTE: (11)

1.4.3.5 - Alfabetização

O baixo nível educacional das populações das áreas sub-desenvolvidas - poderoso entrave à ação da Saúde Pública - pode ser medido através dos índices de alfabetização que apresentam. Nesse particular, também, a situação do Brasil não é das mais satisfatórias, visto que apresenta proporção muito elevada de analfabetos entre a população de 10 anos e mais de idade, estimado aquêles percentual (1950) em 52%; nos países desenvolvidos, essa proporção não ultrapassa 3 ou 4%. O percentual de analfabetos deve ser ainda muito mais elevado nas zonas rurais brasileiras, constituindo mais um fator negativo no amplo quadro de suas deficiências gerais.

Ali o problema se agrava com os altos índices de repetên-

cia e evasão da escolaridade, nos estabelecimentos de ensino primário, esta relacionada à coincidência do calendário escolar com as épocas de plantio e colheita, sabendo-se que o emprêgo de menores nessas tarefas é comum nas regiões agrícolas.

Na Tabela V compara-se a situação do Brasil, quanto à alfabetização, em confronto com os E. U.A. e outros países americanos, ao lado da renda "per capita" indicadora do estágio de desenvolvimento de cada um.

TABELA V
PERCENTUAL DE ALFABETIZADOS (POPULAÇÃO DE 10 ANOS E MAIS) E RENDA "PER CAPITA" NO BRASIL E OUTROS PAÍSES AMERICANOS - 1950

PAÍS	RENDA "PER CAPITA" (US\$)	% DA POPULAÇÃO ALFABETIZADA
Haiti	- 100	10,4
Bolívia	- 100	32,1
Nicarágua	100-150	38,4
Republica Dominicana	150-200	42,9
Brasil	150-200	49,4
México	250-300	62,0
Chile	300-350	80,1
Argentina	+ 100	86,4
E.U.A.	+2000	97,5

FONTE: Diversos

1.4.3.6 - Outros

O exame de outros indicadores, relacionados ao consumo de energia elétrica, cimento e aço, à produtividade da agricultura, às terras incultas, à rede de transportes, às disponibilidades alimentares, etc., permitiria caracterizar ainda melhor o estágio ou estágios de desenvolvimento econômico do Brasil, revelando mais fortemente os desníveis regionais no país. No entanto, o presente trabalho, como já ficou dito, não comporta a análise dos aspectos mencionados. Restaria salientar que, dentro do quadro global de subdesenvolvimento que apresenta, o Brasil é, por assim dizer, um verdadeiro mosaico de aspectos sócio-econômicos, caracterizando-se o Nordeste como área tipicamente subdesenvolvida, a contrastar com os índices de progresso da Região Sul (máxime São Paulo), que já se pode considerar semidesenvolvida, o que revela não só o incremento constante do processo desenvolvimentista nacional quanto as evidentes distorções que o mesmo apresenta e que cumpre corrigir, conforme prevê o "Plano Trienal".

1.4.3.7 - Níveis de saúde (alguns aspectos)

Vários indicadores têm sido utilizados para exprimir, estatisticamente, os níveis de saúde das coletividades; serão referidos a seguir, alguns dentre os mais comumente utilizados para aquela aferição, visando não só mostrar a nítida correlação que apresentam com os estágios de desenvolvimento econômico mas, principalmente, focalizar a situação do Brasil, quanto aos seus aspectos mais flagrantes, no particular.

A esperança de vida ao nascer, é dentre os indicadores de saúde - um dos componentes do nível de vida - considerado um dos mais representativos, desde que "de todas as necessidades e valores que se relacionam com o nível de vida, a mais universal, tanto histórica, como culturalmente, é o desejo mesmo de viver, cuja realização pode expressar-se pela esperança de vida em diferentes idades". (12)

Nos países subdesenvolvidos, a esperança de vida ao nascer está muito aquém dos índices apresentados pelas nações economicamente desenvolvidas, conforme evidenciam os dados da Tabela VI, referentes ao período 1949-1950, pela qual pode ser confrontada a posição do Brasil com diversos países da Europa, Ásia e África, naquela época.

TABELA VI
ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER, EM DIVERSOS PAÍSES
1949 - 1950

País	Esperança vida ao nascer (Anos)
Reino Unido	68,3
E.U.A.	67,4
Bélgica	64,6
França	64,6
Japão	57,5
Portugal	50,2
Brasil	42,3
Egito	33,5
Índia	26,8

FONTE: (14)

Nos países americanos, pode ser entrevista a mesma correlação, ao exame da Tabela VII, mostrando os países de melhores condições sócio-econômicas - E.U.A., Canadá, Argentina, Uruguai - com as mais altas médias, ao passo que os índices mais fracos correspondem aos países caracteris-

TABELA VII

Esperança de vida ao nascer, razão de mortalidade proporcional e coeficientes de mortalidade geral (por 1 000 habitantes), mortalidade infantil (por 1 000 nascidos vivos) e mortalidade por doenças transmissíveis (por 100 000 habitantes), em alguns países das Américas.

1950/1961

Região e País	Esper.vida ao nascer(anos)g (1)	Razão mort. proporcional (2)	Coef. mort. geral	Coef. mort. infantil	Coef. mort. por doenças transm. (3)
<u>América do Norte</u>					
Canadá	70,72	76,7 $\frac{g}{h}$	7,7 $\frac{h}{g}$	27,3 $\frac{h}{g}$	9,6 $\frac{g}{f}$
Estados Unidos	71,2	79,6 $\frac{f}{h}$	9,3 $\frac{h}{g}$	25,2 $\frac{h}{g}$	12,6 $\frac{g}{f}$
México	54-57	27,7 $\frac{f}{h}$	11,4 $\frac{g}{h}$	75,1 $\frac{h}{g}$	168,3 $\frac{e}{f}$
<u>América Central</u>					
Guatemala	43-47	22,0 $\frac{g}{h}$	17,5 $\frac{g}{h}$	91,9 $\frac{h}{g}$	424,8 $\frac{g}{f}$
Nicarágua	54-57	24,5 $\frac{f}{h}$	8,6 $\frac{f}{h}$	64,2 $\frac{f}{h}$	153,3 $\frac{g}{f}$
Salvador	48-52	25,2 $\frac{g}{h}$	11,4 $\frac{g}{h}$	76,3 $\frac{g}{h}$	147,0 $\frac{e}{f}$
<u>Antilhas</u>					
Rep.Dominicana	43-47	22,3 $\frac{e}{g}$	10,5 $\frac{f}{h}$	108,3 $\frac{g}{h}$	109,2 $\frac{f}{h}$
Pôrto Rico	71,0	53,4 $\frac{g}{h}$	6,7 $\frac{h}{g}$	41,3 $\frac{h}{g}$	47,5 $\frac{f}{h}$
<u>América do Sul</u>					
Argentina	66-67	58,7 $\frac{e}{g}$	8,1 $\frac{g}{h}$	61,1 $\frac{h}{g}$	34,3 $\frac{d}{e}$
Bolívia	43-47	-	8,5 $\frac{h}{g}$	90,7 $\frac{h}{g}$	-
Brasil (3)	prox. 50	44,8 $\frac{g}{h}$	11,9 $\frac{f}{h}$	94,4 $\frac{f}{h}$	67,1 $\frac{g}{h}$
Chile	54-57	35,5 $\frac{e}{g}$	11,9 $\frac{g}{h}$	127,9 $\frac{h}{g}$	99,6 $\frac{g}{h}$
Colômbia	48-52	27,8 $\frac{g}{h}$	12,0 $\frac{h}{g}$	99,8 $\frac{h}{g}$	150,1 $\frac{h}{g}$
Equador	43-47	21,6 $\frac{e}{g}$	14,3 $\frac{f}{h}$	105,8 $\frac{h}{g}$	305,3 $\frac{e}{f}$
Paraguai	54-57	44,9 $\frac{e}{g}$	11,2 $\frac{a}{g}$	-	-
Perú	48-52	24,8 $\frac{f}{h}$	11,3 $\frac{g}{h}$	103,4 $\frac{h}{g}$	205,2 $\frac{g}{h}$
Uruguai	66-67	68,7 $\frac{c}{o}$	8,1 $\frac{g}{h}$	49,1 $\frac{h}{g}$	44,3 $\frac{c}{o}$
Venezuela	54-57	31,2 $\frac{e}{g}$	8,0 $\frac{g}{h}$	45,1 $\frac{h}{g}$	59,4 $\frac{g}{h}$

Notas: (1) Estimativas baseadas em estudos da CELAPE.

(2) Excluídos óbitos por gripe.

(3) Coeficientes e razão mortalidade proporcional para o Estado da Guanabara.

Fonte: (1)

TABELA VIII

Esperança de vida ao nascer, razão de mortalidade proporcional e coeficientes de mortalidade geral (por 1 000 habitantes), mortalidade infantil (por 1 000 nascidos vivos) e mortalidade por doenças transmissíveis (por 100 000 habitantes) nas capitais dos Estados do Brasil -

1951/1961

Capital	Esper. vida ao nascer	Razão mortalidade proporcional	Coef. mort. geral (1)	Coef. mort. infantil	Coef. mort. por doenças transm. (2)
Manaus	-	-	14,1	124,6	303,5
Belém	44,7 e	23,9 e	10,9	138,9 e	199,4
São Luís	43,6 e	25,7 e	14,0	168,8 e	201,2
Teresina	42,7 e	14,4 e	10,8	168,8 e	210,6
Fortaleza	-	-	17,8	197,8 e	330,8
Natal	-	-	16,3	426,8 e	291,4
João Pessoa	-	-	18,7	131,4 e	213,8
Recife	42,6 e	22,0 e	15,8	276,5 e	410,7
Maceió	-	-	21,0	225,9 e	298,5
Aracaju	46,2 b	23,0 e	14,1	277,7 e	87,2
Salvador	43,6 b	25,0 e	13,4	170,7 e	287,3
Belo Horizonte	48,8 e	26,7 e	11,8	96,1 e	140,5
Vitória	39,2 d	29,2 e	13,8	96,9 e	234,9
Niterói	50,6 a	34,2 a	12,0	84,1 e	220,5
R. de Janeiro	54,9 d	41,3 d	9,1	94,4 e	163,5
São Paulo	62,9 f	44,2 f	7,9	65,4 e	74,9
Curitiba	47,3 e	30,4 e	11,4	135,3 e	95,1
Florianópolis	-	-	11,1	130,8 e	105,7
Porto Alegre	53,3 e	39,9 e	11,4	104,4 e	173,1
Cuiabá	-	-	11,8	93,1 e	131,3
Goiania	37,5 e	22,4 e	11,1	144,9 e	174,4
Brasília	-	-	10,2	-	-

Notas: (1) População estimada para 1 961.

(2) Excluídos óbitos por gripe.

a 1949/51; b 1955; c 1956; d 1956/57; e 1957; f 1958; g 1959;
h 1960; i 1961.

Fonte: (1)

ticamente subdesenvolvidos, tais como a Guatemala, República Dominicana, Equador, Bolívia. Mostra-se fraca, também, a esperança de vida ao nascer relativa ao Brasil.

Os índices referentes às próprias capitais brasileiras, confirmam a vinculação referida, verificando-se que os mais altos correspondem às regiões mais desenvolvidas do Sul, ao contrário do que sucede com as capitais do Norte e Nordeste, detentoras das cifras mais baixas. É o que evidencia a Tabela VIII.

Os coeficientes de mortalidade geral (por 1000 habitantes) e de mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos) são também usados como indicadores do nível de saúde das comunidades, se bem que o primeiro seja nitidamente influenciado pela composição etária (e por sexo) das populações e o último sujeito a graves falhas oriundas da imperfeição do registro de óbitos e nascimentos, máxime nos países subdesenvolvidos, onde os dados estatísticos são particularmente falhos, porcalços êsses que prejudizam a comparabilidade dos citados coeficientes.

A Tabela IX mostra como se apresentavam os coeficientes de mortalidade geral em diversos países do mundo (1940-1950) não sendo difícil observar que os seus valores estão em relação inversa ao grau de desenvolvimento econômico-social dos países relacionados. A própria O.N.U. em publicação recente ("The Determinants and Consequences of Population Trends") estabelece integral correlação entre êsses coeficientes e a renda "per capita".

TABELA IX
COEFICIENTES DE MORTALIDADE GERAL (POR 1000 HABITANTES) EM ALGUNS PAÍSES -
1940-1950

PAÍS	MORTALIDADE
Alemanha	10,2
Argentina	9,1
Austrália	9,5
Brasil	20,6
Canadá	9,3
Egito	20,6
Espanha	11,6
E.U.A.	9,7
Holanda	8,1
Índia	15,8
Japão	11,6
México	17,7
Paquistão	12,3
Portugal	14,0
Reino Unido	11,7
Venezuela	12,0

FONTE: (14)

Ainda na Tabela VII mostra-se a mesma correlação especialmente referida aos países americanos, e evidenciada, também, na Tabela VIII, em relação às capitais brasileiras. Dados mais recentes, do Serviço Federal de Bioestatística, para 1961, permitem estimar em 13,5 por mil a taxa bruta de mortalidade para todo o Brasil.

As Tabelas VII e VIII focalizam, também, os coeficientes de mortalidade infantil e mais dois outros indicadores de saúde - razão de mortalidade proporcional e coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis - permitindo observar a correlação que evidenciam os seus valores com o estágio de desenvolvimento sócio-econômico dos países e cidades relacionados. O indicador de mortalidade proporcional (Swaroop e Uemura) corresponde ao percentual de óbitos de pessoas de 50 e mais anos em relação ao total e seus valores estão em razão direta com o nível de saúde da população examinada. O coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis (total de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias por 100 000 habitantes) "serve como bom indicador porque, podendo a maioria das doenças em aprêço ser evitada, alta mortalidade por doenças transmissíveis significa, quase sempre, baixo nível geral de saúde e precário padrão de vida". (13)

Os dados da Tabela X mostram, ainda mais claramente, a elevada contribuição das doenças infecciosas e parasitárias ao obituário geral dos países subdesenvolvidos, realçando a contribuição de outro grupo de causas de morte - as doenças degenerativas (neoplasias, doenças do aparelho circulatório) - no cômputo da mortalidade em países desenvolvidos, que as têm como característica maior do seu quadro nosológico.

Finalmente, a Tabela XI ressalta os mesmos aspectos em relação às capitais brasileiras, mostrando como em São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre - representativas da área semidesenvolvida do país - as doenças degenerativas já avultam no obituário, em contraste com as capitais do Norte e Nordeste, onde a predominância absoluta é ainda das doenças transmissíveis.

Em que pese a parcimônia dos dados estatísticos transcritos acima e a superficialidade da análise com que estão focalizados, não é possível fugir à constatação dos vínculos existentes entre os indicadores dos níveis de saúde e o estágio de desenvolvimento econômico-social vigente nos países, regiões e cidades a que se referam.

Uma ou outra cifra que pareça destoar, quanto a um ou outro dos indicadores, face à correlação estabelecida, não implica, necessariamente em invalidar os fundamentos sobre que assenta. "Nada de estranho existe, por motivo de não se mostrarem todos os valores rigidamente conforme a as

TABELA X

ÓBITOS POR GRUPOS DE CAUSAS, NO BRASIL E OUTROS PAÍSES (COEFICIENTES POR 100 000 HABITANTES), EM ANOS DIFERENTES.

PAÍSES	ANOS	GRUPOS DE CAUSAS DE MORTE, POR 100 000 HABITANTES						Total de óbitos
		Doenças infec. e parasit.	Neoplasias	Doenças do apar. circ.	Doenças do apar. resp.	Doenças do apar. digest.	Todas as outras causas	
ESTADOS UNIDOS	1949	39,8	141,7	447,9	35,0	24,9	274,5	963,8
	1957	14,1	150,2	481,8	37,6	28,0	238,2	949,9
Canadá	1950	36,9	129,8	382,2	44,4	28,0	281,6	902,9
	1958	10,8	129,6	365,9	39,9	23,2	223,8	993,2
ITÁLIA	1950	68,9	112,9	331,3	106,1	88,4	264,7	972,3
	1958	34,5	143,3	405,6	86,6	50,5	277,3	997,8
JAPÃO	1950	202,6	83,1	184,2	88,4	121,1	412,2	1091,6
	1958	54,0	100,3	228,0	44,6	52,8	265,3	745,0
CEILÃO	1949	195,3	13,9	64,1	144,3	87,4	692,0	1197,0
	1957	93,8	18,7	75,7	89,2	53,5	657,2	988,0
MÉXICO	1956	173,5	36,4	96,7	183,2	219,2	498,6	1207,4
ARGENTINA	1956	34,3	124,7	226,7	39,8	23,9	366,5	815,9
BRASIL (1)	1950	287,2	85,2	254,7	134,4	234,2	399,3	1395,0
	1959	142,9	94,6	234,1	96,1	166,2	342,2	1086,1

Fonte: (8)

(1) Cifras referentes aos municípios de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre.

TABELA XI

ÓBITOS POR GRUPOS DE CAUSAS EM ALGUMAS CAPITAIS BRASILEIRAS
(COEFICIENTES POR 100 000 HABITANTES) - 1940, 1950 e 1959 -

CAPITAIS	ANOS	GRUPOS DE CAUSAS DE MORTE, POR 100 000 HABITANTES						Total de óbitos
		Doenças infec. e parasit.	Neoplasias	Doenças do apar. circ.	Doenças do apar. resp.	Doenças do apar. digest.	Outras causas	
BELÉM	1940	978,0	47,5	212,7	216,2	472,6	333,3	2260,0
	1950	2451,5	42,7	185,2	148,2	306,3	336,1	1470,0
	1959	196,7	50,3	121,1	142,3	217,1	348,1	1111,6
FORTALEZA	1940	514,5	30,6	261,2	155,0	890,6	248,7	2100,6
	1950	439,3	25,9	205,2	101,5	840,0	876,2	2488,1
	1959	406,8	32,4	184,8	53,1	434,2	634,7	1746,0
RECIFE	1940	820,6	70,8	300,0	314,2	675,4	709,2	2890,2
	1950	586,2	64,2	134,9	300,7	441,4	824,7	2352,1
	1959	287,7	63,6	161,4	188,2	332,3	670,1	1703,5
SALVADOR	1940	851,8	59,3	356,0	295,1	425,6	592,2	2580,0
	1950	461,8	65,2	275,1	216,9	363,0	520,5	1902,5
	1959	251,6	64,3	233,6	139,6	300,5	388,0	1377,6
BELO HORIZONTE	1940	487,0	75,8	285,4	220,8	411,7	487,4	1968,1
	1950	298,0	86,5	295,3	90,2	245,0	432,6	1447,6
	1959	158,0	94,0	261,7	131,1	366,3	346,5	1236,5
RIO DE JANEIRO	1940	503,2	72,0	298,9	247,9	289,4	385,9	1770,3
	1950	287,7	84,4	274,9	140,5	274,9	340,2	1302,1
	1959	136,3	103,2	311,4	87,4	136,3	288,6	1063,2
SÃO PAULO	1940	248,5	90,5	212,4	184,4	256,9	297,7	1290,4
	1950	133,3	98,6	257,8	85,6	148,7	289,1	1013,1
	1959	52,7	104,8	225,8	73,6	81,4	260,4	798,7
PÔRTO ALEGRE	1940	534,5	110,6	292,4	278,4	376,5	427,6	2020,0
	1950	338,8	131,5	292,7	112,8	185,8	357,0	1418,6
	1959	157,1	139,2	208,3	78,3	125,3	406,2	1114,4
TOTAL DE ÓBITOS NAS OITO CAPITAIS	1940	498,9	76,2	271,3	233,4	360,6	378,7	1827,5
	1950	287,2	85,2	254,7	134,4	234,2	399,3	1395,0
	1959	142,9	94,6	234,1	96,1	166,2	342,2	1086,1

FONTE: (8)

sociação admitida, porque, isto mesmo, é o aspecto das variações estatísticas, que devem, essencialmente, ser apreciadas pelo conjunto de dados". (15)

"O que cumpre, acima das divagações doutrinárias, é considerar a saúde pública como uma expressão técnico-administrativa de superestrutura da organização social. Aos que admitem o primado da saúde sobre a economia fica a certeza de que sem a higidez não se assegura o bem estar e a produção do indivíduo. A riqueza social só se estrutura, porém, em âmbito coletivo, quando é estabelecido e realizado um programa de desenvolvimento econômico".

"O grau de desenvolvimento econômico determina a natureza das medidas sanitárias a serem executadas".

"Assim, o que são necessidades e indicações para os países ou regiões subdesenvolvidas, não deve ser confundido com o que exigem, por suas condições de vida, costumes, recursos e nosologia, os países ou regiões de mais forte economia". (16)

2.0.00 - Situação sanitária da população brasileira

2.1.00 - Considerações gerais

A situação sanitária da população brasileira será apresentada a seguir através do exame de três componentes básicos - o quadro nosológico, o estado do saneamento do meio físico e os recursos médicos assistenciais - configurando um esquema genérico de finalidade didática, visando a oferecer uma visão global destes aspectos e, em decorrência, melhor compreensão dos múltiplos fatores em causa.

No quadro nosológico figurarão tão somente as doenças de maior significado no país, máxime aquelas de maior repercussão econômico-social.

A situação do saneamento do ambiente, pelas suas implicações sobre o estado sanitário das populações, será focalizada apenas através do exame quantitativo dos serviços de abastecimento de água e esgoto, existentes nas comunidades brasileiras, impossibilitada referências a outros setores em virtude da inexistência de dados.

Finalmente, serão referidos nos seus aspectos globais as disponibilidades em recursos assistenciais médico-sanitários.

2.2.0.0 - O quadro Nosológico

2.2.1.00 - Generalidades

O quadro nosológico da população brasileira mostra nítida predominância das doenças transmissíveis, as quais, no Brasil, assumem o es-

pecto típico das doenças de massa, acometendo extensamente, em caráter endêmico, número avultado de pessoas, evidenciando a influência dos baixos níveis de vida que gravam a maioria das coletividades brasileiras.

A fragilidade da infraestrutura sócio-econômica de grande parte do país, retratada no pauperismo e no baixo nível educacional de seus grupos populacionais, dificulta sobremaneira ao homem brasileiro alcançar ou preservar sua saúde, em decorrência dos baixos padrões de moradia, alimentação e hábitos higiênicos que lhe impõem as condições do subdesenvolvimento.

Constituindo problemas de variável magnitude, as doenças de massa, no Brasil, estão representadas principalmente pela tuberculose, malária, lepra, esquistossomose, doença de Chagas, ancilostomose, tracoma, calazar, boubas, filaríose, doenças carenciais, diarreias infecciosas, além de outras de menor significação sanitária.

Por outro lado, embora no Brasil, já tenha sido superada a fase das pestilências, conforme eram entendidas outrora, ainda ocorrem esporadicamente algumas das doenças incluídas no grupo, principalmente a varíola, além da peste e da febre amarela (silvestre), o que exigirá ligeiras considerações a respeito.

Além disso, começam a avultar no obituário dos grandes centros urbanos do país doenças incluídas no grupo das chamadas degenerativas - neoplasias, doenças cardiovasculares - pelo que não se poderia fugir a uma referência especial sobre as mesmas no estudo e apresentação do quadro nosológico das populações brasileiras.

2.2.2.00- Doenças de massa

2.2.2.01 - Malária

A atual Campanha de Controle e Erradicação da Malária foi instituída pelo Decreto 43.174, de 4.2.1958, alterada pelo Decreto 50.925, de 7.7.1961.

As causas que determinaram tal decisão do Governo Brasileiro, prenderam-se, notadamente:

- a) Diretrizes expressas na Resolução XLII, da XIV Conferência Sanitária Pan-Americana, reunida em Santiago do Chile, 1954. Nessa Resolução, sugeria-se a transformação dos programas continentais de malária, em campanha objetivando a sua completa erradicação. Para tanto, seria mister criar serviços especializados, autônomos, com capacidade de enfrentar a endemia profundamente enraizada na América.
- b) A extraordinária projeção da malária nas preocupações sanitárias do mundo.

No que respeita à problemática nacional, vale realçar que nenhuma outra doença, como a malária, avulta tanto na conceituação dos males que nos afligem, sobretudo pela sua tendência de agredir, mais particularmente, as massas populacionais acomodadas no interior.

A Tabela XII focalizando o número de casos de malária comprovados pelo laboratório permite entrever o vulto do problema nestes últimos anos.

De fato, não havia mais que fugir à consideração de que a área malarígena brasileira era quase igual à soma de todos os países americanos (7.338.739 km² x 8.690.217 km²).

Realmente, investigações epidemiológicas bem conduzidas, esclarecem que a malária está presente em cerca de 90% da nossa área geográfica, com exacerbações mais severas nos Estados e Territórios que integram o complexo amazônico.

Malarígenas, igualmente, são os demais estados, isentando-se, apenas, o Rio Grande do Sul e certas áreas de Santa Catarina e do Nordeste. Nos Estados da Região Sul-Centro-Oeste, a malária desenvolve-se ao longo do curso dos principais rios e seus afluentes. Excepcionalmente, tem sido es sinalada em altitudes superiores a 900 metros.

A delimitação da área malarígena teve seu início no Nordeste, com a instalação das campanhas de erradicação. A fim de bem, e rigorosamente delimitar, houve que suspender toda atividade assistencial mediotentosa, bem como interromper ciclos de rociamento. Ao lado disso, procurou-se colstar, com êxito, o máximo de informes da malária progressa, na região.

A partir de 1961, foi dado considerável impulso às tarefas de avaliação, de transcendente importância no desenvolvimento de uma campanha. Através de figurinos clássicos, já em 1962 conseguia-se avaliar população estimada em 24.724.643 habitantes. Cerca de 79.761 localidades, contidas em 1.126 municípios foram servidas pela rede de Postos de Notificação.

Na maioria das investigações, o P. vivax tem sido a espécie mais encontrada e frequente. Na Amazônia, todavia, observou-se completa inversão dessa fórmula parasitária, passando o P. falciparum a aparecer, predominantemente. Como ilustração, vale dizer que, em 1960, na Amazônia, a frequência de P. falciparum mantinha-se em torno de 15.8% para atingir 83.25% em 1961. Esse índice desceu para 64.64% em 1962, para atingir níveis mais baixos (62.30%), no primeiro trimestre de 1963.

A transmissão de malária no Brasil é feita, principalmen-

TABELA XII

CASOS DE MALÁRIA, POR AMOSTRAS POSITIVAS DE SANGUE, OCORRIDOS
NOS ESTADOS E TERRITÓRIOS - 1956 A 1961

ESTADOS	A N O S					
	1956	1957	1958	1959	1960	1961
Rondônia	244	325	695	1 259	1 412	1 070
Acre	38	17	6	8	4	-
Amazonas	99	42	240	411	380	29
Rio Branco	166	59	27	31	59	47
Pará	255	614	2 361	3 359	1 149	580
Amapá	254	588	1 524	1 482	1 138	1 540
Maranhão	5 757	6 102	6 468	19 042	15 020	15 089
Piauí	2 170	2 684	1 653	4 083	5 798	4 950
Ceará	366	561	114	...	...	...
Rio Grande do Norte	167	109	98	...	...	...
Paraíba	574	555	735	228	...	...
Pernambuco	36	356	4	-	-	4
Alagoas	80	184	91	-	-	-
Sergipe	166	164	87	...	9	-
Bahia	125	206	173	156	148	192
Minas Gerais	602	1 047	1 417	902	741	1 473
Espírito Santo	38	98	234	278	272	1 016
Rio de Janeiro	116	171	178	213	774	921
Guanabara (x)	-	17	24	20	54	83
São Paulo	38	81	34	105	39	-
Paraná	782	631	552	1 081	1 325	1 677
Santa Catarina	3 156	2 446	4 722	7 607	6 460	9 496
Rio Grande do Sul	1	15	6	4	2	-
Mato Grosso	433	346	394	565	887	945
Goiás	1 310	1 043	1 096	2 367	942	1 163
Brasília, D.F.					14	74
B R A S I L	17 973	18 488	22 906	42 661	36 627	40 349

(x) Distrito Federal até 21 de Abril de 1960.

FORTE: S.F.Be.

te, através de 5 espécies:

- a) A (N) darlingi, o vetor de mais atividades no interior do país, podendo ser encontrado em planícies e planaltos, até uma altitude que não ultrapasse 900 metros;
- b) A (N) aquasalis, principal vetor da orla litorânea;
- c) A (N) albicans domesticus, de âmbito limitado a certas áreas do litoral e interior do país;
- d) A (K) cruzii e A (K) bellator, responsáveis pela transmissão a partir dos limites sul do Estado de São Paulo até o extremo meridional de Santa Catarina.

Até o presente, essas espécies são perfeitamente suscetíveis aos inseticidas clorados, exceção aberta para um caso de resistência de A (N) aquasalis em testes realizados em Belém do Pará.

As operações de inseticida da Campanha instalaram-se no Nordeste, em 1959, cumprindo-se um programa de 144.259 prédios. Um ano após, as borrifações atingiam 610.156 domicílios, elevando o número para 774.980, em 1961.

Em 1962, essas borrifações beneficiavam 3.310.924 prédios, cobrindo uma área de cerca de 2.860.000 Km², beneficiando diretamente uma população de 8.317.433 habitantes.

No primeiro semestre do corrente ano, ampliavam-se as frentes de trabalho para consecução de uma meta de 2.836.800 casas, programando-se um objetivo de 3.647.500 domicílios para o segundo semestre, no entanto até a presente data a Campanha não conseguiu atingir sequer 40% do seu objetivo quanto às borrifações.

Além dessas atividades, empenha-se ainda a Campanha na solução de problemas especiais, destacando-se o estudo de uma cepa de falciparum (Amazonas) resistente às doses habituais de cloroquina. Além disso, providências estão sendo tomadas no sentido de atender eficientemente o combate a anofelinos do sub-gênero Kerteszia, em Santa Catarina, cujos criadouros são plantas da família Bromeliácea.

Atualmente, prossegue a Campanha na execução do que se convencionou chamar de fase de emergência, que resultou da fusão das fases preparatória e de ataque, adotada por conveniência de serviço. Até 1964, espera-se cobrir integralmente, com operações de epidemiologia e inseticida, toda a área malárica brasileira.

Teoricamente, a Campanha deverá finalizar em 1971, caso não ocorram surpresas ou imponderáveis tão comuns a programas de tal magnitude. Leve-se em conta, igualmente, que êsse êxito dependerá vitalmente da concessão de recursos, num montante à altura do problema a enfrentar.

O término da Campanha coincidirá com a chamada fase de manutenção, que será cumprida por autoridades sanitárias federais, estaduais e municipais, convocadas para somar esforços que impeçam a reintrodução da endemia em território do país. Por se tratar de prazo ainda remoto, não cuidou ainda a Campanha de fixar diretrizes que regulem solidamente o assunto. Em todo caso, de muita utilidade será uma legislação sobre malária, mais atualizada e vigorosa, que venha substituir muitas lacunas do Decreto 3 672, de 1.10.41. Se bem orientada, e mais em conformidade com a filosofia da Campanha, essa legislação poderá simplificar o trabalho das atividades pela convocação do povo, de cuja participação tanto depende o sucesso de um programa sanitário tão complexo e profundo.

Não se poderia encerrar o presente tópico sem uma referência ao emprego profilático do sal cloroquinado, ainda hoje tão debatido.

A idéia da utilização do sal medicamentoso, ou seja a adição e mistura do difosfato de cloroquina ao sal de cozinha, decorreu da necessidade de se fazer chegar o antimalárico com a necessária continuidade e intensidade, às regiões de mais difícil acesso e com alta dispersão demográfica. Pelas suas características, a região Amazônica teria condições muito adequadas ao experimento.

Inicialmente, estabeleceu-se o critério que assegurasse uma dispersão de cloroquina na razão de 0,36 a 0,43% no sal de cozinha. Considerando-se o uso de 10 g. de sal por dia e por pessoa na alimentação, seriam administradas doses suficientes de cloroquina, com efeito supressivo.

Estudos prévios foram feitos em 1951, em doentes hospitalizados, com bons resultados. Em seguida (1952), fizeram-se experiências em pequenas áreas do Norte (Rio Capim, Pará) e Sul.

Em 1959, iniciou-se o seu uso em larga escala na Região Amazônica, como base de preparação da campanha de erradicação, sendo Belém a área inicial. Providências foram tomadas para assegurar o êxito da experiência.

Todavia, em 1961, no estudo rotineiro das amostras de sal cloroquinado, verificou-se que a dispersão não era perfeita e que se processava uma lixiviação da cloroquina, fenômeno conhecido pela denominação de "leading out", comprometendo o método. Amostras de sal cloroquinado, tomadas

no comércio e nas residências de áreas urbanas e rurais da Amazônia, foram examinadas, constatando-se que somente 51% das amostras continham cloroquina e, destas, só 10,5% apresentaram concentração dentro da faixa considerada necessária à eficiência do Produto. Também ficou evidente que havia prevável fornecimento de sal sem cloroquina, por parte do comércio, afetando áreas diversas. Patentou-se, igualmente, que a cloroquina empresta ao sal gosto próprio, motivo de muitas recusas ao seu uso.

Face a essas circunstâncias, foi suspenso, em 1961, o uso do sal cloroquinado, a fim de que se estudassem correções ao método. Novos sais derivados das 4 - aminoquinoleínas estão sendo experimentados com resultados promissores. Menos solúveis que a cloroquina, não alteram o sabor do sal, o que representa enorme vantagem. Entre eles, a amodiaquina, o naftoato de cloroquina e o "Comosal", que estão sendo testados, em experiências-piloto na Ilha de São Francisco, em Santa Catarina, onde as condições de trabalho são bastante satisfatórias.

Finalmente, restaria referir o custo da Campanha de Erradicação e Controle da Malária, calculado até 1971, data provável do seu encerramento, em Cr\$88.937.700,00.

Os Quadros 3 e 4 especificam a distribuição desse montante desde 1958 a 1971.

Ressalte-se, mais uma vez, constituir fator de garantia para o exato cumprimento do programa dentro dos prazos previstos, a liberação, em tempo hábil, das verbas destinadas à Campanha, a fim de não sujeitá-la a prejudiciais interrupções, fazendo-se, obviamente necessário eximir tais recursos à incidência dos planos de contenção de despesas.

2.2.2.02 Tuberculose:

Não obstante o significativo decréscimo da mortalidade por tuberculose verificado nas capitais brasileiras, no decurso dos últimos 20 anos, constitui ainda essa doença um dos grandes problemas de saúde, no Brasil, tendo-se em vista os altos coeficientes de incidência que ainda apresenta e a estabilização dos coeficientes de mortalidade específica (todas as formas), a partir de 1953, em nível que pode ser considerado elevado.

Realmente, a tendência da mortalidade por tuberculose, nas capitais brasileiras, traduz-se por um declínio pronunciado de 1946 a 1953, sobretudo entre 1951 e esta última data. Daí para diante, a curva mantém-se praticamente estacionária.

Há pleno acôrdo em atribuir, na maior parte, à ação dos mo

QUADRO...3

CAMPANHA DE ERRADICAÇÃO DA MALÁRIA

PROVÁVEL CUSTO DA CAMPANHA, POR ANO, POR FONTE DE RECURSOS E POR TIPOS DE DESPESAS

(Em milhões de cruzeiros)

HISTÓRICO	1958 a 1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	TOTAL
<u>GOVÉRNO DO BRASIL</u>	<u>10.414.3(1)</u>	<u>9.643.4</u>	<u>10.371.2</u>	<u>10.435.4</u>	<u>10.496.8</u>	<u>10.423.5</u>	<u>6.299.0</u>	<u>4.866.1</u>	<u>2.177.8</u>	<u>75.127.5</u>
Pessoal (salários, diárias, etc)	6.665.3	7.483.9	8.104.6	8.100.2	8.100.2	8.100.2	4.981.1	3.822.4	1.665.7	57.023.6
Material	3.124.3	1.660.0	1.653.2	1.723.3	1.723.3	1.713.3	1.058.1	793.8	407.0	13.856.3
Outras despesas	624.8	499.5	613.4	611.9	673.3	610.0	259.8	249.9	105.1	4.247.6
<u>ÓRGÃOS INTERNACIONAIS</u>	<u>4.562.2</u>	<u>2.050.2</u>	<u>2.198.6</u>	<u>1.940.0</u>	<u>1.511.8</u>	<u>742.7</u>	<u>432.2</u>	<u>299.4</u>	<u>73.1</u>	<u>13.810.2</u>
Material	4.292.2	1.905.1	2.048.8	1.789.4	1.361.8	622.7	336.2	275.4	61.1	12.692.7
Outras despesas	270.0	145.1	149.8	150.6	150.0	120.0	96.0	24.0	12.0	1.117.5
Totais:	14.976.5	11.693.6	12.569.8	12.375.4	12.008.6	11.166.2	6.731.2	5.165.5	2.250.9	88.937.7

(1) - Exclusivo salários de pessoal "efetivo", pagos diretamente pelo Tesouro Nacional, nos anos de 1961 e 1962.

QUADRO 4

CAMPANHA DE ERRADICAÇÃO DA MALÁRIA
PROVÁVEL CUSTO DA CAMPANHA, POR ANO E POR ATIVIDADE

(Em milhões de cruzeiros)

HISTÓRICO	1958 a 1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	TOTAL
Encargos de Chefia	224.6	175.4	138.6	185.6	180.1	167.5	101.0	77.5	33.8	1.334.1
Operações Inseticida	7.862.7	6.139.2	6.599.2	6.497.1	6.304.5	5.583.1	1.745.3	955.6	416.4	42.103.1
Operações Epidemiologia	2.770.6	2.163.2	2.325.4	2.289.5	2.221.6	2.344.9	3.033.8	2.711.9	1.181.7	21.042.6
Divulg.Sanit.e Forã.Pess.	194.7	152.0	163.4	160.9	156.1	145.2	87.5	67.2	29.3	1.156.3
Transportes	1.752.3	1.368.2	1.470.6	1.447.9	1.405.0	1.306.4	787.6	604.3	263.4	10.405.7
Administ. e Abastecim.	2.171.6	1.695.6	1.822.5	1.794.4	1.741.3	1.619.1	976.0	749.0	326.3	12.895.9
Totais:	14.976.5	11.693.6	12.569.8	12.375.4	12.008.6	11.166.2	6.731.2	5.165.5	2.250.9	88.937.7

dermos quimioterápicos, empregados na terapêutica da tuberculose, o acentuado declínio evidenciado no Gráfico n. 1.

Quanto à estabilização, a partir de 1953, da mortalidade por tuberculose, em torno de 80 por 100 000 habitantes, taxa ainda muito elevada, se levados em consideração os coeficientes apresentados pelos países desenvolvidos (Tabela XIII), deve-se muito provavelmente, ao incremento constante do custo de vida, em função do processo inflacionário ainda não contido, fenômeno que se reflete, de maneira mais contundente sobre os estratos menos favorecidos das coletividades brasileiras, justamente aqueles que constituem o grupamento social por excelência vulnerável à tuberculose, os quais, nessas circunstâncias, têm agravadas suas condições de vida, já de si tão precárias.

TABELA XIII
COEFICIENTES DE MORTALIDADE POR TUBERCULOSE
(Por 100 000 HABITANTES) EM DIVERSOS PAÍSES
1959

Países	Coefficientes (por 100 000)
Canadá	4,8
Estados Unidos	6,1
Holanda	3,0
Suécia	7,3
Dinamarca (a)	4,3
Inglaterra	7,7
Israel	5,4
Austrália	5,1
Nova Zelândia	5,2

(a) 1958

FONTE: Diversas

Doença eminentemente de caráter social, sua difusão e a gravidade de suas manifestações, reveladas na incidência e coeficientes de mortalidade, não têm por onde diminuir ao tempo em que se agravam os problemas de alimentação e de habitação, com os seus inevitáveis corolários de promiscuidade e aglomeração, fatos que saltam à vista como decorrências indiretas, embora temporárias, do processo desordenado a que ainda obedece o surto de desenvolvimento nacional.

A Tabela XIV mostra a variação desses coeficientes, entre 1940, 1950 e 1960, nas capitais brasileiras, indicando aquela em que o problema mostra-se mais grave.

TABELA XIV
 COEFICIENTES ESPECÍFICOS DE MORTALIDADE (P/100 000 HABITANTES) POR
 TUBERCULOSE EM CAPITAIS BRASILEIRAS
 1930 a 1960

CAPITAIS	ANOS			
	1930	1940	1950	1960
Manaus	199,3	245,7	194,8	...
Belém	...	512,0	269,1	108,3
São Luiz	255,4	310,0	169,3	69,3
Terezina	43,2	302,2	320,9	64,6
Fortaleza	206,9	270,9	214,3	...
Natal	192,6	220,8	193,0	76,8
João Pessoa	...	301,9	210,2	...
Recife	579,3	420,3	287,0	96,6
Maceió	...	259,6	189,3	70,3
Aracaju	187,2	180,6	97,0	29,5
Salvador	431,5	483,9	290,5	117,8
Vitória	469,4	569,7	412,4	120,5
Niterói	410,4	312,8	249,9	102,2
Guanabara (1)	323,3	328,3	195,8	82,7
São Paulo	118,9	133,3	81,3	26,0
Curitiba	78,6	73,0	64,8	...
Florianópolis	154,5	195,1	105,0	...
Porto Alegre	386,8	362,7	264,1	104,1
Belo Horizonte	204,2	260,3	205,9	...
Goiânia (2)	...	130,8	47,7	...
Cuiabá	...	207,6	176,9	...

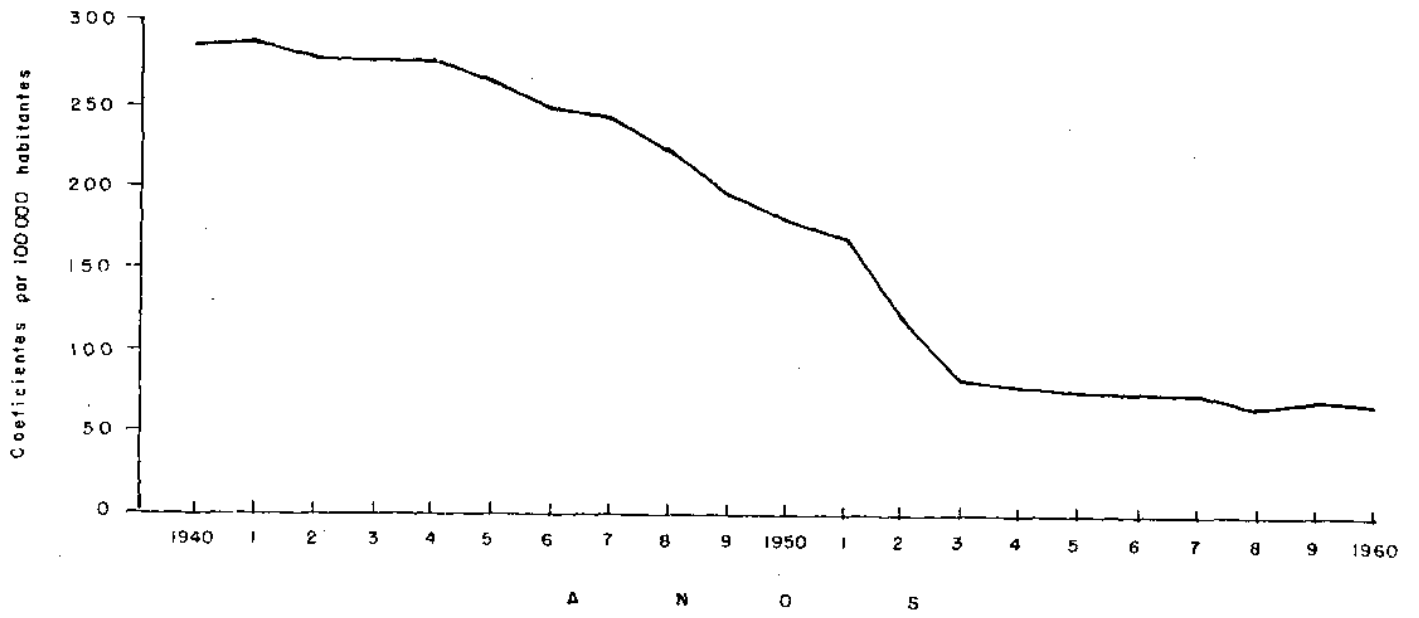
(1) Distrito Federal até 21.4.60

(2) Existente em 1930

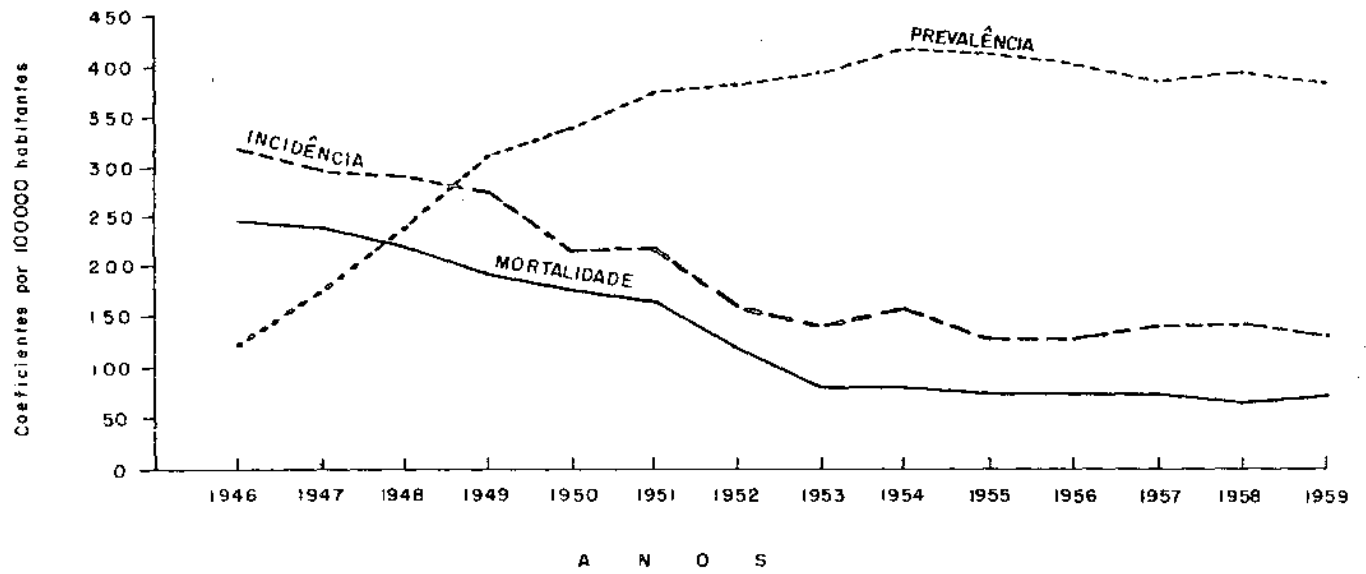
FORNE: (C) S.F.Ee.

B R A S I L

MORTALIDADE POR TUBERCULOSE (TÔDAS AS FORMAS) NAS CAPITAIS BRASILEIRAS
1940 A 1960



B R A S I L

MORTALIDADE, INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE NAS CAPITAIS BRASILEIRAS
1946 A 1959

Os coeficientes de incidência mostram-se também significativos, mantendo-se em torno de 170 por 1 000 habitantes, indicando "que se continua a adoecer, e muito, pela marginalidade em que a população, em sua grande maioria, vive." (17)

A curva representativa da prevalência, praticamente estacionada em níveis altos (Gráfico nº 2), denota o incremento do diagnóstico precoce e o aumento da expectativa de vida dos pacientes submetidos à terapêutica anti-microbiana moderna.

Assim, estima-se em aproximadamente 500 000 o número de tuberculosos existentes em todo o território nacional, calculando-se que não ultrapasse a casa dos 100 000 aqueles sob controle dos serviços especializados.

O Gráfico nº 3 mostra o número e distribuição dos leitos para tuberculosos, em funcionamento, nos Estados (capitais e interior), somando 25 970, número esse que corresponde ao total de leitos existentes no país, englobando, portanto, não só aqueles mantidos pelas entidades federais, como também os que estão ligados, diretamente, às entidades estaduais, municipais, paracetatais e particulares.

É de notar que tais leitos são, em sua totalidade, mantidos ou auxiliados pelo Ministério da Saúde, através das dotações consignadas ao SNT.

Além disso, existem ainda 1 645 leitos para tuberculosos devidamente instalados mas sem a correspondente utilização, sendo 1 534 em hospitais especializados e 111 em instituições não especializadas. O fato decorre da falta de liberação das verbas destinadas a esse fim, que impediu, da mesma forma, a instalação de 1 273 leitos já projetados pelo Setor de Engenharia do SNT, assim discriminados:

Sanatório "Barros Barreto" (Belém).....	252
Sanatório Natal (Natal).....	200
Sanatório de Londrina (Londrina).....	400
Sanatório de Cuiabá (Cuiabá).....	200
Sanatório de Goiânia (Goiânia).....	53
Pavilhão anexo à Sta. Casa (P.Alegre)..	93
Clínica Fisiológica (P.Alegre).....	57
Clínica Fisiológica (B.Horizonte).....	18

A "Campanha Nacional Contra a Tuberculose", consideran-

M.S.

S. N. T.

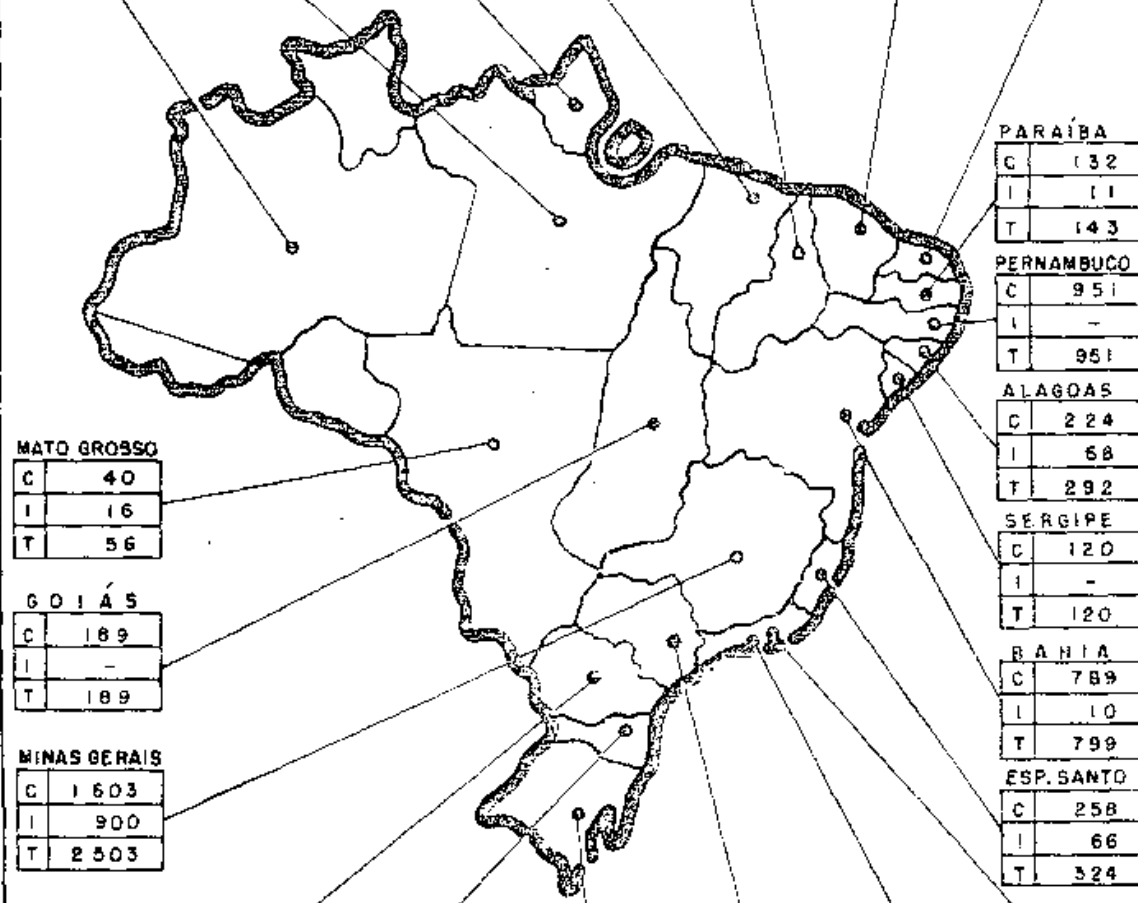
D. N. S.

BRASIL

NÚMERO DE LEITOS EM FUNCIONAMENTO, PARA TUBERCULOSOS
NOS ESTADOS (NAS CAPITAIS E NO INTERIOR)

1962

AMAZONAS	PARÁ	AMAPÁ	MARANHÃO	PIAUI	CEARÁ	R.G. NORTE
C 175	C 336	C 16	C 224	C 94	C 162	C 80
I -	I -	I -	I -	I -	I 438	I 28
T 175	T 336	T 16	T 224	T 94	T 600	T 108



MATO GROSSO

C 40
I 16
T 56

GOIÁS

C 189
I -
T 189

MINAS GERAIS

C 1 603
I 900
T 2 503

PARAIBA

C 132
I 11
T 143

PERNAMBUCO

C 951
I -
T 951

ALAGOAS

C 224
I 68
T 292

SERGIPE

C 120
I -
T 120

BAHIA

C 789
I 10
T 799

ESP. SANTO

C 258
I 66
T 324

C 341
I 623
T 964

C 177
I 120
T 297

C 1 395
I 714
T 2 109

C 1 331
I 5 585
T 7 989

C 5 245
I -
T 5 245

C 590
I 1 846
T 2 436

PARANÁ STA. CATARINA R. G. DO SUL SÃO PAULO GUANABARA R. DE JANEIRO

C - CAPITAL 14 472
I - INTERIOR 11 498
T - TOTAL 25 970 LEITOS

do a ação dispensarial como a base da luta anti-tuberculose, noção já devidamente firmada, orienta presentemente as suas atividades no sentido de:

a) promover o aprimoramento técnico dos dispensários existentes e a ampliação da rede dispensarial do país, com vistas a incrementar-lhes, ao máximo, a ação profilática correta e dinâmica, estendendo a luta contra a tuberculose às regiões do interior do país, até então carentes de cobertura;

b) incrementar o rendimento das unidades hospitalares pelo internamento absolutamente preferencial (após triagem no dispensário) dos doentes bacilíferos "virgens de tratamento", visando evitar o bloqueio prolongado e desnecessário dos leitos especializados.

Quanto aos dispensários existentes, o Gráfico nº 4, fornece o seu número e distribuição, por Estado, havendo, em todo o país, 183 dessas unidades em funcionamento, algumas mantidas integralmente pelo SNT e a grande maioria recebendo substancial ajuda do Serviço, totalizando Cr\$. 400.000.000,00 (quatrocentos milhões), no corrente exercício.

O tempo médio de permanência em hospitais de tuberculose, é mostrado, com detalhe estatístico, na Tabela nº XV, que dá bem uma idéia do bloqueio excessivo a que estão sujeitos os leitos especializados, atingindo a alta média de 310 dias, em todo o país, reflexo da defeituosa orientação do internamento hospitalar, até então vigente nessas instituições. Oportuno lembrar, no entanto, que essa situação decorre, também, das precárias condições econômico-sociais da grande maioria dos pacientes internados.

T A B E L A XV
NÚMERO E PERCENTUAL DE ALTAS E TEMPO MÉDIO
DE PERMANÊNCIA NOS HOSPITAIS DE TUBERCULOSE
EM TODO O BRASIL
1952 / 1959

ANOS	A L T A S		T. M. P.
	Nº	%	
1952	6.374	6,4	221,1
1953	8.500	8,6	307,2
1954	10.137	10,2	338,1
1955	11.686	11,8	316,5
1956	12.290	12,4	309,7
1957	15.131	15,3	312,1
1958	17.393	17,6	319,8
1959	17.399	17,7	315,6
TOTAL	98.910	100,0	310,7

Fonte: (18)

M.S.

S. N. T.

D. N. S.

B R A S I L

DISTRIBUIÇÃO POR ESTADOS, DOS 183 DISPENSÁRIOS DE
TUBERCULOSE EXISTENTES NO BRASIL

1962



Pesquisas recentes levadas a efeito, na Índia, e agora repetidas no Brasil, tendem a demonstrar que o tratamento ambulatorial de tuberculosos pode apresentar resultados idênticos aos melhores oferecidos pelo tratamento hospitalar, mesmo em casos até então considerados de indicação absoluta para o internamento nosocomial.

Tais resultados, se definitivamente comprovados, permitirão reduzir, em alta escala, os custos globais da luta contra a tuberculose em nosso país, com a diminuição do internamento de doentes, cujo tratamento em hospital custa até 28 vezes mais que o tratamento ambulatorial, sabendo-se que o custo do leito-dia está orçado em Cr\$ 3.000,00 na Guanabara, estimando-se em Cr\$ 3.270,00 mensais o custo do tratamento "standard" em dispensário, por doente, com as drogas de 1a. linha e em Cr\$ 41.000,00 mensais, com as drogas de 2a. linha.

As dotações orçamentárias destinadas ao SNT atingiram, no corrente exercício, ao montante de Cr\$ 2.334.610.000,00, dos quais estariam disponíveis, apenas, Cr\$ 1.323.413.000,00, em decorrência do plano de contenção de despesas do Governo Federal, o que impossibilitou as ampliações previstas no setor dispensarial e hospitalar, determinando, assim, a não utilização, até a presente data, dos 1 645 leitos já instalados, conforme referência anterior, e impedindo a instalação dos 1 273 leitos projetados, com os quais seria atingido o número de leitos suficiente para atender à demanda atual neste setor.

2.2.2.03 Lepra

A endemia leprótica figura no panorama sanitário nacional como problema de alta relevância, principalmente se consideradas suas graves repercussões sociais e econômicas.

"Doença prosodêmica típica, a lepra no Brasil aumenta progressivamente de prevalência, agravando os orçamentos e responsabilidades dos serviços de saúde."

"A ausência de uma terapêutica eficiente a curto prazo e a baixa letalidade da doença são fatores precipuos no paulatino crescimento da leprose no país."

"Dada a impossibilidade atual de se processar a erradicação da doença, os objetivos e as atividades da Saúde Pública se voltam para um real controle da lepra, isto é, baixar e manter baixa incidência da enfermidade sem perder de vista a possibilidade de se tornar a lepra uma doença residual, como o é presentemente em países outrora assolados pela hansenose." (19)

O número de doentes de lepra conhecidos no Brasil, atingia 100 123, em 31 de dezembro de 1962. Dentre esses, encontravam-se internados em leprosários 18 231 (18,2%); em tratamento ambulatorial... 56 446 (56,4%), permanecendo sem controle os restantes 25 446 (25,4%).

Estimativa dos casos teóricos faz ascender, no entanto, a 156 000 o número de hansenosos no país. (20)

Apresentando um coeficiente médio de prevalência de 1,3 por 1 000 habitantes, o Brasil enquadra-se entre as regiões de mais alta endemicidade, em todo o mundo.

A intensidade do problema, no país, varia conforme a região fisiográfica observada (Tabela XVI), aparecendo a Região Norte com o mais alto coeficiente de prevalência, contrastando com o Nordeste, em que o mesmo índice não ultrapassa 0,4 por 1 000 habitantes; não há explicações convincentes que justifiquem a discrepância assinalada, se bem que correlacionada, em parte, aos fatores locais que, na Amazônia, dificultam os trabalhos de profilaxia especializada e a assistência médica geral aos habitantes da região (vastidão territorial, núcleos populacionais dispersos e de difícil acesso, comunicações precárias).

TABELA XVI
PREVALENCIA DA LEPRO
(Coeficiente por 1.000 habitantes)
NAS DIFERENTES REGIÕES FISIOGRAFICAS NO BRASIL
1 9 6 2

REGIÕES	COEFICIENTES
Norte	3,7
Nordeste.....	0,4
Leste.....	1,5
Sul.....	1,9
Centro-Oeste.....	2,6
B R A S I L	1,3

Fonte: (20)

Dessa forma, comparecem com as mais elevadas taxas de prevalência (por 1 000 habitantes) os Estados do Acre, Amazonas e Pará e o Território Federal de Rondônia, cujos índices são relacionados a seguir:

Acre.....	6,7
Amazonas.....	5,6
Rondônia.....	4,6
Pará.....	3,2

"A organização profilática atual para o combate à endemia leprótica ainda aproveita os 36 leprocômios, 117 dispensários e 31 preventórios existentes no país, acrescidos de 1 920 Unidades de Trabalho(UT) da "Campanha Nacional Contra a Lepra" (CNCL), das quais 435 são constituídas de órgãos de saúde locais." "A Campanha Nacional Contra a Lepra foi instituída visando ao melhor aproveitamento dos trabalhos de profilaxia da lepra, no país, pois a clássica tríplice barreira profilática então existente tinha-se mostrado insatisfatória para deter a marcha da endemia".

(19)

Realmente, revelou-se pouco eficiente no combate à lepra, o antigo tripé "leprosário-preventório-dispensário", cuja ação baseava-se, com maior ênfase, no internamento sistemático dos hansenosos. Desse fracasso, dão atestado: a ascendência, embora discreta, dos coeficientes de morbidade, no decênio 1946-1955 (8,04 em 1946 e 10,10 em 1955); o

incremento constante dos índices de prevalência (0,96 por 1 000 habitantes, em 1946 e 1,17 em 1955), verificado no mesmo período e, sobretudo, a predominância absoluta de casos lepromatosos entre os doentes fichados no referido decênio, representando aqueles casos 60,7% do total, contra ... 18,9% de tuberculóides e apenas 20,4% de indeterminados.

"A desproporção entre os lepromatosos e indeterminados, sendo cerca de 3 por 1, indica indistigável falha dos trabalhos epidemiológicos." (21)

Cite-se, ainda, a ínfima contribuição do reexame de comunicantes para a descoberta dos casos novos fichados, (em 17 Unidades da Federação), no período 1946-1955, representada por um percentual de apenas 5,4% sobre o total, traduzindo, em última análise, a apatia dos órgãos específicos quanto à procura ativa de doentes.

A inoperância do antigo sistema profilático, obrigou o Serviço Nacional de Lepra "a traçar novos rumos para o combate à lepra, mediante a adoção de medidas mais consentâneas com as normas de saúde pública e a situação financeira do país."

"Assim é que o isolamento foi relegado para plano secundário, sendo eleita como medida básica o tratamento ambulatorio dos pacientes. Para a efetivação da política formulada, promoveu-se a utilização dos serviços de lepra nas unidades médicas não especializadas locais. As tarefas de profilaxia foram divididas entre o médico não especializado local (ao qual compete a execução da rotina profilática - fichamento e tratamento do doente, vigilância sanitária dos contactos e educação sanitária destes e daqueles) e o leprologista (encarregado de orientar, controlar, supervisionar e suplementar as atividades a cargo do médico local, tarefas mais condizentes com sua condição de médico especializado."

"Em cada município é integrado o serviço em uma unidade sanitária polivalente (Pósto de Higiene, Centro de Saúde, etc.) e, na inexistência desses estabelecimentos, entregue a tarefa a um médico de clínica privada ou mesmo a um leigo, se o município não contar com médicos." (20)

Os primeiros resultados obtidos pela CAMPANHA, parecem ser promissores, conforme indicam os dados constantes das TABELAS XVII, XVIII e XIX, os quais mostram, na área coberta pela Campanha, a maior oportunidade do diagnóstico precoce, através do maior percentual de formas indeterminadas fichadas, o incremento da contribuição do reexame de comunicantes na descoberta de novos casos (28,12%), além da intensificação da vigilância de doentes (77,9% sob controle) e comunicantes (cerca de 60%, sob controle), dados que por si sós, constituem uma demonstração

evidente da ação profilática por excelência dinâmica que a CAMPANHA vem desenvolvendo.

No entanto, o rendimento global da Campanha fica submetido a sérias restrições em decorrência de vários fatores de natureza administrativa, entre os quais cumpre destacar:

- Redução dos recursos pelo Plano de Contenção de Despesas;
- Entrega tardia dos recursos;
- Centralização excessiva de atividades administrativas.

Tais percalços impediram a ampliação da área abrangida pela C.N.C.L., restrita, em fins do ano de 1962, a menos de 50% da área e da população do país (Tabela XX), mantendo-se sem cobertura justamente a Região Amazônica, onde o problema é mais grave. Dos Grupos de Trabalho previstos para a região, no total de 31, encontravam-se instalados apenas 3, ao término do ano de 1962; é preciso salientar, no entanto, afigurar-se particularmente difícil a instalação de tais órgãos na Amazônia, em decorrência dos fatores adversos já mencionados.

São enumeradas como vantagens do novo método profilático adotado pela C.N.C.L.:

- mais humano, prático e econômico;
- limita os internamentos aos casos de ordem estritamente médico-social;
- assegura diagnóstico e tratamento precoces - principal objetivo visado pela C.N.C.L.

TABELA XVII

MODO PELO QUAL FORAM DESCOBERTOS OS 17 881 CASOS DE LEPRA FICHADOS
 NA ÁREA DE AÇÃO DA C.N.C.L. NO PERÍODO DE
 1956-1962

ANOS	TOTAL DOENTES FICHADOS	DESCOBERTOS POR				
		NOTIFICA ÇÃO OU DENÚNCIA	REEXAMES DE COMU- NICANTES	APRESEN- TAÇÃO EX PONTÂNEA	OUTROS MEIOS	INQUERITO EM COLETI VIDADE
	Nº	%	%	%	%	%
1956 a 1962	17 881	33,22	28,12	26,67	10,18	1,81

Fonte: (19)

TABELA XVIII

Distribuição por formas clínicas dos doentes fichados pela C.N.C.L

1956 - 1962

ANOS	TOTAL DE FICHADOS	FORMAS CLÍNICAS						INCIDÊNCIA POR 100 000 HABS.
		Lepromatosa		Indeterminada		Tuberculoide		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
1956	611	294	48,12	195	31,91	122	19,97	12,66
1957	3 113	1 383	44,43	937	30,10	793	25,47	19,37
1958	3 267	1 386	42,42	1 091	33,39	790	24,19	12,29
1959	3 583	1 651	46,08	1 201	33,52	731	20,40	11,19
1960	3 009	1 318	43,80	1 094	36,36	597	19,84	9,05
1961	2 380	1 011	42,48	844	35,46	525	22,06	7,30
1962	1 918	874	45,57	628	32,74	416	21,69	5,43
TOTAL	17 981	7 917	44,43 (+)	5 990	33,39 (+)	3 974	21,69 (+)	11,19 (+)

(+) = Mediano

Fonte: (19)

TABELA XIX

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL, POR FORMA CLÍNICA, DO TOTAL DE DOENTES E COMUNICANTES EXISTENTES E SOB VIGILÂNCIA; PREVALÊNCIA E RELAÇÃO COMUNICANTE/DOENTE (C/D) NA ÁREA DE AÇÃO DA C.N.C .L.

31-12-62

FORMAS CLÍNICAS	DOENTES			COMUNICANTES		
	Distribuição %	Sob Vig. %	Prevalência	Distribuição %	Sob Vig. %	C/D
L	48,4	78,3	0,41	57,6	60,1	5,2
I	29,0	77,2	0,25	21,8	60,0	3,3
T	22,4	77,9	0,19	20,3	58,4	4,0
D	0,2	88,9	0,00	0,3	57,5	7,2
TOTAL Nº	30 100	77,9%	0,85	131 625	59,8%	4,4

Fonte: (19)

TABELA XX

ÁREA DE AÇÃO DA CNCL, EM RELAÇÃO AO BRASIL

1962

ANOS	UNIDADES FEDERADAS		MUNICÍPIOS (1)		ÁREA (mil km ²)		POPULAÇÃO mil hab. (2)	
	Abrangidas Nº	% do Brasil	Abrangidas Nº	% do Brasil	Abrangida Nº	% do Brasil	Abrangida Nº	% do Brasil
1962	18	69,23	1 290	46,39	1 580	18,56	35 345	47,21

(1) 1962 - Divisão Territorial do Brasil 61

(2) 1962 - CNCL - CE - Estimativa p/1º/7/1962

Fonte: (19)

2.2.2.04 Esquistossomose

A prevalência da esquistossomose mansônica, no Brasil, é estimada em, aproximadamente, 4 a 6 milhões de infectados, número esse que dá uma idéia das implicações de ordem econômica e social, decorrentes da doença.

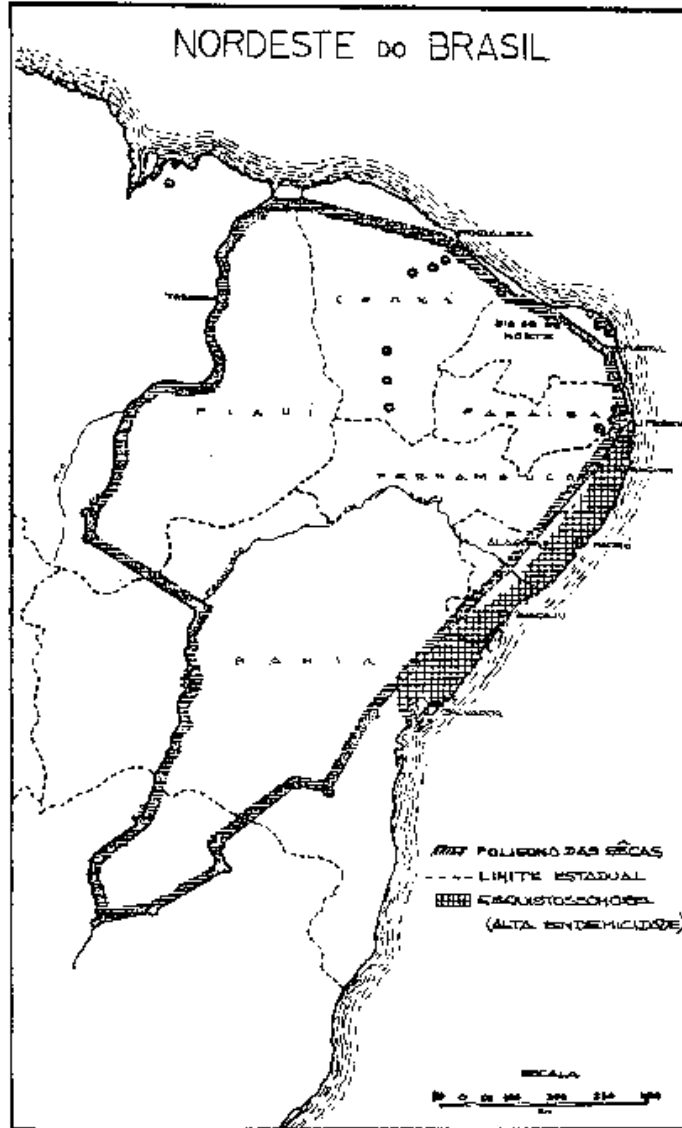
A parasitose distribui-se em extensa área do país, abrangendo cerca de 1/3 do seu território. A zona de mais alta endemicidade corresponde à faixa litorânea que se estende do Rio Grande do Norte à Bahia (Gráfico nº 5), onde têm sido registradas localidades cuja média de infecção atinge a elevada cifra de 90%.

Além disso, a moléstia é endêmica ainda em trechos de Minas Gerais e do Espírito Santo (Zona Serrana do Centro), apresentando focos isolados no Pará (Fordlândia e Quatipuru), Maranhão (Curupuru, São Bento e São Vicente Ferrer), Piauí (alguns casos na capital), Ceará (Pacotí, Redenção, Acarape, Quixadá e Juazeiro), Rio de Janeiro (Niterói e Duas Barras), Guanabara (Jacarepaguá), São Paulo (Ipiaçu, Ourinhos, Caçapava, Campinas, Itariri, Jambeiro, Pindamonhangaba, Roseira, Santos, São José dos Campos, Taubaté e Tremembé), Paraná (Curitiba, Uraí, Jacarêzinho, Santo Antonio da Platina e Jataízinho), atingindo, portanto, 16 unidades da federação.

A Tabela XXI, permite entrever os elevados percentuais de infecção pelo "S. Mansoni" no Nordeste, focalizando a Tabela XXII, a extensão do problema nos diversos Estados da Federação.

A inegável gravidade da endemia decorre não só do elevado número de pessoas acometidas, como também da precariedade do arsenal terapêutico até então disponível.

GRÁFICO Nº 5



Áreas de alta endemicidade da esquistossomose no Brasil, em relação ao polígono das secas. O quadrilátero é a região da esquistossomose; os pontos representam os focos da doença.

Ponte: (22)

TABELA XXI

PERCENTAGEM DE INFECÇÃO PELO S. MANSONI EM JOVENS E
ADULTOS, DE VÁRIAS LOCALIDADES DO NORDESTE.

1957

LOCALIDADES	Idade em anos			
	10 - 19		20 e mais	
	Nº examinados	% positivos	Nº examinados	% positivos
Aracajú (Siqueira Campos)	232	43,1	214	50,5
João Pessoa (Mandacaru) (Varjão)	350	33,1	611	32,8
	138	60,1	247	50,3
Macaíó (Gulandim)	168	45,9	386	41,1
	171	63,7	305	71,1
Atalaia	102	81,3	220	81,8
Freixeiras	542	73,3	726	71,4

Fonte: (22)

Patenteada a inexecutabilidade do tratamento em massa pela inexistência de medicamentos capazes de atender aos requisitos de campanha de tal ordem, e tendo em vista os restritos resultados da profilaxia anti-planorbídea, de efeitos imediatistas, tão somente, fica a depender o êxito da luta contra a esquistossomose das medidas de saneamento básico e de trabalho educativo apropriado, a serem empreendidas em todas as áreas atingidas pela endemia.

Levando-se em consideração a deficiência de suporte cultural e econômico das populações brasileiras, máxime na área de hiperendemicidade da doença, não é de esperar-se, para tão cedo, o seu controle eficiente, a depender, em última análise, do aperfeiçoamento constante das condições sócio-econômicas do país.

TABELA XXII

NÚMERO DE LOCALIDADES INVESTIGADAS, COM EXAMES COPROSCÓPIOS POSITIVOS PARA S. MANSONI E COM ÍNDICE DE POSITIVIDADE SUPERIOR A 4%, EM DIVERSOS ESTADOS DA FEDERAÇÃO.

BRASIL - 1 953/1 954

ESTADOS	Nº de localidades investi- gadas.	Nº de locali- dades c/exa - mes positivos	Nº de locali- dades c/posi- tividade su- perior a 4%
Maranhão.....	30	7	1
Piauí.....	16	2	-
Ceará.....	80	23	4
Rio Grande do Norte.....	45	21	2
Paraíba.....	47	31	18
Pernambuco.....	83	82	70
Alagoas.....	23	23	20
Sergipe.....	31	30	25
Bahia.....	220	211	161
Espírito Santo.....	23	15	3
Minas Gerais.....	279	167	79
Rio de Janeiro.....	98	23	-
Paraná.....	71	16	-
Santa Catarina.....	66	-	-
Goiás.....	54	8	-
Mato Grosso.....	24	1	-
TOTAL.....	1.190	660	383

Fonte: (23)

2.2.2.05 Doença de Chagas

A endemia chagásica é prevalente em vastas áreas do País, onde a habitação rural, por ser de má qualidade, oferece condições ótimas para o desenvolvimento dos vetores da infecção.

Com base na dispersão geográfica dos triatomíneos, nos seus índices de infecção natural, na população exposta ao risco da infecção e, ainda, através dos inquéritos sorológicos já realizados estima-se em 3 milhões de pessoas o número de infectadas com "T. cruzi", conquanto seja de assintomáticos a grande maioria.

As formas cardíacas e digestivas aparecem geralmente entre adultos, portanto no grupo etário de maior produtividade.

Tratando-se de enfermidade de evolução demorada, preva lenta na zona rural dispersa, onde não se dispõe de assistência médica, não há, praticamente, condições para determinar os coeficientes de mortalidade da doença de Chagas.

Por falta de recurso imunizante e de terapêutica eficaz o combate à doença de Chagas fica adstrito às medidas profiláticas relativas ao controle do transmissor.

Não sendo possível no estágio atual do desenvolvimento econômico do país a melhoria da habitação a curto prazo, a profilaxia da endemia se concentra na eliminação dos triatomíneos objetivando interromper a transmissão da zoonose.

A escolha das áreas endêmicas para execução do programa de expurgo se baseia no seguinte critério:

- a) índices de infecção mais elevados
- b) densidade de população
- c) agrupamento de municípios para formar área de expurgo contínua.

Os índices de infecção natural em triatomíneos são encontrados variáveis em função das espécies e das diferentes áreas estudadas.

Revelaram índices mais elevados o "T. infestans" (43.5%) e o "P. megistus" (33.9%), seguindo-se o "T. sordida" (9.65%), "T. brasiliensis" (8.25%) e o "T. maculata" (3.27%).

A maior área de dispersão é coberta pelo "P. megistus" seguido do "T. sordida" e do "T. infestans".

A Tabela XXIII mostra, conforme os inquéritos entomológicos já realizados, os valores máximos e mínimos dos índices de infecção natural de "barbeiros" em 492 municípios, excluindo o Estado de São Paulo que tem autonomia no combate à doença de Chagas.

TABELA XXIII

NÚMERO DE MUNICÍPIOS COM TRIATOMÍNEOS INFECTADOS E ÍNDICE DE INFECÇÃO NATURAL EM DIVERSOS ESTADOS DA FEDERAÇÃO.

BRASIL - 1960

ESTADOS	MUNICÍPIO COM TRIATOMÍNEO INFECTADO	ÍNDICE DE INFECÇÃO NATURAL	
		Mínimo	Máximo
Ceará	8	1.29%	27.68%
Rio Grande do Norte..	21	0.89	29.55
Paraíba.....	22	0.72	41.18
Pernambuco.....	61	1.14	68.14
Alagoas.....	15	1.24%	30.39
Bahia.....	8	3.23	93.72
Minas Gerais.....	216	0.17	66.66
Paraná.....	55	0.85	56.00
Rio Grande do Sul....	48	4.42	91.30
Goiás.....	38	0.28	51.01

Fonte: D.N.E.Ru.

Os valores máximos encontrados em inquéritos sorológicos por Estado, de conformidade com os dados disponíveis até agora, foram verificados nos municípios relacionados na Tabela XXIV.

TABELA XXIV

PERCENTUAL DE POSITIVIDADE PARA "T. CRUZI" (VALORES MÁXIMOS)
EM INQUÉRITOS SEROLÓGICOS, EM DIVERSOS ESTADOS DO BRASIL

1960

ESTADOS	MUNICÍPIOS	PERCENTUAIS
Paraíba	Patos	15,38
Pernambuco	Nazaré	23,25
Alagoas	União dos Palmares	39,75
Minas Gerais	Bambuí	60,40
Paraná	Sengés	18,42
Sta. Catarina	S. Miguel do Oeste	3,12
Rio Grande do Sul	Itaque	31,92
Goiás	Itaberaí	32,04

Fonte: D.N.E.Bu.

2.2.2.06 Tracoma

Doença de ampla distribuição geográfica, o tracoma, geralmente associado a conjuntivites bacterianas, se encontra, com variável prevalência, na zona rural, onde preponderam precárias condições higiénicas.

A endemia reflete o problema social do pauperismo, incidindo as áreas de mais elevada prevalência com as de mais baixa renda "per capita".

Os inquéritos epidemiológicos revelaram a endemia em 450 municípios, notadamente no Nordeste e no Vale do São Francisco, conforme se verifica na Tabela XXV.

Resalte-se a importância do foco do Nordeste na expansão da endemia através das correntes migratórias que se irradiam daquela região.

TABELA XXV
D.N.E.Ru. - CAMPANHA CONTRA O TRACOMA
INQUÉRITOS EPIDEMIOLÓGICOS REALIZADOS NO PERÍODO DE 1944 - 1962

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	Nº DE MUNICÍPIOS	ÁREA (Km ²) EM 1960	POPULAÇÃO EM 1960	PREVALÊNCIA			FORTE
				PERCENTUAL DE CONTAGIOSIDADE (Tr I-Tr II-Tr III)			
				0,0% NEGATIVA	0,1%-10,0% FRACA	10,1%-30,0% MODERADA	
<u>NORTE</u>							
Território de Rondônia	2	243 044	70 782	-	-	1	1
Território do Acre	4	65 108	103 438	-	1	3	2
Pará	2	2 125	50 904	-	-	-	-
<u>NORDESTE</u>							
Maranhão	10	30 074	650 377	-	6	3	7
Piauí	48	189 241	1 099 819	-	4	26	16
Ceará	34	26 018	784 550	1	4	15	14
Rio Grande do Norte	18	20 320	360 562	-	10	8	-
Paraíba	42	36 469	1 476 280	-	19	16	7
Pernambuco	53	72 481	1 922 487	2	20	18	13
Alagoas	13	10 030	389 472	-	3	5	5
<u>LESTE</u>							
Sergipe	25	7 553	408 620	-	14	9	2
Bahia	46	271 993	1 156 260	-	14	20	12
Minas Gerais	40	146 981	1 501 699	10	23	5	2
Espírito Santo	11	17 297	419 851	-	2	5	4
Rio de Janeiro	1	442	243 619	1	-	-	-
<u>SUL</u>							
Paraná	20	22 753	970 393	-	-	12	8
Santa Catarina	25	19 340	670 200	1	12	8	4
Rio Grande do Sul	37	77 664	1 466 282	6	22	8	1
<u>CENTRO-OESTE</u>							
Mato Grosso	2	185 310	99 106	-	1	-	1
Goiás	45	233 335	876 959	8	22	12	3
Distrito Federal	1	5 814	141 742	-	-	-	-
<u>NORTE</u>							
-	8	310 277	225 125	-	-	4	3
<u>NORDESTE</u>							
-	218	384 633	6 683 547	3	62	91	62
<u>LESTE</u>							
-	123	444 266	3 730 049	11	53	39	20
<u>SUL</u>							
-	82	190 693	3 006 875	7	34	28	13
<u>CENTRO-OESTE</u>							
-	48	424 459	1 117 607	8	23	12	4
<u>BRASIL</u>							
-	479	1 754 328	14 763 403	32	173	174	102

Fonte: D.N.E.Ru.

Atualmente está sendo completado o levantamento da distribuição do tracoma na região amazônica.

Com o emprego da moderna quimio-antibioterapia é possível o controle do tracoma, de tal modo que, apesar da sua prevalência estimada em 1 milhão de casos, o problema já perdeu muito de sua gravidade em face da acentuada diminuição das formas com sequelas que conduzem à cegueira.

Além do tratamento em massa é despertada na população a noção do asseio e da necessidade do uso do sabão e água corrente na prevenção das doenças oculares transmissíveis.

Os inquéritos de avaliação evidenciam que o tratamento em massa diminui as formas exudativas contagiantes de Tr.I e Tr.II, fazendo, conseqüentemente, baixar a incidência entre 35 a 90%, essa variação correndo por conta do grau de endemicidade, qualidade e regularidade do trabalho profilático executado.

No período de 1956 a 1962 foram tratadas 1.546.729 pessoas com tracoma-conjuntivites e mais 558.513 portadores de conjuntivites simples.

2.2.2.07 Ancilostomose

No quadro sanitário brasileiro figura a ancilostomose como a endemia de mais ampla dispersão.

A maioria da população rural mal alimentada, descalça e não dispendo de habitação dotada de fossa, continua lançando os dejetos na superfície do solo, contribuindo para a difusão da parasitose.

Com base nos inquéritos realizados, calcula-se a existência de aproximadamente, 50 milhões de portadores de helmintos com variável grau de infecção, entre os quais contam-se cerca de 25 milhões parasitados pelos ancilostomídeos, verificando-se menor intensidade de infecção somente nos centros urbanos e na zona semiárida do Nordeste. (Tabela XXVI).

TABELA XXVI

INCIDÊNCIA DE ANCILOSTOMOSE EM 20 ESTADOS DA
FEDERAÇÃO
BRASIL

ESTADOS	INCIDÊNCIA (%)
Rorôndônia	59,2
Pará.....	48,4
Amapá.....	44,6
Maranhão.....	67,8
Piauí.....	70,0
Ceará.....	45,6
Rio Grande do Norte.....	35,5
Paraíba.....	32,8
Pernambuco.....	49,0
Alagoas.....	48,3
Sergipe.....	65,3
Bahia.....	49,9
Minas Gerais.....	40,3
Espírito Santo.....	56,9
Rio de Janeiro.....	30,1
Paraná.....	29,1
Santa Catarina.....	44,1
Rio Grande do Sul.....	10,5
Mato Grosso.....	46,8
Goiás.....	46,0

Fonte: D.N.E.Ru.

Convém ressaltar que as perturbações observadas nos pacientes de ancilostomose não são devidas exclusivamente à ação patogênica do helminto, mas decorrem em grande parte do mau estado de nutrição dos indivíduos que vivem nas zonas de alta endemicidade da moléstia e das associações mórbidas (máxima parasitárias) que comumente ocorrem nesses agrupamentos.

O tratamento em massa, objetivando reduzir periodicamente o grau de infecção verminótica, representa simplesmente um paliativo, visto persistir o estado de subnutrição em que vivem as populações parasitadas e aliada à falta de execução de programas de saneamento básico extensos.

As campanhas em massa contra a ancilostomose e os limitados programas de educação sanitária, visando principalmente o conveniente destino dos dejetos, continuam oferecendo resultados precários visto que essa endemia, como quase todas, está vinculada a fatores de ordem econômico social que até agora não puderam ser modificados.

Embora reconhecendo a precariedade da luta contra as verminoses antes que o rural obtenha substancial elevação do seu poder aquisitivo, que lhe permita ter o indispensável para melhorar sua alimentação e sanear sua vivenda, o Departamento Nacional de Endemias Rurais executou as seguintes atividades de profilaxia durante o período 1956-1962:

Municípios trabalhados.....	1.375
Exames fezes realizados.....	3.786.774
Medicações feitas.....	5.386.235
Fossas construídas.....	10.146

2.2.2.08 Leishmanioses

A leishmaniose visceral ou calazar já foi encontrada em 12 Estados do Brasil, porém o foco de importância dessa endemia se encontra no Nordeste, particularmente no Ceará onde se verificaram 84% do total de casos registrados de 1953 a 1962 (Tabela nº XXVII).

As pesquisas epidemiológicas já demonstraram os papéis representados pelo cão (reservatório doméstico da zoonose) e pela raposa (reservatório silvestre), sendo o flebótomo "P. longipalpis" o vetor encontrado nas áreas endêmicas.

Atualmente, estuda-se a extensão da endemia no foco da Bahia, que abrange os municípios de Jacobina, Itaité e áreas vizinhas, com prevalência em torno de uma centena de casos humanos.

TABELA XXVII
CALAZAR HUMANO DIAGNOSTICADO NO BRASIL
1953 / 1962

ESTADOS	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	TOTAIS
Maranhão	-	-	-	-	-	1	2	1	-	6	10
Pará	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Piauí	-	6	10	39	46	42	39	28	3	15	228
Ceará	140	356	424	308	263	189	203	204	108	80	2.275
R.G.do Norte	-	-	-	8	3	3	-	3	1	3	21
Paraná	-	-	2	-	-	2	-	-	-	-	4
Pernambuco	-	1	-	-	-	6	-	-	-	3	10
Alagoas	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Sergipe	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Bahia	1	3	46	38	4	1	2	-	-	-	95
Minas Gerais	-	-	-	13	31	15	1	1	-	-	61
Mato Grosso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
T O T A I S	141	366	482	406	348	259	248	238	112	107	2.707

NOTA: Não foram incluídos 36 casos diagnosticados antes de 1953.

Fonte: D.N.E.Ru.

Com base no combate ao flebõtomo transmissor, a profilaxia do calazar compreende ainda atividades de tratamento dos casos humanos e inquérito canino para eliminação do reservatório, tendo essas atividades alcançado as seguintes cifras no período 1956 - 1962:

Casos humanos tratados.....	1.353
Cães examinados.....	435.064
Cães positivos.....	7.110
Cães eliminados.....	99.411
Prédios dedetizados.....	226.691

Quanto à leishmaniose tegumentar não se dispõe de informações precisas sobre a distribuição e prevalência da moléstia na maioria dos Estados brasileiros. Conforme mencionam Pessoa e Barreto a leishmaniose cutâneo-mucosa está espalhada em todo o território nacional (Terra e Cressiuna).

2.2.2.09 Boubá

A boubá, que se mostrava com prevalência entre 5,0% e 7,0% (1956) em determinadas áreas de 14 Estados e 3 Territórios da Federação, está atualmente em franca regressão.

Graças à eficácia do tratamento por meio de penicilina em dose única, o controle da boubá se consegue com rapidez nas áreas onde se faz tratamento em massa, mesmo sem a melhoria das condições do meio, nem a mudança de hábitos de vida da população.

Depois da campanha de tratamento em massa no Nordeste Brasileiro e no Nordeste de Minas Gerais - área onde se encontravam os maiores focos de boubá, com cerca de 60% da prevalência total do País, avaliada em 600.000 casos - a endemia caiu a níveis residuais, em torno de 0,8%.

Atualmente, prossegue a Campanha contra a Boubá na Região Amazônica e em atividades de reinspeções nas áreas que receberam anteriormente tratamento em massa inicial.

No inquérito de avaliação realizado, recentemente, na Paraíba não foi encontrado nenhum caso de boubá em amostra de 14.480 habitantes da área anteriormente com alta endemicidade.

De 1956 a 1962, foram examinadas 9.538.333 pessoas e tratados 641.786 doentes de boubá.

2.2.2.10 Filariose

No Brasil a filariose é causada pela "Wuchereria bancrofti".

Foi encontrada na Região Amazônica outra filária, a "Mansonella ozzardi", porém não se mostra patogênica.

A filariose bancroftiana ocorre no País em limitado número de localidades, (Tabela XXVIII), porém só os focos de Belém e Recife apresentam importância em vista da sua elevada prevalência, estimada, no início da campanha, em 50.000 e 80.000 portadores de microfilaremia, respectivamente, naqueles focos.

Conquanto o transmissor da filariose seja o culex ("C. fatigans") a profilaxia da endemia não se fundamenta na luta contra o mosquito; é baseada no tratamento em massa dos portadores de microfílaras, o que faz baixar a taxa de microfilaremia a nível impeditivo de transmissão.

TABELA XXVIII

LOCALIDADES COM FILARIOSE AUTÓCTONE NO BRASIL

1956

ANO	LOCALIDADES	ESTADO	Nº de pessoas examinadas	Nº de portadores de microfilaria	Índice de filariemia
1954	Manaus	Amazonas	10.889	25	0,2
1951	Belém	Pará	8.529	837	9,8
1952	Cametá	Pará	2.262	101	4,5
1953	Vigia	Pará	2.369	124	5,2
1954	Soure	Pará	2.067	179	6,1
1954	Recife	Pernambuco	23.065	1.589	6,9
1952	Maceió	Alagoas	6.052	18	0,3
1954	Salvador	Bahia	20.138	79	0,4
1955	Castro Alves	Bahia	1.920	113	5,9
1957	São Luiz	Maranhão	8.776	51	0,6
1952	Florianópolis	Sta. Catarina	3.663	50	1,4
1951	Ponta Grossa	Sta. Catarina	122	17	13,9
1954	Barra (Laguna)	Sta. Catarina	1.195	112	9,4
1954	Porto Alegre	R. G. do Sul	18.811	27	0,1

Fonte: (22)

Com o tratamento em massa a prevalência da filariose em Belém caiu de 10.8% (em 1948) para 3.3% (em 1962) e em Recife de 6.9% (em 1955) para 2.8%.

De 1956 a 1962 foram executadas as seguintes atividades de profilaxia:

Amostras de sangue examinadas.....	2.580.161
(Total...)	118.357
Amostras de sangue positivas (
(%.....)	4,5
Pessoas medicadas.....	124.326

2.2.2.11 Doenças carenciais.

A correlação observada entre os níveis de alimentação de um grupo humano e seu desenvolvimento econômico-social tem sido objeto de estudo por parte de inúmeros autores.

Realmente, quanto mais altos os índices de desenvolvimento de um país, melhores as características de seu regime alimentar, traduzidas nos níveis ótimos de consumo calórico e protéico "per capita", bem como na participação maior das proteínas de primeira qualidade na dieta.

Os dados da Tabela XXIX demonstram a estreita correlação em causa, focalizando índices alimentares brasileiros em confronto com outros países desenvolvidos e subdesenvolvidos.

TABELA XXIX

RENDA E DISPONIBILIDADE DE CALORIAS E PROTEÍNAS
"PER CAPITA" E POR DIA, NO BRASIL E OUTROS PAÍSES

1960

PAÍSES	Renda (US\$)	Calorias	Proteínas animais (gramas)
Estados Unidos	2 164	3 130	68
Reino Unido	960	3 110	52
Itália	406	2 620	25
Brasil	261	2 700	20
México	234	2 330	18
Egito	112	2 250	13
Índia	60	2 030	6

Fonte: diversos

Cálculos efetuados recentemente (24) fixam as necessidades calóricas diárias "per capita" do homem brasileiro, na idade adulta (20 - 59 anos) nas diferentes regiões fisiográficas do país, conforme a discriminação abaixo:

Regiões	Necessidades calóricas diárias "per capita"
Norte.....	2 800
Nordeste.....	2 800
Leste.....	2 850
Sul.....	2 950
Centro-Oeste....	2 900
BRASIL.....	2 860

"Mesmo considerando o inegável progresso que sobre períodos anteriores apresenta a atual ração média teórica do brasileiro, organizada à base das disponibilidades alimentares do país o seu conjunto ainda está longe de atender, em níveis satisfatórios, as necessidades da população, com a agravante de não ser uniforme o seu consumo em território nacional.

Porque o processo de desenvolvimento econômico venha ocorrendo predominantemente nas regiões Centro, Leste e Sul, enquanto as do Centro-Oeste, Norte e Nordeste permanecem estagnadas em condições de subdesenvolvimento, acontece que aquelas, de poder aquisitivo cêrca de três vezes mais alto, atraem para o seu consumo as maiores e melhores parcelas disponíveis, em detrimento das demais regiões, cujo reduzido nível de renda impõe às suas populações um subconsumo alimentar que as identifica na terminologia atual, como uma das maiores áreas de fome endêmica do mundo.

No Norte e Nordeste, sobretudo, investigações idôneas denunciam na ração média diária um deficit de ordem de 30% no valor calórico e de 50% no total protéico, com a alarmante particularidade de que a ingestão de proteínas animais não atinge senão a metade da cota recomendada" (25)

Embora não se disponha de dados estatísticos satisfatórios quanto a incidência das doenças carenciais nas populações brasileiras, a não ser em relação ao bócio endêmico, a ser referido adiante, os autores são acordes em reconhecer que "extensas carências nutricionais são vigentes" (24).

"Sobre a grande e expoliadora endemia que é a desnutrição, instalaram-se as outras... e ainda não foram feitos os estudos que correlacionam os defeitos de dieta com o quadro que estas enfermidades apresentam". (24)

Merece citação, no entanto, o recente inquérito de nutrição realizado no Nordeste do Brasil (março-maio-1963) sob o patrocínio da Comissão Nacional de Alimentação, em cujo relatório preliminar figuram as seguintes observações:

"Exames pediátricos revelaram indícios ocasionais de subnutrição calórica como indicados pelo retardamento do crescimento e do desenvolvimento. Outros sinais físicos de subnutrição foram observados menos comumente, mas duas crianças com xeroftalmia foram vistas, uma em Catende e outra em João Pessoa. Casos de carência de vitamina A foram também vistos nos hospitais do Recife.

O mais frequente indício de subnutrição em 4 100 exames de adultos e crianças de mais de 5 anos de idade foi o aumento da tiróide. Isto foi observado em 21% das amostras totais e a predominância foi duas vezes tão grande em pessoas do sexo feminino quanto nas do sexo masculino. A predominância do aumento da tiróide foi observado em Natal, Catende, Itabuna, Ilheus e Penedo, onde 1/3 ou mais das pessoas examinadas apresentavam este defeito. Taxas mais altas foram notadas em Currais Novos, Juazeiro e Areia, com valores de menos do que 4% daquelas examinadas.

Estomatite angular ocorreu em menos de 1% da população em Penedo e Neópolis, mas estava presente em 7% da população de Currais Novos e Areia. Semelhantemente, moderada a severa atrofia papilar da língua ocorreu em 9% das pessoas vistas em Natal, mas foi de muito menor predominância nas outras localidades.

Outras manifestações físicas de deficiência nutritiva ocorreram irregularmente e não foram muito elevadas em nenhuma das localidades."

Impõe-se aguardar o relatório final do momentoso inquérito bem como levar a efeito novos e aprofundados estudos, relativos ao assunto, a fim de obter informes concludentes sobre a intensidade e a extensão das doenças carenciais naquelas áreas, determinando-lhes a real incidência.

Não obstante, cumpre reconhecer as repercussões nosológicas do problema alimentar, cuja solução está intimamente vinculada à superação do subdesenvolvimento, no contexto do qual enraizam-se as suas causas determinantes:

- a) deficiência na produção de gêneros alimentícios;
- b) distorções ou inadequação nos sistemas de transporte, armazenagem e distribuição dos gêneros produzidos;

- c) escasso poder aquisitivo do rurícola;
- d) reduzida capacidade popular de escolha conveniente dos alimentos a serem consumidos. (26)

BÓCIO ENDEMIKO

Em 1954/1955, a prevalência do bócio foi obtida pelo exame de 866 217 escolares que representavam 18,22% das matrículas dos estabelecimentos de ensino de 1 129 municípios de 20 Estados. Assim, foi estimado em 3 900 000 o número de bociosos nas diversas áreas estudadas, e para o grupo etário de 5 a 19 anos.

As mesmas pesquisas revelaram a existência de 3 áreas bociógenas:

- a) área de prevalência elevada, compreendendo as regiões Leste Meridional, Sul e Centro-Oeste, com índices entre 27% e 53,8%;
- b) área de prevalência intermediária, incluindo as regiões Norte e Nordeste Ocidental, cujos índices ficam entre 6% e 9,4%;
- c) área de baixa prevalência, abrangendo as regiões Nordeste Oriental e Leste Setentrional, com taxas entre 0,6% e 0,9%.

A profilaxia dessa endemia vem se fazendo crescente e sistematicamente por força do Decreto nº 39 814, de 17 de agosto de 1956, que dispõe sobre o uso do sal iodado, tornando obrigatória a todas as indústrias salineiras a iodação de todo sal produzido para consumo humano.

A diminuição da incidência do bócio endêmico já se observa através de inquéritos de avaliação, como, em exemplos, nos Estados de São Paulo e Guanabara, cujo índice antes da iodação do sal era de 21,5% e atualmente foi encontrado em torno de 4,11%.

2.2.2.12 Diarréias Infecciosas

As diarréias infecciosas constituem, ainda, no país, um dos principais problemas de saúde pública, representando a causa mais importante dentre aquelas que concorrem para o obituário infantil, ocasionando em média anualmente, de 110 000 a 140 000 óbitos de infantes em todo o país. Conforme documentado relatório apresentado à OPAS (1961), sobre "Problemas da Criança", (27) as diarréias infecciosas constituem no Nordeste a principal causa de morte, não só entre as crianças mas também em toda

a população. É assim que, no período de 1954-1958 os coeficientes médios de mortalidade (tôdas as idades) por doenças diarréicas variaram entre 418,6 e 1.039,4 por 100 000 habitantes, em quatro capitais do Nordeste (Fortaleza, Natal, João Pessoa e Recife), o que dá uma idéia da magnitude do problema naquela região.

Não é outra a conclusão a que chegou o Seminário sobre diarréias infantis, realizado na cidade do Recife, em 1959, sob os auspícios da OPAS e do Governo Brasileiro, constando do seu relatório final:

"Apesar de não existirem dados suficientes para o conjunto do Brasil, estimou-se, com base nos elementos disponíveis, que tenham ocorrido no país, na década de 1950 a 1959, de 1 100 000 a 1 400 000 óbitos de infantes por diarréias infecciosas, mostrando-se outrossim que esse grupo de doenças constitui a principal causa de doenças e de morte entre as crianças brasileiras.

Assinalou-se também que quando os óbitos de infantes representam uma percentagem elevada do total de óbitos, se pode inferir, sem qualquer outra informação, que as doenças diarréicas existem na área como problema importante.

No Nordeste do Brasil, os dados apresentados ao Seminário ressaltaram a enorme importância das diarréias como causa de morbidade e de mortalidade de infantes e de crianças de idade pré-escolar, agravada, nessa região, pela falta d'água generalizada, pelas más práticas alimentares, entre as quais o abandono precoce do aleitamento natural, e pela falta de conhecimentos sobre o modo de preparar com segurança os alimentos suplementares, no desmame e no período que se lhe segue."

A sua alta incidência é um reflexo das precárias condições higiênicas em que vive grande parte das comunidades brasileiras, estando a gravidade do quadro clínico - traduzido na elevada mortalidade - correlacionada com o desfavorável estado de nutrição dos grupos socialmente menos favorecidos. Vinculadas assim, às causas higiênico-sociais, é óbvio que o seu controle está na dependência do esmeramento das condições sócio-econômicas do país.

2.2.2.13 Outras

HIDATIDOSE

A área de prevalência da hidatidose, doença causada pela larva da tênia "Echinococcus granulosus", está limitada às zonas de pecuária da região sul, principalmente na zona fronteira com o Uruguai.

Por ser zoonose dos rebanhos, a hidatidose tem o seu

contrôle na dependência dos serviços de veterinária, visto que a profilaxia da infecção hidática humana é baseada no combate à doença animal.

As atividades de educação sanitária se dirigem principalmente aos profissionais de matadouros e de outras atividades expostas ao risco da infecção.

No período 1956-1962 foram realizadas 180 460 reações de Casoni, apresentando resultado positivo 1 953, isto é, 1.1% de positividade.

BRUCELOSE

Sendo doença do gado vacum, ovino, caprino e suíno, sua ocorrência no homem é mais frequente entre os indivíduos que trabalham nos matadouros, frigoríficos e indústrias de laticínios, representando um risco profissional nas áreas em que a zoonose é prevalente.

Constitui a endemia, mais do que uma ameaça ao homem, um grande problema econômico, devido aos prejuízos causados aos criadores, principalmente pela perda de crias e redução na produção de leite do gado infectado.

Nêsse setor, o Ministério da Saúde realizou a partir de 1957 até 1962 as seguintes atividades:

Reações de sêro aglutinação.....	17.760
Porcentagem de reações positivas.....	3,8%
Casos tratados.....	57

2.2.3.00 Doenças Pestilenciais

2.2.3.01 Varíola

A varíola constitui ainda problema de saúde pública no país. Apresenta-se sob forma endêmica, com surtos epidêmicos, praticamente em todo o território nacional, inclusive nas capitais dos Estados. Em agosto de 1959, em Belo Horizonte, registraram-se 238 casos, com 9 óbitos; no Município de Santo André, vizinho do de São Paulo, nos meses de julho e agosto do mesmo ano, houve 274 casos; em 1960 e 1961, na cidade do Rio de Janeiro ocorreram vários surtos; no Espírito Santo, em 6 municípios, inclusive no da capital, houve 44 casos, em 1962, não ocorrendo óbitos. Predomina, no país, a varíola menor, o que justifica a baixa letalidade que, em geral, a doença apresenta.

No mundo atual, a varíola está praticamente ausente na maioria dos países, restando alguns focos na Ásia, na África e na América do Sul, onde são tidos como únicos focos o Brasil e o Equador.

Para solucionar o problema da varíola no Brasil, instituiu-se uma Campanha orientada pelas diretrizes aprovadas pela Organização Mundial de Saúde, na XVI Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em 1942:

"Do ponto de vista prático, os países em que a varíola teve caráter endêmico poderão considerar erradicada a enfermidade quando não ocorrerem novos casos de varíola durante os três anos seguintes ao término de uma campanha adequada de vacinação."

"Se bem que as condições particulares de cada país possam determinar modificações na forma de conduzir os programas de vacinação, é geralmente admitido que a vacinação correta de 80% de cada um dos setores da população, dentro de um período máximo de 5 anos, dá como resultado o desaparecimento da varíola."

"Os países que tenham erradicado a varíola deverão adotar medidas para manter essa erradicação, seja mediante um programa permanente de imunização, seja pela aplicação combinada de medidas de isolamento e imunização, caso a enfermidade seja reintroduzida no país. Recomenda-se que os países submetidos a um grande risco de introdução da varíola, por exemplo, quando a enfermidade fôr endêmica em países vizinhos, tratem de manter um nível adequado de imunidade na população por meio de: a) vacinação dos novos membros da população e b) revacinação periódica da população, especialmente dos setores mais expostos".

"Dado o volume crescente do trânsito internacional e em quanto a erradicação da varíola não atingir caráter universal, recomenda-se que sejam aplicadas com rigor as disposições correspondentes do Regulamento Sanitário Internacional, como medida de proteção em favor dos países livres da enfermidade".

O preparo dessa Campanha se iniciou em 1961, tendo sido equipados 3 laboratórios para a produção de vacina liofilizada: 1 no Instituto Oswaldo Cruz, do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro; 1 na Secretaria de Saúde, de Pernambuco, em Recife e 1 no Instituto de Pesquisas Biológicas do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre. Esses laboratórios, atualmente, produzem cerca de 2 milhões de doses de vacina por mês, devendo elevar essa produção para 3 milhões nos próximos meses. Revisadas as técnicas de vacinação, foi aprovada, como a mais eficiente, a da multipuntura, que está sendo empregada nos programas da Campanha em desenvolvimento nos Estados do Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Alagoas, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Paraná; e utilizada nos que terminaram a Campanha: Estado da Guanabara, Sergipe, Distrito Federal e Território de Roraima. O aproveitamento tem sido de cerca de 80% com a referida técnica, utilizando-se a vacina liofilizada.

Para a realização da Campanha em cada Estado, o Ministério da Saúde leva o seu auxílio técnico e material às autoridades sanitárias estaduais, auxiliando-as também na execução do programa de vacinação com o pessoal dos serviços federais que ali se encontrem.

As diretrizes gerais e a técnica de vacinação são as mesmas para todos os Estados.

Iniciada no 2º semestre de 1962, a Campanha sofreu solução de continuidade no início do ano em curso, tendo sido revigorada a partir de junho de 1963, visando a imunizar 80% da população em 5 anos; depois de terminada a Campanha em cada Estado, fica estabelecida a fase de vigilância e controle, a fim de efetivar a erradicação da doença na área.

Em 1964, será instalada a Campanha nos Estados do Acre, Amazonas, Pará, Maranhão, Paraíba, Espírito Santo, São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Goiás.

O preço de produção da vacina liofilizada é de Cr\$ a dose.

Considerando os planos-pilotos de preparo da Campanha e a sua realização propriamente dita, até 8.11.63 foram vacinadas em 9 Estados e 1 Território, 6 578 679 pessoas, de acordo com os dados recebidos até 20.11.63.

A incidência de varíola, no Brasil, no período de 1956/1960 é mostrada na Tabela XXX.

2.2.3.02 Peste

Doença dos roedores a peste pode acometer o homem em surtos ocasionais nas áreas onde a fauna murina mantém a enzootia.

As espécies de maior responsabilidade na manutenção da doença, no país, são os ratos domésticos, principalmente do gênero Rattus (alexandrinus, frugivorus e rattus) e a pulga "X. cheopis", não tendo sido ainda devidamente comprovada a existência de peste silvestre.

No período de 1935 a 1962, foram verificados 3 565 casos de peste humana dos quais 211 ocorreram no quinquênio 1958-1962. No corrente ano, já foram registrados 15 casos positivos.

Em 87 municípios são controlados 280 focos de peste, com a seguinte distribuição:

TABELA XXX

Nº DE CASOS DE VARIOLA E COEFICIENTE POR 100 000 HB,
 NAS CAPITAIS BRASILEIRAS, NO PERÍODO
 1956 - 1960

CAPITAIS	1 956		1 957		1 958		1 959		1 960	
	Nº	Cf	Nº	Cf	Nº	Cf	Nº	Cf	Nº	Cf .
Manaus	24	18,3	9	5,8	2	1,2	353	210,5	544	312,2
Belém	24	7,0	54	15,2	11	3,0	19	4,9	50	12,5
São Luís	15	11,0	66	46,4	180	121,8	22	14,4	...	...
Teresina	9	7,3	7	5,5	14	10,5	18	13,0	12	8,3
Fortaleza	131	31,6	69	15,7	38	8,2	140	28,8	369	72,2
Natal	1	0,7	1	0,7	-	-	11	7,1	1	0,6
João Pessoa	3	2,2	6	4,3	22	15,2	14	9,4	...	...
Recife	128	18,7	81	11,4	48	6,5	67	8,7	...	...
Maceió	73	48,7	50	32,3	23	14,4	18	10,9	53	31,3
Aracaju	17	16,9	16	15,4	8	7,4	-	-	...	...
Salvador	301	53,9	159	27,3	162	26,8	380	60,5	...	...
Vitória	5	7,0	2	2,7	7	9,0	4	4,9	12	14,2
Niterói	127	57,4	...	...	...	...	52	21,8	...	...
Guanabara	813	27,8	353	11,7	247	7,9	231	7,2	662	20,1
São Paulo	243	7,7	71	2,1	214	6,2	312	8,6	307	8,1
Curitiba	314	102,3	262	85,9	69	21,4	418	122,7	...	...
Florianópolis	39	45,4	63	70,9	2	2,2	3	3,2	...	...
Porto Alegre	27	5,0	63	11,2	106	18,0	61	9,9	90	14,1
Belo Horizonte	62	11,2	26	4,4	30	4,8	472	72,1	...	...
Goiânia	15	13,4	29	23,8	41	31,1	...	...	...	...
Cuiabá	9	18,7	27	53,6	8	15,2	35	63,5	...	...

Nº = Número de casos.

Cf = Coeficiente por 100 000 hb.

Fonte: Serviço Federal de Bioestatística

CIRCUNSCRIÇÃO	MUNICÍPIO	ÁREA	Nº DE FOCOS DE PESTE	Nº DE PRÉDIOS NO FOCO
Ceará.....	10	8.707 Km ²	18	30.256
Rio Grande do Norte..	1	229 "	2	3.745
Pernambuco.....	22	17.907 "	64	80.331
Paraíba.....	7	5.939 "	17	25.561
Alagoas.....	10	5.577 "	21	23.322
Bahia.....	27	78.087 "	86	23.269
Minas.....	9	22.370 "	70	21.469
Rio de Janeiro.....	1	849 "	2	809
TOTAL.....	87	139.665 "	280	208.762

2.2.3.03 Febre Amarela

Não há mais o problema de febre amarela urbana no país, desde 1955, quando foi erradicado o último foco de "*Aedes aegypti*", o que foi declarado oficialmente, em 1958, na XV Conferência Sanitária Panamericana.

Existe somente a febre amarela na sua modalidade silvestre, por isso que, ocorrendo enzooticamente entre os macacos da floresta amazônica, pode acometer ocasionalmente o homem não imune que tem contato com a mata.

Para evitar a reinfestação do país pelo mosquito transmissor, é mantida a vigilância "anti-aegypti" nas áreas dos portos internacionais (marítimos, fluviais e aeroportos).

Como profilaxia da febre amarela silvestre, é feita a vacinação antiamarilica das pessoas que vivem ou vão às matas da região enzootica ou em áreas onde ocorrem surtos epizooticos.

As atividades de profilaxia contra febre amarela no período 1956-1962 se expressam através das seguintes cifras:

I - VIGILÂNCIA ANTI-AEGYPTI

a) - Inspeções realizadas em prédios.....	13.213.099
b) - Prédios com " <i>Aedes aegypti</i> ",.....	-

II - VISCEROTOMIA

Amostras de fígado colhidas.....	21.937
----------------------------------	--------

III - VACINAÇÃO ANTIAMARÍLICA

Pessoas vacinadas..... 7.822.743

2.2.4.00 Outras doenças transmissíveis

2.2.4.01 Difteria, coqueluche, tétano e sarampo

A tabela XXXI mostra os elevados coeficientes de mortalidade referentes às doenças em epígrafe nas capitais brasileiras, dando uma idéia da importância que ainda assumem no quadro nosológico do país. A não ser no caso do sarampo (cuja vacina de vírus vivos atenuados ainda não obteve a necessária difusão), tratam-se de doenças perfeitamente controláveis pelos recursos imunitários há muito tempo disponíveis.

A alta incidência dessas moléstias, não obstante refletir, por certo, as condições sócio-econômicas urgentes no país, retratam, por outro lado, a fragilidade de certos setores dos serviços de saúde pública nacionais.

A comparação dos dados apresentados pelas capitais brasileiras com aqueles dos países desenvolvidos, (Tabela XXXII) permite atestar a importância do problema dessas doenças transmissíveis nas coletividades brasileiras.

2.2.4.02 Raiva

A raiva, no Brasil, representa ainda sério problema de saúde pública. Como zoonose, sua incidência é elevada, estimada no Estado da Guanabara em 135 por 100 000 cães; além disso, a zoonose está disseminada em outros animais domésticos e selvagens, no país.

Dessa forma, a população humana brasileira está esposta a um risco de infecção rábica cerca de 43 vezes maior do que aquele calculado para a população norte-americana.

A tabela seguinte permite melhor impressão sobre o problema:

TABELA XXXI

COEFICIENTES ESPECÍFICOS DE MORTALIDADE (por 100 000 habitantes), por FEBRE TIFOIDE, DIFTERIA, COQUELUCHE, TÉTANO, POLIOMIELITE, VARÍOLA, SARAMPO, RAIVA E MALÁRIA, NAS CAPITAIS BRASILEIRAS

1959

CAPITAIS	COEFICIENTES (por 100 000 habitantes)								
	Febre Tifoide	Difteria	Coqueluche	Tétano	Poliomielite	Varíola	Sarampo	Raiva	Malária
Manáus	3,6	3,6	7,8	8,9	-	3,6	8,9	3,0	7,8
Belém	0,8	2,9	2,9	21,5	-	-	0,8	0,3	5,7
S. Luís	5,2	2,0	2,6	22,2	-	3,3	8,5	1,3	3,9
Terезina	21,6	12,3	4,3	9,4	-	9,4	0,7	-	2,2
Fortaleza	11,7	5,1	0,4	-	0,2	-	1,8	-	0,4
Natal	8,4	12,2	10,3	16,8	0,6	0,6	20,6	-	-
João Pessoa	2,8	6,0	4,7	6,7	-	4,0	4,7	-	-
Recife	2,5	7,4	2,2	19,6	0,3	0,9	7,2	1,4	0,3
Maceió	4,3	4,9	5,5	51,1	0,6	1,2	20,7	1,2	0,6
Aracajú	2,7	3,6	1,8	12,6	0,9	-	0,9	-	-
Salvador	3,2	2,7	4,1	39,1	0,3	1,1	3,0	0,6	2,2
B.Horizonte	0,6	3,8	1,1	2,4	1,4	2,0	6,1	-	-
Vitória	1,2	8,6	6,1	25,8	-	-	9,8	-	-
Niterói	2,5	6,3	5,0	18,0	0,4	-	15,9	0,4	-
Guanabara (1)	2,0	3,1	1,5	13,6	0,3	0,1	6,5	0,2	0,2
São Paulo	0,3	4,2	2,3	4,0	2,5	0,1	5,9	0,2	0,0
Curitiba	2,6	7,3	5,9	2,1	1,2	0,6	2,3	0,3	-
Florianópolis	2,1	14,7	4,2	6,3	-	-	7,4	-	-
Porto Alegre	1,5	5,4	3,4	-	0,8	1,2	-	-	-
Cuiabá	-	10,9	14,5	3,6	1,8	-	1,8	1,8	5,4
Goiânia (1958)	3,6	2,2	2,2	19,0	0,7	1,5	6,6	-	0,7

(1) Distrito Federal até 21 de Abril de 1960

FORNTE: Serviço Federal de Bioestatística

TABELA XXXII

COEFICIENTES ESPECÍFICOS DE MORTALIDADE (por 100 000 habitantes) por DIFTERIA,
COQUELUCHE, VARÍOLA, POLIOMIELITE, MALÁRIA, FEBRE TIFOIDE, EM DIVERSOS PAISES

1959

PAISES	COEFICIENTES (por 100 000 habitantes)					
	Difteria	Coqueluche	Varíola	Polio- mielite	Malária	Febre Tifoide
CANADÁ	-	0,3	-	1,0	-	0,0
ESTADOS UNIDOS	0,0	0,2	-	0,3	0,0	0,0
MÉXICO	1,3	22,0	0,6	0,6	45,1	9,8
GUATEMALA	1,4	111,4	0,0	0,9	3,4	10,3
REP. DOMINICANA	2,3	2,3	-	-	32,8	4,8
COLOMBIA	3,4	20,5	1,2	0,4	9,5	4,9
BRASIL	6,1	4,4	1,4	0,5	1,4	3,9
PORTUGAL	1,6	2,5	-	0,4	-	0,8
DINAMARCA	-	0,2	-	0,0	-	-
TAILÂNDIA (1958)	4,8	0,4	0,0	0,1	44,1	7,0

FONTE: S.F.Be. e "Annual Epidemiological and Vital Statistics" (WHO)

TABELA XXXIII

INCIDÊNCIA DA RAIVA CANINA (NUMEROS ABSOLUTOS), COEFICIENTES DE CÃES RAIVOSOS POR 100 000 (POPULAÇÃO CANINA) E COEFICIENTE DE CASOS POSITIVOS DE RAIVA CANINA POR 100 000 (POPULAÇÃO HUMANA)
1961

PAÍSES	Incidência da raiva canina (nº absoluto)	Coef. cães rai- vosos por 100 000 (popu- lação canina)	Coef. de casos positivos de rai- va canina por 100 000 (população humana)
Brasil.....	9.500	100,00	14,32
Guatemala.....	50	9,70	0,71
Honduras.....	25	9,30	1,32
México (1960).....	45	95,90	15,00
Nicarágua.....	37	18,20	2,59
El Salvador.....	31	8,60	1,20
E.U.A.	594	3,20	0,33

Fonte: (28)

Os coeficientes de mortalidade relativos à raiva, nas capitais brasileiras, são apresentados na Tabela XXXI.

2.2.4.03 Doenças Venéreas

A Divisão de Organização Sanitária, do D.N.S., iniciou, em 1942, uma campanha específica contra as doenças venéreas que contou com a participação de todos os Estados, a partir de 1948.

Conduzida a princípio com o máximo de interesse, essa campanha entrou em declínio pouco tempo depois, tornando-se inoperante. O estudo dos poucos dados disponíveis evidenciou que os coeficientes de incidência da sífilis (todas as formas) declinaram de maneira sensível até 1959, quando recobram tendência ascensional similarmente com o que ocorreu em outros países, em relação à moléstia. Efetivamente, a OMS em inquérito realizado em 1961 por Guth, em 72 países, constatou aumento da incidência da sífilis em 31 deles e um fracasso universal quanto ao contrôle da gonorréia.

Entre as causas que contribuíram para tal situação "deve haver-se somado fatores de excesso de otimismo de parte da população e até dos médicos que, ante a eficácia dos novos meios terapêuticos, chegaram a crer que a penicilina havia solucionado, de uma vez por todas, o problema da sífilis e, em consequência, chegaram a perder uma grande parte do seu interesse nas medidas de controle epidemiológico, sempre difíceis e custosas e, com frequência, de aplicação antipática."

O desinteresse que ultimamente vem se acentuando, no Brasil, no que tange a este setor, com o relaxamento das medidas de controle das doenças venéreas implicará, forçosamente, na crescente incidência de casos, agravando-se uma situação que presumia-se superada.

Corroborando as anteriores assertivas, transcreve-se, a seguir, trechos pertinentes de recente publicação oficial do Ministério da Saúde e Assistência Social da República da Venezuela, onde o problema volta a despertar a cuidadosa atenção das autoridades sanitárias:

"Outros fatores que devem ser mencionados e que incidem particularmente sobre a questão..... são a auto-medicação e o enorme uso que se faz da penicilina, na Venezuela; estes fatos têm importância, uma vez que as consequências desta espécie de inoculação da droga, em grande escala, são fáceis de deduzir. Não somente pode diminuir os comparecimentos, aos dispensários, dos casos altamente contagiantes, como também ocultar, com doses subcurativas ou "decapitantes", as outras manifestações especialmente as do período secundário, o que contribui, de maneira progressiva, para a formação de um enorme reservatório de formas assintomáticas ou latentes."

"Apesar de seus êxitos espetaculares a luta contra as doenças venéreas está muito longe de haver alcançado a vitória final. As conquistas obtidas em data recente podem infundir um falso e enganador sentimento de segurança e otimismo acerca do futuro destas doenças; todavia, não obstante os meios de tratamento modernos, rápidos e eficazes, há um consenso unânime em admitir-se que as medidas de controle utilizadas para a descoberta dos casos contagiantes, carentes de imediata ação terapêutica, estão muito distantes de serem as mais apropriadas. Também é aceito por todos que os reservatórios da doença apresentam proporção desconhecida e que a incidência real tem aumentado nos últimos anos, muito provavelmente porque o conhecimento e a facilidade de aplicação, bem como a inegável eficácia da moderna terapêutica fez esquecer, a muitos, as precauções para evitar o contágio." (29)

2.2.4.04 Poliomielite

A poliomielite não constitui problema sanitário de maior vulto no país, desde que são baixos os seus coeficientes de mortalidade e morbidade (Tabela XXXI); sua referência neste trabalho visa, apenas, mostrar o número de imunizações (Quadro 5) efetuadas no Brasil, até a presente data, com a vacina SABIN, cuja utilização em larga escala, no ritmo em que vem sendo conduzida, permite esperar, para curto prazo, a cobertura total dos grupos susceptíveis, em todo o país, o que virá possibilitar o controle e eventual erradicação da moléstia, cujas características sociais, de natureza especial, justificam as inversões feitas na aquisição da vacina.

Quadro 5

CAMPANHA CONTRA POLIOMIELITE NO BRASIL

Iniciada em 22/8/1961

Vacinas fornecidas pelo Ministério da Saúde:

Ano : 1961	1 817 900
1962	3 286 400
1963 (até 27/9/63).....	<u>2 078 800</u>
Total.....	7 183 100

Vacinas de outros Estados:

Ano : 1962	3 016 000
1963 (até 27/9/63).....	<u>35 000</u>
Total.....	3 051 000

Total geral de vacinas empregadas até 27/9/63..... 10 234 100

Número de pessoas vacinadas no país:

Ano : 1961	1 584 162
1962	5 566 439
1963 (até 27/9/63).....	<u>1 913 525</u>
Total.....	9 064 126

2.2.5.00 Doenças Degenerativas e Mentais

2.2.5.01 Doenças Cardiovasculares e Câncer

Os trabalhos epidemiológicos realizados no país mostram que a mortalidade pelas doenças cardiovasculares e por câncer vêm aumentando continuamente, atingindo, nos maiores centros urbanos, níveis que se aproximam aos dos países considerados desenvolvidos (Tabela XXXIV e Gráficos nºs 6 e 7). Na Guanabara, por exemplo, em 1960, as doenças cardiovasculares constituíram a principal causa de morte (todas as idades), seguidas imediatamente pelas neoplasias, que já representam também elevada contribuição ao obituário relativo ao grupo etário de 5 a 19 anos (Quadro nº 6); o mesmo sucede em relação a São Paulo.

A luta contra o câncer vem sendo coordenada e incentivada pelo Ministério da Saúde, através do Serviço Nacional de Câncer, de tal forma a aproveitar ao máximo a colaboração dos vários setores de atividades, sejam oficiais ou privados; o financiamento do programa de combate à moléstia, deverá ser coadjuvado pelos Governos Estaduais e dos municípios, pelas Autarquias, Órgãos de Economia Mista e pela comunidade.

A aplicação extensiva e intensiva dos meios diagnósticos e terapêuticos de que se pode dispor atualmente, seria suficiente para permitir a redução da mortalidade. Esses meios já permitem a cura clínica de 1/3 dos casos de câncer, o que aliás já se verificou nos centros especializados melhor aparelhados do país.

É pois na aplicação generalizada dos meios existentes de combate ao câncer que se obterá um resultado satisfatório no sentido de saúde pública.

Dispõe o país, atualmente, de 1 725 leitos destinados a portadores de câncer, sendo 283 no Instituto Nacional de Câncer e 1 442 em entidades privadas. Muitas das Unidades Hospitalares que dispõem desses leitos, nem sempre estão aparelhadas para oferecer um serviço técnico realmente eficiente. Essa falha é muito séria em se tratando de câncer, pois só se conseguem bons resultados com a aplicação exata dos métodos diagnósticos e terapêuticos.

Convém advertir, entretanto, que o grande problema de saúde pública, no Brasil, ainda está representado pelas doenças transmissíveis, cujo combate é absolutamente prioritário, não cabendo, portanto, desviar fundos excessivos para o campo das doenças degenerativas.

TABELA XXXIV

COEFICIENTES ESPECÍFICOS DE MORTALIDADE (P/100.000 HAB.)
 POR NEOPLASMAS MALIGNOS NAS CAPITAIS
 BRASILEIRAS

1930 - 1940 - 1950 - 1960

CAPITAIS	COEFICIENTES			
	1930	1940	1950	1960
MANAUS	18,8	32,1	29,4	...
BELEM .....	...	55,6	44,8	55,0
SÃO LUIZ	23,2	48,0	33,9	34,8
TEREZINA	8,0	26,1	52,2	28,5
FORTALEZA	26,4	23,3	20,4	19,1
NATAL	18,8	37,4	48,5	...
JOÃO PESSOA .....	...	52,2	61,4	...
RECIFE	58,0	67,2	61,2	70,5
MACEIÓ .....	...	52,7	63,6	62,0
ARACAJÓ	35,3	30,7	49,8	39,9
SALVADOR	47,8	56,5	38,8	66,1
VITÓRIA	66,1	68,7	58,9	111,0
BELO HORIZONTE	59,0	67,5	83,3	...
NITERÓI	40,5	59,0	68,5	95,3
RIO DE JANEIRO (1).....	51,7	66,1	77,3	94,2
SÃO PAULO	58,6	80,3	92,5	99,7
CURITIBA	46,6	70,9	74,8	...
FLORIANÓPOLIS	31,9	40,7	68,0	...
PORTO ALEGRE	69,8	99,2	118,5	123,2
GOIÂNIA (2) .....	...	27,5	55,2	...
BRASÍLIA (3) .....	...	...	...	...
GUIABÁ .....	...	31,9	63,2	...

(1) Distrito Federal até 21.4.1960

(2) Inexistente em 1930

(3) Existência em 21.4.1960

FONTE: Serviço Federal de Bioestatística.

GRÁFICO Nº 6

PERCENTUAIS MÉDIOS DE ÓBITOS POR NEOPLASIAS MALIGNAS SÔBRE O TOTAL DE ÓBITOS, PARA O DISTRITO FEDERAL E CAPITAIS ESTADUAIS BRASILEIRAS, NO PERÍODO DE 1940 A 1959

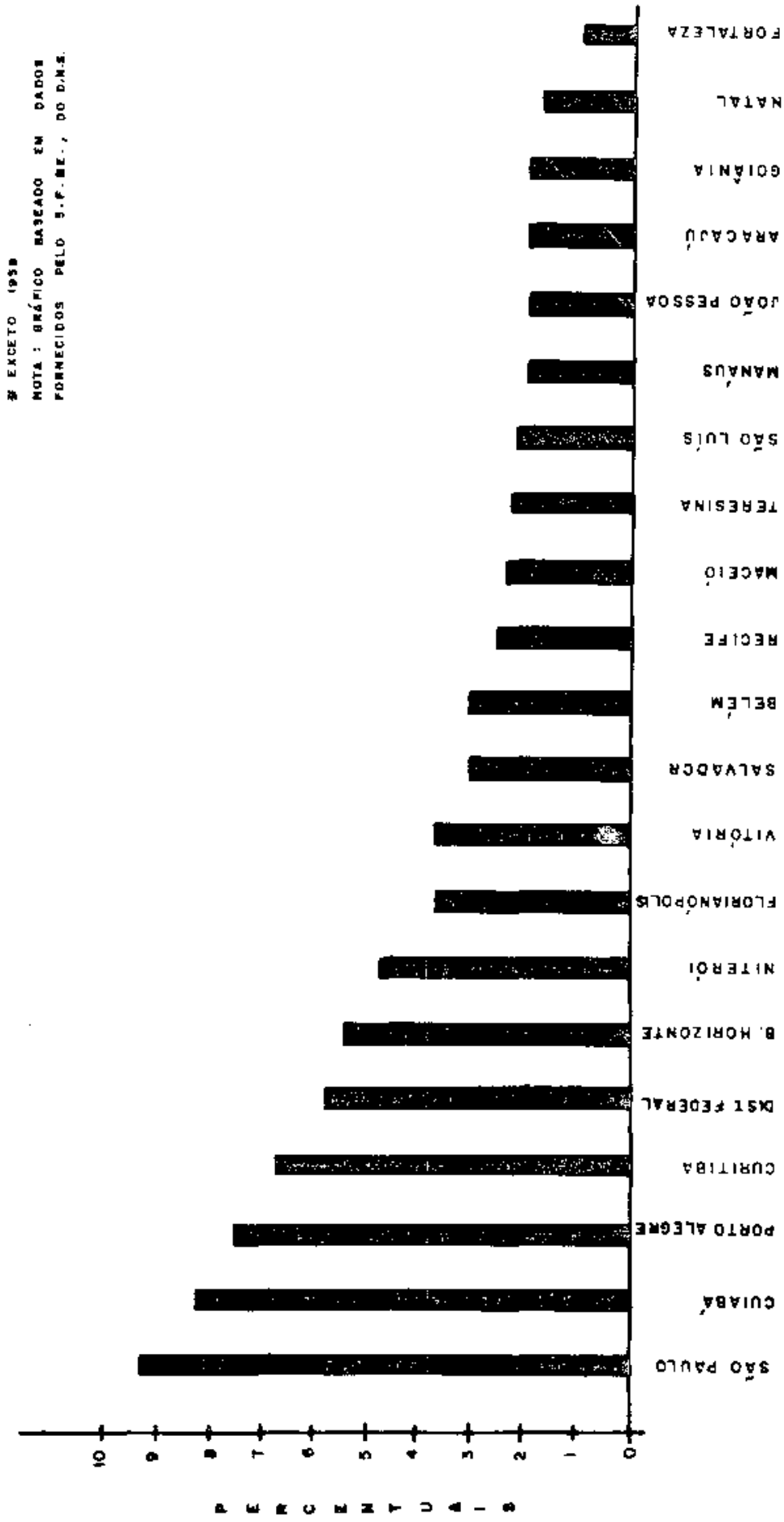
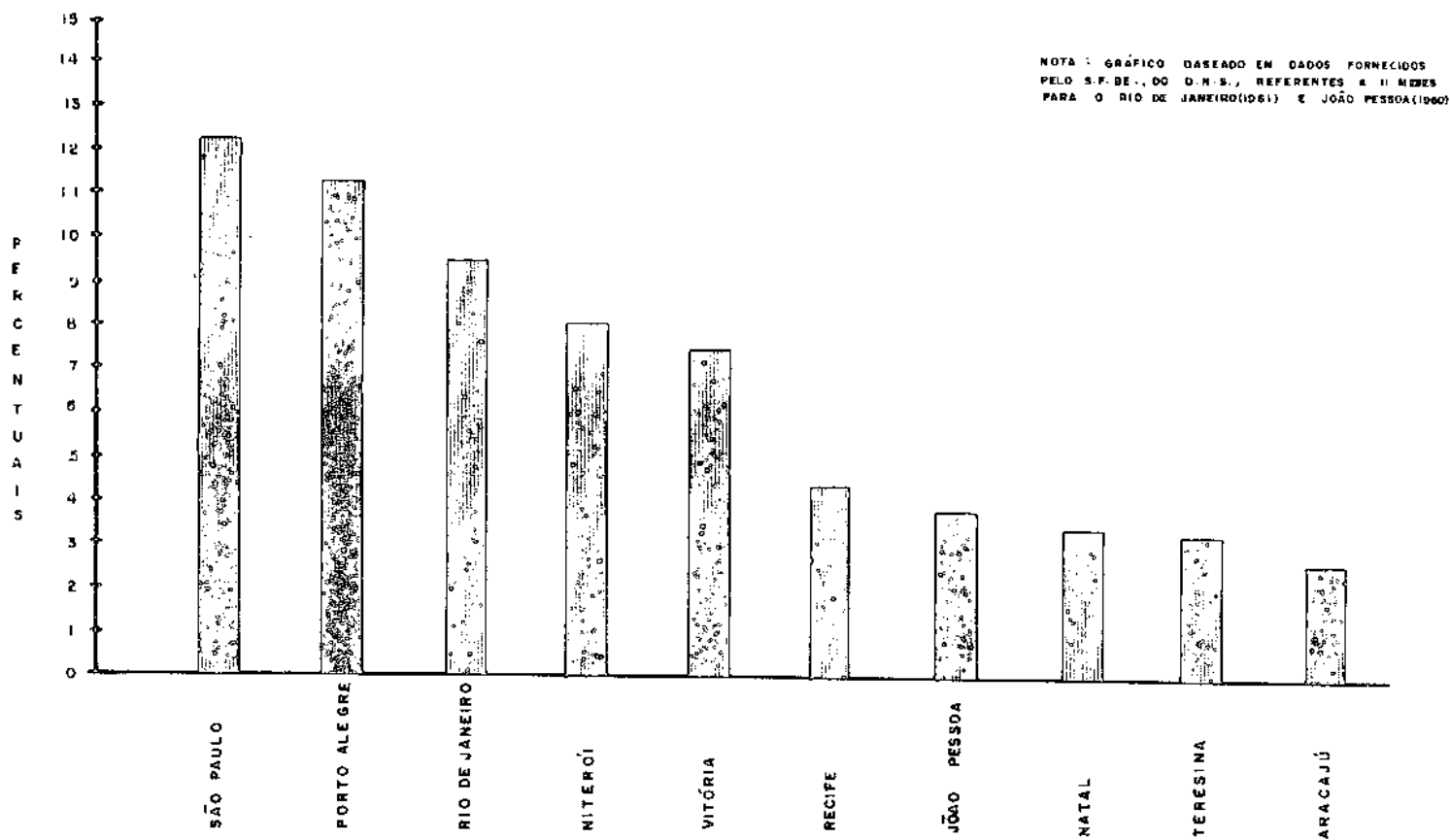


GRÁFICO Nº 7
PERCENTUAIS MEDIOS DE ÓBITOS POR NEOPLASIAS MALIGNAS SOBRE O TOTAL
DE ÓBITOS PARA IO CAPITAIS ESTADUAIS BRASILEIRAS NO PERÍODO DE 1959 A 1961



QUADRO 6

AS CINCO PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE POR GRUPOS DE IDADE E TÔDAS AS IDADES, NO ESTADO DA
GUANABARA, EM 1960.

ORDEM	1 ANO	1 - 4 ANOS	5 - 19 ANOS	20 - 49 ANOS	50 + ANOS	TÔDAS AS IDADES
1a.	GASTRITE, DUODENITE, ENTERITE E COLITE.	GASTRITE	ACIDENTES, ENVENENAMENTOS E VIOLÊNCIAS.	TUBERCULOSE	DOENÇAS ARTERIOSCLERÓTICAS E DEGENERATIVAS DO CORAÇÃO	DOENÇAS ARTERIOSCLERÓTICAS E DEGENERATIVAS DO CORAÇÃO.
2a.	OUTRAS DOENÇAS PARTICULARES À 1a. INFÂNCIA E IMATURIDADE.	PNEUMONIA	PNEUMONIA	ACIDENTES, ENVENENAMENTOS E VIOLÊNCIAS	LESÕES VASCULARES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	<u>NEOPLASIAS MALIGNAS</u>
3a.	PNEUMONIA	SARAMPO	TUBERCULOSE	DOENÇAS ARTERIOSCLERÓTICAS E DEGENERATIVAS DO CORAÇÃO	<u>NEOPLASIAS MALIGNAS</u>	GASTRITE, DUODENITE, ENTERITE E COLITE.
4a.	INFECÇÕES DOS RECÉM-NASCIDOS	TÔDAS AS OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	<u>NEOPLASIAS MALIGNAS</u>	<u>NEOPLASIAS MALIGNAS</u>	HIPERTENSÃO COM DOENÇA DO CORAÇÃO	LESÕES VASCULARES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.
5a.	LESÕES DEVIDAS AO PARTO, ASFIXIA E ATELECTASIA PÓS-NATAIS.	GRIPE	TÔDAS AS OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	LESÕES VASCULARES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	OUTRAS DOENÇAS DO CORAÇÃO.	ACIDENTES, ENVENENAMENTOS E VIOLÊNCIAS.

FONTE: S.P.Be.

2.2.5.00 Doenças mentais

A análise da incidência das doenças mentais no Brasil mostra também as correlações existentes entre condições sócio-econômicas e saúde, no caso, a saúde mental.

É assim que o aparecimento das enfermidades da mente nas comunidades primitivas do sertão brasileiro limita-se quase a 95% de formas orgânicas, traumáticas, degenerativas, autotóxicas, exotóxicas e infecciosas. À medida que se avança em direção dos grandes centros civilizados caem as formas orgânicas para 20%, elevando-se as formas psicogênicas a 80%. As formas neuróticas, praticamente inexistentes, ou pouco acentuadas nas zonas rurais, assumem predominância na incidência das alterações mentais nas urbes.

A limitação das aspirações do homem do campo, devido à sua incultura, à pouca exigência social, permite que grande número de epiléticos e oligofrênicos seja mantido nas atividades costumeiras das lavouras sem evidência de quaisquer desajustamentos, os quais tornam-se frequentes quando deslocados esses homens para as grandes cidades.

Revela-se significativa a incidência das formas exotóxicas (alcooolismo e toxicomanias) em número de 5 426 (1962) internações ; entre os bancários enfermos mentais encontra-se 80% de formas neuróticas, espelhando o desajuste econômico-social.

Tem-se uma figuração do vulto que assume o problema das doenças mentais, no país, pelo exame do Quadro 7, que acusa 39 711 internamentos de primeira entrada, durante o ano de 1962, entre os quais computam-se 78% de formas de origem psicogênicas e 22% de quadros psicóticos, resultantes de lesões orgânicas, metabólicas, tóxicas, traumáticas e infecciosas.

Importa salientar que na realidade 8 399 desses internados (22% do total) poderiam ser assistidos em Pronto-Socorro psiquiátrico e Ambulatórios, sem vinculação a nenhum hospital asilar, com uma permanência reduzida, a traduzir múltiplas vantagens, inclusive a redução dos custos assistenciais. Mas, para tanto, seria necessário, que o país dispusesse de maior número de ambulatórios e, ainda, que esses ambulatórios funcionassem não como ante-câmara de hospitais, mas sim como órgãos de manutenção de pacientes e egressos, dentro da vida social, e ao mesmo tempo disciplinando a internação nosocomial.

DIAGNÓSTICOS	BRASILEIROS				ESTRANGEIROS				TOTAL DO GRUPO
	Homens	Mulheres	CRIANÇAS		Homens	Mulheres	CRIANÇAS		
			Masculino	Feminino			Masculino	Feminino	
I - PSICOSES POR INFEÇÕES E POR INFESTAÇÕES:									680
1 A-Desordens agudas	163	197	9	23	5	1	-	-	
1 B-Estados mentais consecutivos	55	88	9	7	-	1	-	-	
1 C-Formas não especificadas	49	68	3	2	-	-	-	-	
II- PSICOSES DEVIDAS À SÍFILIS:									562
2 A-Paralisia geral	352	63	-	1	3	-	-	-	
2 B-Outras formas	107	31	3	1	1	-	-	-	
III- PSICOSES EXOTÓXICAS:									5.426
3 A-Alcoolismo	4.588	353	4	2	154	15	-	-	
3 B-Toxicomania	177	47	4	-	4	4	-	-	
3 C-Profissionais	12	3	-	1	-	-	-	-	
3 D-Acidentais	16	11	-	-	2	-	-	-	
3 E-Formas ainda não especificadas	27	2	-	-	-	-	-	-	
IV- PSICOSES ENDOTÓXICAS:									913
4 A- Por desvios funcionais viscerais	80	85	-	-	3	3	-	-	
4 B- Por desvios do metabolismo	141	162	5	1	6	1	-	-	
4 C- Por desvios do endocrinismo	41	262	3	1	1	1	-	-	
4 D- Outras formas	28	87	1	-	-	1	-	-	

continua

D I A G N Ó S T I C O S	B R A S I L E I R O S			E S T R A N G E I R O S			TOTAL DO GRUPO		
	Homens	Mulheres	CRIANÇAS		Homens	Mulheres		CRIANÇAS	
			Masculino	Feminino				Masculino	Feminino
V - PSICOSES POR LESÕES CEREBRAIS:									1.831
5 A-Demência senil	351	283	-	-	29	36	-	-	
5 B-Artério-esclerose cerebral	500	293	-	1	52	28	-	-	
5 C-Traumatismo crânio	45	10	2	-	3	3	-	-	
5 D-No curso de tumores intra-cranianos	14	11	1	-	3	-	-	-	
5 E-Outras formas (síndromes de Ashmeir, etc.)	87	69	7	2	6	2	-	-	
VI - OLIGOFRENIAS:									1.937
6 A-Debilidade mental	507	468	111	66	5	4	-	-	
6 B-Imbecilidade	148	117	62	35	-	2	-	-	
6 C-Idiotia	74	68	24	29	-	-	-	-	
6 D-Formas não especificadas	94	101	11	10	1	-	-	-	
VII - EPILEPSIAS:									2.409
7 A-Psicose epiléptica	783	663	42	48	12	4	-	1	
7 B-Outras formas	422	332	50	37	7	7	-	1	
VIII- ESQUIZOFRENIAS:									11.636
8 A-Formas simples, hebefrênica e catatônica	3.585	3.223	55	41	90	68	1	-	
8 B-Formas paranóides e parafrênicas	1.591	1.334	8	7	52	66	-	-	
8 C-Paranóia	148	76	1	-	3	1	-	-	
8 D-Não especificadas	718	563	1	1	1	2	-	-	

continua

DIAGNÓSTICOS	BRASILEIROS				ESTRANGEIROS				TOTAL DO GRUPO
	Homens	Mulheres	CRIANÇAS		Homens	Mulheres	CRIANÇAS		
			Masculino	Feminino			Masculino	Feminino	
IX - PSICOSE MANÍACO-DEPRESSIVA:									3.521
9 A-Formas maníacas	604	823	7	10	23	43	-	-	
9 B-Formas melancólicas	471	649	2	5	23	41	-	-	
9 C-Formas mistas	198	208	1	2	-	6	-	-	
9 D-Outras formas (marginais, etc.)	82	302	-	1	4	22	-	-	
X - PSICOPATIAS MISTAS E ASSOCIADAS:	174	174	4	1	5	3	-	-	361
XI - PSICOSES PSICOGÊNIAS (psic. situação, reação e desenvolvimentos psicopatológicos)	375	555	17	13	17	15			992
XII - NEUROSES:									2.797
12 A-Estados histéris de conversão	158	697	6	11	8	8	-	-	
12 B-Estados ansiosos	477	488	5	5	15	17	-	-	
12 C-Estados fóbicos	68	87	1	1	2	1	-	-	
12 D-Estados compulsivos	106	51	3	-	-	1	-	-	
12 E-Estados neurastênicos	192	156	2	2	2	1	-	-	
12 F-Outras formas	116	99	4	-	2	5	-	-	
XIII- PERSONALIDADES PSICOPÁTICAS:	388	186	14	40	6	-	1	-	635
O - ESTADOS MENTAIS NÃO CLASSIFICADOS:									5.666
O A-Em observação	2.732	2.020	27	14	77	43	-	-	
O B- Por falta de elementos diagnósticos	337	386	2	12	11	5	-	-	
OO - SEM PERTURBAÇÕES MENTAIS:	207	105	4	6	9	1	-	-	332
TOTAL GERAL	21.588	16.056	515	439	647	462	2	2	39.711

Fonte: Serviço Nacional de Doenças Mentais

A rede hospitalar nacional segue a velha orientação ultrapassada dos grandes agrupamentos de enfermos e, em virtude desse anacronismo, encontram-se no país verdadeiras e imensas "disfrenópoles" que se tornaram praticamente incontroláveis em consequência da centralização administrativa e executiva a que estão sujeitas. Ao lado dessa situação vigente nos Estados brasileiros economicamente mais fortes, figuram extensas áreas do território nacional desprovidas de hospitais psiquiátricos.

Nos grandes hospitais psiquiátricos do país a superlo-tação, agravada pela centralização executiva, não lhes permite apresentar melhor rendimento, sendo de notar que esses mesmos hospitais, em sua fase de crescimento, foram símbolos de perfeição funcional ao tempo em que sua lotação não excedia 1 500 leitos. Hoje, Juquerí, Barbacena, Colônia Juliano Moreira são apenas depósitos de enfermos, embora representem mais de 50% dos leitos mantidos pelos Governos Federal e Estadual.

Atualmente, no Brasil, há 173 hospitais psiquiátricos catalogados (Quadro nº 8), sendo que 55 são públicos e 118 particulares. Na verdade, as casas de saúde particulares são praticamente mantidas pela internação dos doentes dos Institutos, o que também significa verbas oficiais.

No último Congresso de Saúde Mental das Américas, realizado na Argentina, ficou estabelecida como média razoável a existência de 1 leito psiquiátrico para 1 000 habitantes. No caso do Brasil, mantida a proporção preconizada, o número de leitos para doentes mentais deveria atingir 75 000. Há, no entanto, apenas 60 000 leitos, o que não constituiria maior problema não fôra a sua má distribuição e excesso de centralização, exemplificada pelo "Juquerí, com cerca de 15 000 leitos, e o "Juliano Moreira" com 4 500 leitos.

Na Inglaterra, aboliu-se praticamente a política internista em benefício da instalação de uma rede de ambulatorios psiquiátricos e centros praxiterápicos de reabilitação, passando a ser o hospital apenas um momento no tratamento dos psicóticos; os nosocômios funcionam, o mais das vezes, como "day-hospital" e "night-hospital".

Idêntica tem sido a orientação da assistência aos doentes mentais na França, onde os enfermos tratados nos hospitais especializados são reencaminhados, o mais rapidamente possível, nos seus ambientes familiares e são mantidos em tratamento ambulatorial sob contrôle de assistentes sociais.

QUADRO. 8

Número de Estabelecimentos Psiquiátricos e número de leitos existentes no Brasil, de acordo com os estabelecimentos cadastrados na Seção de Cooperação. do Serviço Nacional de Doenças Mentais.

UNIDADES FEDERADAS	Nº de leitos			Nº de Estabelecimentos		
	Hospitais Públicos	Hospitais Particulares	TOTAL	Públicos	Part.	TOTAL
Amazonas	228	-	228	1	-	1
Pará	516	-	516	1	-	1
Maranhão	152	-	152	1	-	1
Piauí	325	120	445	1	1	2
Ceará	120	1 182	1 302	1	(1) 3	4
Pern. Grande do Norte	400	49	449	1	2	3
Paraíba	650	30	680	3	2	5
Pernambuco	777	1 305	2 082	4	3	7
Alagoas	300	100	400	1	2	3
Sergipe	350	30	380	2	1	3
Bahia	1 390	180	1 570	2	3	5
Minas Gerais	4 690	1 448	6 138	6	18	24
Espírito Santo	570	-	570	1	-	1
Rio de Janeiro	1 744	590	2 334	4	4	8
Guanabara	6 823	1 995	8 818	11	22	33
São Paulo	14 839	5 588	20 427	8	38	46
Paraná	1 278	1 131	2 409	2	6	8
Santa Catarina	1 088	60	1 148	1	1	2
Rio Grande do Sul	3 630	504	4 134	2	8	10
Mato Grosso	100	110	210	1	1	2
Goiás	655	159	814	1	3	4
BRASIL....	40 625	14 581	55 206	55	118	173

NOTA:- (1) Um dos estabelecimentos pertence à Santa Casa de Misericórdia. No Estado da Paraíba existem mais dois estabelecimentos psiquiátricos que recebem doentes com permanência no máximo de 12 horas. São eles: a Clínica do Dr. Coelho e o Instituto de Neuro-Psiquiatria do Dr. Edilberto Antunes. No Estado de Pernambuco tem um pavilhão de Neuro-Psiquiatria Infantil, anexo ao Hospital Correia Picango. No Estado do Espírito Santo tem um Asilo para doentes crônicos. O novo Estado do Acre, os 4 Territórios e o Distrito Federal, não possuem estabelecimentos psiquiátricos especializados.

No Brasil, os Centros de reabilitação psiquiátrica - praxiterapia extra-hospitalar - estão ainda para ser criados, já existindo no entanto um, de iniciativa particular, com grande produtividade, no Estado da Guanabara (Casa das Palmeiras).

Dentro da realidade brasileira, torna-se um imperativo terapêutico e uma necessidade econômica a utilização do trabalho dos enfermos mentais-moderna arma de tratamento - com as vantagens de manter o paciente em contato com a realidade, impedindo a sua deterioração mental; o método permite também a economia advinda do trabalho, o que permitirá a diminuição do custo do leito-dia.

O S.N.D.M. controla uma rede de 23 ambulatórios próprios, 29 dos Estados (convênios) e 8 particulares, escapando a qualquer supervisão do Serviço a rede de ambulatórios dos I.A.P.S.

Os 60 ambulatórios (Quadro nº 9) supervisionados pelo S.N.D.M. atenderam em 1962, 143 972 pacientes, exibindo portanto um alto nível de produtividade.

Durante o exercício de 1962, foram gastos na manutenção dos 60 000 leitos do território nacional - Cr\$ 21.900.000.000,00, sendo a Cr\$ 1.000,00 o preço médio do leito-dia.

O total gasto nas atividades psiquiátricas, resulta da confluência de verbas federais, estaduais, previdência social e particulares, sendo que o Ministério da Saúde dispendeu Cr\$ 1.006.000.000,00.

Todos esses recursos foram utilizados sem obediência a uma programação conjunta, adotados critérios particulares para cada fonte de verba, o que resultou em aplicação desordenada, sem supervisão, com os prejuízos óbvios daí decorrentes.

Destarte, carece de uma política diretora a assistência brasileira no plano da saúde mental, baseada ainda numa estrutura hospitalar alienista arcaica que deve evoluir para a adoção da política de hospitais regionais, com ampliação da rede de ambulatórios psiquiátricos praxiterápicos que é a base moderna de toda a assistência psiquiátrica nas grandes coletividades.

Quadro 9
 AMBULATÓRIOS DE SAÚDE MENTAL
 1962

UNIDADES FEDERADAS	Nº de amb. do SNDM	Nº de amb. em convênios com SNDM	Nº de amb. de outras propriedades
Distrito Federal.....	-	2	-
Amazonas.....	1	-	-
Pará.....	-	-	1
Maranhão.....	1	-	-
Piauí.....	1	-	-
Ceará.....	1	1	-
Rio Grande do Norte.....	1	-	2
Paraíba.....	2	-	1
Pernambuco.....	-	1	-
Alagoas.....	1	-	-
Sergipe.....	1	-	-
Bahia.....	2	1	-
Minas Gerais.....	1	2	1
Espírito Santo.....	1	-	-
Rio de Janeiro.....	1	10	-
Guanabara.....	5	6	1
São Paulo.....	-	2	2
Paraná.....	1	-	-
Santa Catarina.....	1	1	-
Rio Grande do Sul.....	1	3	-
Mato Grosso.....	1	-	-
Goiás.....	1	-	-
TOTAL GERAL.....	23	29	8

NOTA: Em convênio com o SNDM, existem dois ambulatórios de Orientação Vocacional: um localizado no Estado de S. Paulo e outro no Estado da Guanabara.

2.2.6.00 Influência da investigação dos Órgãos de Pesquisa do M.S. para o conhecimento da nosologia brasileira.

A contribuição brasileira ao estudo da nosologia regional, reporta-se ao século passado e se apoiou, principalmente, em 3 grandes instituições: a Faculdade de Medicina da Bahia, fundada em 1808; o Instituto Bacteriológico de São Paulo, fundado em 1892, o Instituto de Manguinhos, fundado em 1900.

Da famosa escola médica baiana, entre numerosos trabalhos de pesquisa, pode-se destacar os de Silva Lima, que descobriu o "ainhum", os de Cerqueira que descreveu a chamada "tinha negra", os de Wucherer que estudou a filariose (Wuchereria bancrofti) e os de Pirajá da Silva, que identificou o Schistosoma mansoni.

No Instituto Bacteriológico de S. Paulo, hoje Instituto Adolfo Lutz, realizaram-se trabalhos de investigação sobre cólera asiático, a peste bubônica, a febre tifóide, a febre amarela e outras doenças transmissíveis. Lá trabalhava Lutz quando descobriu a malária das florestas serranas (malária-bromélia), a febre amarela silvestre e a blastomicose Sul-americana (doença de Lutz). Quando da epidemia de peste em Santos, os seus laboratórios serviram de base para a comissão constituída por Oswaldo Cruz, Adolfo Lutz e Vital Brasil, nomeada para identificar e controlar a doença. Alguns anos mais tarde, Vital Brasil fundava o Instituto Butantan, para o preparo dos soros anti-pestoso e anti-ofídico.

No Instituto de Manguinhos, que surgiu do Laboratório Soterápico, também destinado à fabricação de soro anti-pestoso, realizaram-se importantes descobertas e investigações e seu grande fundador foi o autor das memoráveis campanhas contra a febre amarela, a varíola e a peste no Rio, e noutros estados da Federação. Em rápido retrospecto, verifica-se que desde o início do século, já Oswaldo Cruz procurara implantar uma política de estudos e técnicas brasileiros para a solução dos problemas médico-sanitários do país, firme no seu propósito de fazer, no Brasil, a medicina do Brasil, o que constituiu o seu maior título de glória. Surpreendentemente, sete anos depois de sua fundação, o novo Instituto, projetava-se como detentor do 1º prêmio na célebre exposição de Berlim (1907).

De real valor foram os trabalhos publicados pelos seus investigadores. Com efeito, Carlos Chagas, em 1905, já estabelecera a "doutrina domiciliária da malária", em época em que a luta contra a plasmodiose era fundamentalmente extra-domiciliária. Rocha Lima descreveu as lesões histopatológicas da febre amarela (1912), identificou o Histoplasma capsulatum,

e mais tarde, em Hamburgo, descobriu as Rickettsias.

Adolfo Lutz que já descobrira em Honolulu as chamadas "nodosidades de Lutz - Jenseime" (1877), é considerado o incentivador da Zoolo-
logia Médica no país. Estudou exaustivamente o ciclo evolutivo do Schistosoma
ma e os seus moluscos hospedeiros.

Gasper Vianna, em 1911 descreveu a Leishmania brasiliensis e no ano seguinte descobriu o tratamento das leishmanioses pelo tártaro emético. Cumpre lembrar, de passagem, que antes do emprêgo desse medicamento, a mortalidade pelo calazar na Índia era de 95%, caindo, então, para apenas 5%. Esse mesmo medicamento foi depois aplicado no granuloma venéreo e na esquistosomose.

Henrique Aragão em 1907, descreveu o ciclo do halterídio do pombo doméstico (Haemoproteus columbae), trabalho considerado pioneiro para o estudo do ciclo dos plasmódios, culminando com a descoberta do importante ciclo exo-eritrocitário.

Gomes de Faria descobriu o Ancylostoma brasiliensis e Walter Cruz estabeleceu a correta patogenia da anemia ancilostomótica.

As micobactérias humanas foram estudadas por Cardoso Fontes (M. tuberculosis) e Souza Araújo (M. lepre), com dedicação realmente sacerdotical. Margarinos Torres descreveu o 1º caso de toxoplasmose congênita da literatura universal (1927), assunto cuidado por outros técnicos do Instituto. Marques da Cunha e Julio Muniz, reproduziram em rhesus a chamada verruga peruana. Ainda na patologia humana, saiu de Manguinhos o trabalho pioneiro sobre o tratamento da boubá pela penicilina (1944) como também foi estudada a profilaxia da tripanomatose com esse poderoso antibiótico nos focos endêmicos. Tais estudos serviram de base para a vitoriosa campanha contra a boubá, desencadeada em 1956 pelo Ministério de Saúde. No campo veterinário, cumpre citar rapidamente dois fatos da maior importância econômica: a descoberta da vacina contra a "aspiroquetose das aves" que dizimava as criações de galináceos; e da vacina contra a "manqueira" dos bovinos. À propósito desta última, devida a Alcides Godoy, Rocha Lima e Gomes de Faria, cabe lembrar que Delfim Moreira afirmava a ela dever o Brasil o seu grande rebanho bovino. Em defesa da agronomia nacional, notável foi a contribuição de Costa Lima para a solução do problema da "broca" do café. Grande desenvolvimento foi dado aos estudos de entomologia, da helmintologia e protozoologia por Costa Lima, Lauro Travassos e Marques da Cunha, respectivamente. Como é óbvio, especial referência cabe à descoberta da tripanosomíase americana que foi a maior demonstração da grandeza da escola fundada por Oswaldo Cruz. Na

verdade, Carlos Chagas descobriu, ao mesmo tempo, o seu agente causal, o seu transmissor, o seu depositário e a clínica e patologia da nova doença. Este é um fato inédito na história da investigação médica universal.

Fato da maior significação foi a influência que Manguinhos exerceu para a criação de novas instituições de pesquisa no território nacional, para o amparo dos serviços de saúde pública. Algumas delas foram mesmo criadas e dirigidas inicialmente por cientistas de Manguinhos, como por exemplo o Instituto de Saúde Pública de Pelotas e o Instituto Biológico de S. Paulo, fundados por Artur Neiva; o Instituto Ezequiel Dias, fundado por este pesquisador em Belo Horizonte; o Instituto de Saúde Pública da Bahia (da Fundação Gonçalo Moniz), fundado por Otavio Mangabeira Filho; o Instituto de Higiene do Maranhão, por longos anos dirigido por Cássio Miranda, além de vários Postos de estudos do Instituto, como os de Lassance e Bembeí, em Minas Gerais.

Por outro lado, vários técnicos do IOC foram chamados para organizar e prestar assistência técnico-científica a instituições nacionais e estrangeiras, em assuntos de suas especialidades.

Atualmente, existem outras instituições de pesquisa também voltadas para o estudo da nosologia regional e que, na verdade, foram criadas como verdadeiras filiais do IOC, principalmente na época em que Evandro Chagas dirigiu o Serviço de Estudos das Grandes Endemias, como, por exemplo, o Instituto Evandro Chagas, em Belém, no qual, após o estudo da patologia da região amazônica, desenvolveu-se um Centro de estudos sobre as arboviroses, tema, relativamente novo, que encontrou na Amazônia um amplo e frutuoso campo de investigações. Além disso, devem ser mencionados, com o devido destaque, o Instituto Aggeu Magalhães, em Recife, o Centro de estudos de Endemias Rurais de Belo Horizonte, ambos integrando hoje o DNERu, que tem realizado importantes pesquisas e inquéritos epidemiológicos sobre as endemias rurais. Os trabalhos do DNERu vêm conquistando renome internacional, já estando escolhido o Centro Regional de Belo Horizonte como sede do "Centro Internacional de Identificação de Planorbídeos". Nos campos especializados, conta ainda o Ministério da Saúde com o Instituto Nacional de Lepre, o Instituto Nacional do Câncer e o Instituto Fernandes Filgueiras, este incumbido do estudo e pesquisas de problemas médicos da maternidade e da infância.

O Instituto Oswaldo Cruz é, hoje, na verdade, um conjunto de institutos especializados em diferentes setores da Biologia, Patologia e Medicina Experimental. É uma verdadeira universidade; seu pessoal técnico trabalha em regime de tempo integral; e seus cursos têm mandato para universitário. Seus campos de atividade distribuem-se na pesquisa pura e aplicada, no ensino especializado e na fabricação de produtos biológicos, para a póio das campanhas profiláticas do M.S.

O Instituto Oswaldo Cruz possui 8 Divisões Técnico-científicas (Microbiologia e Imunologia, Patologia, Fisiologia e Farmacodinâmica, Química, Virologia, Zoologia, Nosologia e Ensino e Documentação) e 2 Serviços (Técnico-Auxiliar e de Administração). Nele trabalham cerca de 900 servidores de todos os níveis. Sua biblioteca com, aproximadamente 170.000 volumes, assina anualmente 4.500 revistas científicas. Seu hospital experimental tem capacidade para 120 leitos.

Atualmente, o Instituto é sede de 8 centros nacionais e internacionais normativos, tais como: de febre amarela, gripe, raiva, doença de Chagas, enterovirus, malacologia, brucelose e enterobacterioses, dispendo também de coleções padrões de bacteriologia, micologia, entomologia, helmintologia e outras.

Sua revista "Memórias do Instituto Oswaldo Cruz", figura entre as de maior prestígio nos meios científicos internacionais; atinge a 7.546 o número de trabalhos publicados pelos seus técnicos no país e no exterior de 1900 até a presente data. São intensas suas ligações com institutos congêneres, nacionais e estrangeiros. Através de acordos e convênios coopera com diversas instituições estaduais, universitárias e de Saúde Pública.

O Instituto, dispõe de vários Núcleos de Pesquisa em outros Estados da Federação, e seus técnicos realizam excursões pelo interior do país para o estudo da nosologia regional.

É oportuno lembrar que necessário se torna para o seu melhor funcionamento dispor o Instituto de uma certa autonomia financeira, administrativa, técnico-científica e didática. A criação de um "fundo de pesquisa" ou "conta especial" facultaria à instituição maior segurança em seus programas de investigação, facilitando-lhe, inclusive, a importação e a aquisição de material altamente especializado.

Perspectivas

Pelos estudos feitos pela Comissão de estudos da reforma administrativa do M.S., seria criado o Instituto Nacional de Saúde Pública, passando a integrá-lo a parte do Instituto Oswaldo Cruz referente ao preparo de produtos biológicos. Ao Instituto Oswaldo Cruz, incumbiria o estudo, pesquisa e ensino nos campos da biologia, da Patologia e da medicina experimental.

Enquanto não se realiza esse desiderato, a programação dos trabalhos do I.O.C. para os anos imediatos obedecerá ao seguinte planejamento:

- 1) Desenvolvimento das pesquisas atualmente em realização e planejamento e execução de outras;
- 2) Ampliação das tarefas concernentes à formação de pessoal técnico especializado;
- 3) Incremento da produção das vacinas necessárias à imunização em massa providas pelo Ministério da Saúde;
- 4) Maior intercâmbio com instituições congêneres nacionais e estrangeiras;
- 5) Ampliação e instalação de novos laboratórios, tais como: de radioisótopos, vírus respiratórios, imunológica, farmacodinâmica e outros.

2.3.00 - Saneamento do meio

O abastecimento de água potável e o destino adequado dos dejetos - medidas básicas do saneamento do meio físico - representam providências fundamentais, em regiões subdesenvolvidas, para implantação dos serviços de saúde pública, constituindo fatores importantíssimos para o controle das doenças transmissíveis e, conseqüentemente, da melhoria do estado sanitário das populações.

A situação do Brasil, nesse particular, ainda está longe de atingir índices que possam ser considerados satisfatórios, visto que apenas cerca de 49% dos municípios possuem serviço de abastecimento de água, calculando-se em torno de 55% a população urbana beneficiada por tais serviços; por outro lado, não vai além de 33% o percentual dos municípios brasileiros que possuem rede de esgotos.

2.3.1.0 - Águas (Abastecimento de)

Os Quadros 10 e 11 mostram a situação dos municípios brasileiros em relação ao abastecimento de água, em 31 de dezembro de 1960.

O exame do Quadro 12 evidencia os desníveis regionais no que toca àqueles serviços.

O Centro-Oeste aparece como detentor do percentual mais baixo: apenas 19,6% de municípios com rede de água. Seguem-se o Norte e o Nordeste com os percentuais de 22,1, o primeiro, e 38,3, o segundo, ainda muito distantes da melhor situação relativa apresentada pelas regiões Leste e Sul, com os percentuais de 68,8 e 58,4, respectivamente.

Dentre os Estados, o Maranhão apresenta as cifras mais baixas de todo o país, com apenas 7,1% de seus municípios servidos por rede de água, seguindo-se-lhe o Rio Grande do Norte, o Piauí, Acre, Goiás, Sergi-

ABASTECIMENTO D'AGUA DAS UNIDADES DA FEDERAÇÃO - MUNICÍPIOS SERVIDOS, RÊDE E LIGAÇÕES - 1960

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	Nº DE MUNICÍPIOS EM 31-XII		EXTENSÃO TOTAL DAS LÍNIAS DISTRIBUIDORAS (M)	Nº DE LOGRA- DOURS PUBLI- COS COM CANALIZAÇÃO	LIGAÇÕES À RÊDE DISTRIBUIDORA			
	TOTAL	COM ABASTECIMENTO			HIDROMETROS	PENA D'AGUA	LIGAÇÕES LIVRE	BICAS, TORNEI- RAS, CHAFARI- ZES, ETC;
PONDÔNIA	2	2	27 659	49	65	850	355	22
ACRE	7	1	5 970	15	-	-	131	5
AMAZONAS	44	14	124 467	284	536	-	20 422	180
RIO BRANCO	2	2	10 768	19	-	620	80	32
PARÁ	60	23	506 671	642	4 656	607	28 492	240
AMAPÁ	5	4	24 636	57	-	-	822	42
MARANHÃO	99	7	90 486	464	8 168	-	2 332	49
PIAUI	71	9	37 438	126	52	-	3 593	58
CEARÁ	148	33	146 288	280	6 963	679	6 061	885
RIO GRANDE DO NORTE	83	9	207 937	272	16 525	52	34	1 479
PARAÍBA	88	21	250 757	744	3 386	13 980	6 215	216
PERNAMBUCO	102	49	772 787	2 932	34 111	12 209	47 807	56 458
ALAGOAS	64	17	155 128	484	1 766	2 389	14 542	172
SERGIPE	62	11	68 326	199	3 440	10 028	1 189	177
BAHIA	194	64	594 321	1 763	6 462	47 821	8 309	292
MINAS GERAIS	485	409	4 006 199	12 113	13 397	272 261	22 190	1 698
ESPIRITO SANTO	40	35	270 646	1 203	828	28 810	6 508	224
RIO DE JANEIRO	61	60	1 562 250	4 819	10 529	151 605	36 101	496
GUANABARA	1	1	3 709 226	5 565	87 615	205 895	-	1 012
SÃO PAULO	304	370	11 794 367	16 556	493 270	157 466	378 534	3 299
PARANÁ	162	57	1 054 584	1 651	21 483	9 124	32 970	1 269
SANTA CATARINA	102	22	410 853	935	11 444	14 705	4 502	311
RIO GRANDE DO SUL	150	87	2 738 013	5 858	107 353	10 086	139 541	495
MATO GROSSO	64	21	204 321	398	2 624	4 573	14 709	85
GOIÁS	179	26	176 950	436	15 841	94	14 766	100
BRASÍLIA, D.F.	...	...	...	...	...	...	...	...
BRASIL	2 779	1 354	20 940 158	58 064	850 514	943 946	790 206	69 296

Fonte: S.F.Be.

ABASTECIMENTO D'ÁGUA NAS CAPITAIS DOS ESTADOS E TERRITÓRIOS - MANANCIAIS, LOGRADOUROS, REDE E LIGAÇÕES - 1960

CAPITAIS	Nº DE MANANCIAIS CAPTADES	EXTENSÃO DAS LINHAS ADUTORAS (M)	EXTENSÃO TOTAL DAS LINHAS DISTRIBUIDORAS (M)	Nº DE LOGRADOUROS PÚBLICOS COM CANALIZAÇÃO	LIGAÇÕES À REDE DISTRIBUIDORA			
					HIDROMETROS	FUNA D'ÁGUA	LIGAÇÕES LIVRES	BICAS, TORNEIRAS, CHAFARIZES, ETC
PORTO VELHO	1	1 600	13 901	37	65	850	355	5
RIO BRANCO	1	50	5 970	15	-	-	131	5
MANAUS	1	9 560	83 400	144	150	-	-	42
BÔA VISTA	1	3 400	10 768	19	-	620	60	2
BELÉM	4	4 950	383 726	310	3 200	-	68	65
MACAPÁ	7	860	19 100	38	-	-	822	20
SÃO LUÍS	5	13 242	67 876	375	8 168	-	1 109	4
TERESINA	1	2 555	28 095	89	-	-	3 593	1
FORTALEZA	1	99 463	53 000	...	6 333	-	2 800	4
NATAL	5	14 000	173 545	169	14 142	51	-	46
JOÃO PESSÓA	4	11 000	120 000	263	323	13 356	-	38
RECIFE	4	80 000	550 000	1 518	20 000	-	36 000	56 000
MACEIÓ	2	16 221	87 221	210	612	-	14 181	90
ARACAJÚ	2	11 000	37 660	95	2 750	9 910	-	39
SALVADOR	7	61 665	327 748	721	3 800	32 736	137	-
BELO HORIZONTE	66	108 462	718 655	...	41 576	16 168	-	36
VITÓRIA	2	24 000	100 200	333	200	11 331	-	100
NITERÓI	14	167 000	236 654	700	4 530	16 146	18 574	61
RIO DE JANEIRO	33	742 590	3 709 226	5 565	87 615	205 895	-	1 012
SÃO PAULO	5	250 000	3 739 000	...	315 452	60 556	-	-
CURITIBA	2	36 228	452 430	220	9 546	3 000	16 239	120
FLORIANÓPOLIS	4	46 130	65 974	226	1 300	7 600	-	22
PORTO ALEGRE	5	...	900 000	1 560	34 985	-	68 257	-
CUIABÁ	1	3 500	60 000	80	-	-	3 571	15
JOIÂNIA	3	4 000	87 000	130	-	-	7 200	5
BRASÍLIA, D.F.	...	...	...	...	...	...	...	...
CAPITAIS	181	1 711 476	12 033 149	12 817	554 797	378 219	173 097	57 732

Fonte: S.F.Be.

QUADRO 12

MUNICÍPIOS BRASILEIROS COM REDE DE ÁGUA E SISTEMA DE ESGÔTOS (N^{os} ABSOLUTOS E PERCENTUAIS), POR REGIÕES FISIOGRAFICAS E UNIDADES FEDERADAS, NO BRASIL.

1960

Região e Estado ou Território	Municípios				
	Total	servidos por			
		Rede de água		Sist. esgoto	
		N ^o	%	N ^o	%
<u>NORTE</u>	120	46	38,3	20	1,6
T. Guaporé	2	2	100,0	2	100,0
T. Acre	7	1	14,3	0	0,0
Amazonas	44	14	31,8	3	6,8
T. Rio Branco	2	2	100,0	1	50,0
Pará	60	23	38,3	12	20,0
T. Amapá	5	4	80,0	2	40,0
<u>NODESTE</u>	655	145	22,1	72	11,0
Maranhão	99	7	7,1	2	2,0
Piauí	71	9	12,7	2	2,8
Ceará	148	33	22,3	7	4,7
R.G. do Norte	83	9	10,8	1	1,2
Paraíba	88	21	24,0	14	15,9
Pernambuco	102	49	48,0	27	26,4
Alagoás	64	17	26,6	19	29,6
<u>LESTE</u>	843	580	68,8	401	47,6
Sergipe	62	11	17,7	5	8,1
Bahia	194	64	34,0	48	24,7
Minas Gerais	485	409	84,3	285	58,7
Espírito Santo	40	35	87,5	24	60,0
Rio de Janeiro	61	60	98,3	38	62,2
Guanabara	1	1	100,0	1	100,0
<u>SUL</u>	918	536	58,4	360	39,2
São Paulo	504	370	60,9	287	56,9
Paraná	162	57	35,0	23	14,2
Santa Catarina	102	22	21,5	18	17,6
R.G. do Sul	150	87	58,0	32	21,3
<u>CENTRO-OESTE</u>	244	48	19,6	57	23,7
Nato Grosso	64	21	32,8	10	15,6
Goiás	179	26	14,5	47	26,2
D. Federal	1	1	100,0	--	--
B R A S I L	2.780	1.355	48,7	910	32,7

Fonte: S.F.Be.

pe, Santa Catarina, Ceará, Paraíba, Alagoas, cujos percentuais não chegam, contudo, a atingir 30%, índice ainda muito baixo.

Não resta dúvida, portanto, de que a situação das comunidades brasileiras no que concerne ao abastecimento de água está ainda muito aquém do nível desejável, se bem que essa melhore esteja, por certo, condicionada às injunções sócio-econômicas locais. Embora o problema seja da alçada municipal (30), grande parte das edificações brasileiras dele têm-se descurado, de modo a recair todo o encargo do custeio desse melhoramento sobre o Governo Federal, situação anômala que cumpre corrigir.

Durante o ano em curso, por exemplo, cerca de 92 bilhões terão sido empregados em serviços e obras de saneamento em todo o território nacional, participando o Governo da União com 60% desse montante, cuja parcela destinada aos serviços de água está assim discriminada:

Sudene	Cr\$ 6.322.000.000,00
D.N.O.S.	5.504.900.000,00
D.N.O.C.S.	3.584.000.000,00
F.S.E.S.P. do M.S.	1.119.500.000,00
C.V.S.F.	1.088.000.000,00
S.P.V.E.A.	935.400.000,00
F.Sudeste	<u>110.300.000,00</u>
	Cr\$18.664.100.000,00

De acordo com os estudos efetuados pela Fundação SESP, o custo "per capita" dos sistemas de abastecimento de água para o meio rural, varia com o tipo de abastecimento a ser adotado, ficando entre os limites de Cr\$5.000,00 e 15.000,00, conforme discriminação abaixo:

- "TIPO A** Sistema completo, para atender aos consumos domiciliar, comercial, público e industrial. Refere-se às cidades com população superior a 5.000 habitantes, considerando uma base de consumo mínimo mensal igual a 15m³ por família de 5 pessoas.
Custo "per capita" de Cr\$15.000,00
- "TIPO B** Sistema que se destina, apenas, ao abastecimento do consumo domiciliar (através de uma única torneira em cada casa, torneira esta de vasação controlada). Refere-se às cidades ou núcleos entre 1.000 e 5.000 habitantes, considerando-se uma base de consumo mínimo mensal de 5m³ por família de 5 pessoas.
Custo "per capita" de Cr\$8.000,00.
- "TIPO C** Sistema constituído, apenas, por "poço-chafariz" para distribuição de água. Destina-se a núcleos de população inferior a 1.000 habitantes.
Custo "per capita" de Cr\$5.000,00. (31)

Até a criação do DNOS, em data recente, existiam, no Brasil, cerca de dez entidades federais planejando e construindo serviços públicos de abastecimento de água, o que implicava em fragmentação de recursos evidentemente prejudicial.

A Fundação SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA foi uma das pioneiras quanto à implantação de sistemas de abastecimento de água, no país, "preconizando um tipo de estrutura capaz de permitir o funcionamento desses sistemas com seus próprios recursos, livres de injunções políticas, principalmente na parte tarifária." São os SERVIÇOS AUTÔNOMOS DE ÁGUA E ESGOTOS (SAAE), espécie de autarquia municipal, cujos ótimos resultados apresentados, em várias regiões do país onde já estão implantados (Amazonas, Pará, Maranhão, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia, Espírito Santo, Minas Gerais), oferece uma experiência vitoriosa neste campo, a ser aproveitada em maior escala.

2.3.2.0 - Esgotos sanitários

Como sucede em relação ao abastecimento de água, é muito precária a situação dos municípios brasileiros no que tange ao destino adequado dos dejetos. É o que se observa ao exame dos dados constantes dos Quadros 12, 13 e 14.

O problema atinge seu ponto crítico na Região Norte, onde apenas 1,6% dos municípios é servido por sistemas de esgoto. Muito desfavorável é também a situação do Nordeste que só dispõe de esgotos para 11,0% das suas cidades; particularmente baixos apresentam-se os percentuais relativos ao Rio Grande do Norte (1,2%), Maranhão (2,0%), Piauí (2,8%) e Ceará (4,7%), dispensando quaisquer outros comentários. A Região Leste apresenta-se relativamente mais favorecida, pois 47,6% dos seus municípios estão providos de rede de esgotos, embora ainda muito distante dos índices apresentados pelos países desenvolvidos.

Melhor análise das condições de saneamento básico só poderia ser empreendida com o conhecimento do número de casas efetivamente ligadas à rede de água e ao sistema de esgotos, assim como da população servida por tais serviços; infelizmente tais dados não se encontram disponíveis ou não são conhecidos de todo.

A falta de dados estatísticos impede também o estudo de outros setores do saneamento do meio, principalmente quanto à melhoria da habitação e o destino do lixo. Entretanto, quanto ao problema habitacional brasileiro, prevalente em largas áreas do país, pesquisas recentes evidenciam a

ESGOTOS SANITÁRIOS NAS UNIDADES DA FEDERAÇÃO -MUNICÍPIOS SERVIDOS, LOGRADOUROS E CARACTERÍSTICAS DA REDE - 1960

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	Nº DE MUNICÍPIOS EM 31-XII		EXTENSÃO (M)				CARACTERÍSTICAS DA REDE EM 31-XII				Nº DE PREDIOS ESGOTADOS	
	TOTAL	SERVIDOS DE ESGOTOS	DA REDE	DO EMISSÁRIO	DE ESGOTOS DE DESPEJOS	DE ESGOTOS DE ÁGUAS SUPERFICIAIS	FOR FOSSAS	PELA REDE	Nº DE PREDIOS ESGOTADOS			
									FOR FOSSAS	PELA REDE		
PERNAMBUCO	2	2	6 045	1 805	11	15	812	190				
ACRE	7	-	-	-	-	-	-	-				
AMAZONAS	44	3	60 800	100	66	2	8 252	9 355				
RIO BRANCO	2	1	3 650	-	-	6	-	-				
PARÁ	60	12	68 716	-	171	196	15 910	5 084				
AMAPÁ	5	2	19 241	500	25	9	8 119	695				
MARANHÃO	99	2	40 036	200	134	1	-	4 452				
PIAUI	71	2	3 413	-	15	20	...	...		
CEARÁ	138	7	38 175	300	83	48	23 077	7 580				
RIO GRANDE DO NORTE	83	1	46 674	2 904	87	-	283	3 884				
PARAÍBA	88	44	133 430	8 725	399	110	6 519	9 588				
PERNAMBUCO	102	27	264 475	16 164	69	294	41 115	28 759				
ALAGOAS	64	19	51 957	3 945	363	356	5 924	3 323				
SERGIFE	62	5	20 200	2 300	36	8	1 352	2 854				
BAHIA	194	48	124 618	7 881	792	585	2 901	21 807				
MINAS GERAIS	485	285	2 452 877	238 970	6 804	5 519	69 180	171 291				
ESPIRITO SANTO	40	24	108 072	12 867	567	254	9 819	12 774				
RIO DE JANEIRO	61	38	571 812	32 562	2 214	1 461	96 347	96 999				
GUARABARA	1	1	1 029 165	...	...	...	...	328 870		
SÃO PAULO	504	287	5 862 675	438 277	10 100	7 567	131 062	573 491				
PAPANÁ	162	23	393 325	12 221	1 601	281	20 316	26 370				
SANTA CATARINA	102	18	80 289	2 695	222	420	10 590	5 417				
RIO GRANDE DO SUL	150	32	931 550	65 466	980	892	14 129	47 210				
MATO GROSSO	64	10	44 617	10 364	109	147	9 680	5 007				
GOIÁS	179	47	242 201	6 420	176	532	4471	5 153				
BRASILIA, D.F.	...	...	...	...	...	...	...	...
BRASIL	2 779	910	12 615 013	864 666	24 924	18 723	470 789	1 370 172				

Fonte: S.F.Be.

ESGOTOS SANITÁRIOS NAS CAPITAIS DOS ESTADOS E TERRITÓRIOS - CARACTERÍSTICAS DA REDE - 1960

CAPITAIS	CARACTERÍSTICAS DA REDE EM 31-XII						
	EXTENSÃO (M)		Nº DE EMISSÁRIO DO REDE	Nº DE LOGRADOUROS DE ESGOTOS DE DESEJOS DE SUPERFICIAIS		Nº DE FOSAS POR FOSSAS	Nº DE PREDIOS ESGOTADOS PELA REDE
	DA REDE	DE ESGOTOS DE DESEJOS DE SUPERFICIAIS		DE ESGOTOS DE DESEJOS DE SUPERFICIAIS			
PONTO VELHO	5 755	1 550	10	15	902	190	
RIO BRANCO	-	-	-	-	-	-	
MANAUS	60 000	-	61	-	8 232	9 320	
BÓIA VISTA	3 650	-	-	6	-	-	
BELEM	62 215	-	140	140	15 900	5 000	
MACAPÁ	16 241	500	25	-	3 111	595	
SÃO LUÍS	39 876	200	134	-	-	4 552	
TERESINA	3 263	-	15	-	-	-	
FORTALEZA	87 000	100	55	...	22 672	7 100	
NATAL	46 674	2 904	87	-	233	3 884	
JOÃO PESSÓA	87 530	2 000	156	-	4 010	5 666	
RECIFE	234 953	-	...	...	35 981	18 596
MACIÓ	21 190	3 750	312	-	-	312	
ARACAJÚ	18 300	1 900	22	-	-	2 401	
SALVADOR	23 528	3 422	172	...	...	6 301
BELO HORIZONTE	630 130	4 500	...	...	...	...
VITÓRIA	30 520	-	120	...	...	2 046
NITERÓI	159 285	250	700	-	7 285	31 467	
RIO DE JANEIRO	1 029 165	...	...	...	...	328 870
SÃO PAULO	1 512 900	12 000	...	...	...	194 196
CURITIBA	215 402	2 800	165	-	17 000	16 670	
FLORIANÓPOLIS	34 000	852	143	-	3 000	4 300	
PORTO ALEGRE	420 373	18 834	344	543	-	-	
GUIABÁ	5 700	-	32	32	...	...
GOIÂNIA	85 000	5 000	120	-	-	4 300	
BRASILIA, D.F.	...	...	...	...	...	...
CAPITAIS	4 782 650	60 592	2 813	736	126 009	645 766	

Fonte: S.F.Be.

existência de alta percentagem (65%) de casas de madeira, pau-a-pique, palha ou adobe e, deste percentual, 82% se encontram em áreas rurais (32).

Calcula-se que cerca de 1 milhão de pessoas, em S. Paulo e também no Rio de Janeiro, vivem nas "condições de favelados" moradores de barracões e de casas de cômodos. Face às populações destas duas metrópoles, conclui-se que cerca de 1/4 da população paulistana e 1/3 da carioca vivem "nas condições de favelados".

Aqui, também, é oportuno insistir sobre a necessidade de promover o interesse e a participação maior das comunidades no equacionamento e solução desses problemas com os recursos locais, tanto quanto possível.

2.4.0.0 - Recursos médico-sanitários

2.4.1.0 Instituições hospitalares e para-hospitalares; Estabelecimentos oficiais de saúde pública.

De acordo com os dados estatísticos fornecidos pelo Serviço Federal de Bioestatística, relativos a 1960, a situação do país, quanto à organização hospitalar e estabelecimentos oficiais de saúde pública, nos seus aspectos quantitativos globais, é a seguinte:

a) - Instituições hospitalares	2.517
b) - Instituições para-hospitalares	2.316
c) - Estabelecimentos oficiais de saúde pública	3.360
d) - Leitos hospitalares	216.378
e) - Leitos para-hospitalares	5.569
f) - Leitos em estabelecimentos de saúde pública	451

Essa extensa rede nosocomial, com o seu apreciável número de leitos, poderia atender, até certo ponto de maneira satisfatória, às necessidades mais agudas da população brasileira, no que se refere à assistência hospitalar; não o faz, entretanto, em virtude de não apresentar o aproveitamento desejável, em decorrência de uma série de fatores adversos que prejudicam a sua adequada utilização, ~~principalmente devido à falta de planejamento adequado e à distribuição desigual dos recursos disponíveis.~~

Dentre tais fatores, merece citação especial a ausência, até data recente, de planejamento objetivo que permitisse equacionar, convenientemente, em obediência às características de cada área servida, os diversos aspectos concernentes à distribuição regional equânime desses estabelecimentos e aos tipos de construção e capacidade de atendimento adaptáveis às necessidades locais.

É assim que constitui fator por demais conhecido a existência de inúmeros hospitais em permanente fase de construção; outros, concluídos há anos, sem que jamais tenham entrado em funcionamento, ou então aproveitados para finalidades distintas. Importa ainda notar que são construídos hospitais, às vezes com elevado número de leitos, em áreas já servidas por estabelecimento similar, o que obviamente implica em desperdício de recursos e atividades; em outros casos dá-se o inverso, vendo-se totalmente desprovidas de unidades hospitalares, áreas extensas e populosas.

Não há como fugir à constatação, portanto, do alto grau de ociosidade que apresenta a rede hospitalar brasileira, em virtude dos fatores apontados e de uma série de outros, o que se traduz no dilatado tempo médio de permanência dos doentes internados e da baixa taxa de ocupação dos leitos hospitalares, falhas que vinham sendo apontadas de muito tempo. Essa ociosidade é ainda manifesta na "multiplicidade de órgãos descoordenados, com a mesma finalidade e atendendo a clientela específicas".

Exemplificando a situação, consta do Relatório do Diretor do D.A.H. de Pernambuco, que "grande número de hospitais do interior, permanece com a maioria das camas vagas, chegando em alguns casos, a 70% dos leitos desocupados durante o ano de 1958". Por certo, trata-se de uma amostra elucidativa do que sucede, em larga escala, por todo o país.

Já o Plano Trienal refere que "as deficiências do nosso aparelhamento médico-sanitário, sobretudo de referência à organização hospitalar, ressam-se, mais da sub-utilização da rede instalada do que do número de estabelecimentos existentes". "Resulta dessa elevada ociosidade de recursos um apreciável desperdício, com grandes reflexos sobre o arcabouço da administração de Saúde Pública".

O incentivo ao melhor aproveitamento da rede hospitalar existente, constitui, assim, um dos objetivos mais importantes da nova política assistencial, preconizada pelo Ministério da Saúde e fixada nas "Normas Técnicas Especiais para orientação, organização e funcionamento e a fiscalização de instituições de assistência médico-social no País", baixadas pelo recente Decreto n. 52.164.

Para dar uma melhor idéia do volume dos recursos destinados pelo Governo Federal à assistência hospitalar e para-hospitalar, no corrente exercício, discriminam-se, abaixo, as dotações orçamentárias destinadas àquela finalidade, e consignadas ao Departamento Nacional de Saúde:

3.1.01 - Saúde e Higiene - Para manutenção, obras e equipamentos de instituições hospitalares e para hospitalares	Cr\$2.453.900.000,00
3.1.08 Fundo de Assistência Hospitalar	800.000.000,00
4.1.03 Prosseguimento e conclusão de obras	143.000.000,00
Total	Cr\$3.396.900.000,00

Nas Tabelas XXXV e XXXVI figura a distribuição dos leitos e estabelecimentos de assistência hospitalar, por Unidade Federada, nos anos de 1956 e 1960.

Nas Tabelas XXXVI-A, XXXVI-B, XXXVI-C e XXXVI-D são focalizados os estabelecimentos oficiais de saúde pública existentes no país, sua distribuição por Unidade Federada e entidade mantenedora e ainda a discriminação dos mesmos quanto à especialização das atividades.

Os serviços oficiais de saúde pública (centros de saúde, postos de higiene, centros de puericultura, postos de puericultura, lactários, postos especializados de vária natureza), mantidos pela União, Estados e Municípios, refletem, da mesma maneira, a orientação inadequada que até bem pouco, imperava neste setor fundamental de atividades.

Realmente, o critério ultrapassado da especialização das unidades sanitárias, levou à diversificação exagerada e contraproducente dos órgãos destinados à assistência médico-sanitária, condição agravada pela inexistência de planejamento objetivo e livre de injunções políticas, o que implicou na localização desordenada desses estabelecimentos e na coexistência de programas idênticos em uma mesma área de ação.

A fragmentação de recursos, bem como a dispersão de atividades e esforços, daí resultantes, ainda hoje se fazem sentir com graves reflexos sobre o rendimento da rede nacional de unidades sanitárias.

A adoção de modernos conceitos da Administração de Saúde Pública - polivalência das unidades sanitárias, integração de atividades preventivas e curativas - aliada a um planejamento criterioso, representa a solução indicada para superar esse estado de coisas, máxime em países como o Brasil, cujas condições sócio-econômicas exigem, sem dúvida, a máxima rentabilidade no emprego dos recursos disponíveis.

2.4.2.0 - Pessoal médico e para-médico

Na apreciação dos recursos médico-sanitários com que conta a população brasileira, ponto dos mais importantes é o que se refere às

TABELA XXXV

NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR,
OFICIAIS E PARTICULARES, POR UNIDADES DA FEDERAÇÃO

1956 E 1960

UNIDADES	1 9 5 6			1 9 6 0		
	TOTAL	OFICIAL	PARTI- CULAR	TOTAL	OFICIAL	PARTI- CULAR
RONDÔNIA	4	4	-	5	4	1
ACRE	13	4	9	9	4	4
AMAZONAS	29	11	18	22	6	16
RIO BRANCO ,.....	2	1	1	2	1	1
PARÁ	18	10	8	23	12	11
AMAPÁ	8	5	3	3	1	2
MARANHÃO	20	12	8	17	6	11
PIAUI	13	7	6	13	6	7
CEARÁ	73	14	59	61	8	53
RIO GRANDE DO NORTE ..	37	9	28	47	7	40
PARAÍBA	42	23	19	41	16	25
PERNAMBUCO	71	38	33	79	35	44
ALAGOAS	41	9	22	33	4	29
SERGIPE	31	10	21	26	4	22
BAHIA	110	28	82	105	25	80
MINAS GERAIS	380	35	345	392	37	355
ESPIRITO SANTO	51	10	41	39	6	33
GUANABARA (+)	175	69	106	158	63	95
SÃO PAULO	516	43	473	532	44	488
PARANÁ	204	29	175	239	23	216
SANTA CATARINA	113	18	95	119	16	103
RIO GRANDE DO SUL	326	18	808	341	10	331
MATO GROSSO	38	4	34	35	8	27
GOIÁS	68	8	60	59	6	53
BRASÍLIA, D.F.				3	1	2
BRASIL	2 506	448	2 058	2 547	371	2 176

(+) Distrito Federal até 21.4.1960

FONTE: Serviço Federal de Bioestatística

TABELA XXXVI

NÚMERO DE LEITOS NOS ESTABELECIMENTOS DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR,
OFICIAIS E PARTICULARES, POR UNIDADES DA FEDERAÇÃO

1956 E 1960

UNIDADES	1 9 5 6			1 9 6 0		
	TOTAL	OFICIAL	PARTI - CULAR	TOTAL	OFICIAL	PARTICULAR
RONDÔNIA	324	174	150	357	343	14
ACRE	503	249	254	325	172	153
AMAZONAS	2 635	1 994	641	1 674	943	731
RIO BRANCO	93	19	74	103	21	82
PARÁ	3 793	2 138	1 655	3 816	2 281	1 535
AMAPÁ	166	139	27	232	204	28
MARANHÃO	1 355	930	425	1 124	778	346
PIAUI	1 208	795	413	1 421	754	667
CEARÁ	4 141	1 447	2 694	5 662	2 027	3 635
RIO GRANDE DO NORTE ..	1 775	506	1 269	2 233	756	1 477
PARAÍBA	2 744	1 421	1 323	2 377	1 323	1 054
PERNAMBUCO	6 422	4 314	2 108	7 598	4 680	2 918
ALAGOAS	1 847	316	1 531	1 840	372	1 468
SERGIPE	1 399	514	885	1 117	415	702
BAHIA	6 324	3 392	2 932	6 146	2 112	4 034
MINAS GERAIS	33 132	12 200	20 932	31 352	7 949	23 403
ESPIRITO SANTO	2 615	1 717	898	1 704	479	1 225
RIO DE JANEIRO	9 095	4 029	5 266	10 726	793	9 933
GUANABARA (+).....	29 868	18 532	11 336	28 584	17 340	11 244
SÃO PAULO	61 684	25 853	35 831	56 682	20 370	36 312
PARANÁ	9 348	2 541	6 807	10 193	2 057	8 136
SANTA CATARINA	7 804	2 654	5 150	8 864	2 459	6 405
RIO GRANDE DO SUL	22 969	2 455	20 514	26 774	3 392	23 382
MATO GROSSO	1 872	557	1 315	1 763	372	1 391
GOIÁS	3 119	1 171	1 948	3 531	1 394	2 137
BRASÍLIA	-	-	~	270	112	158
BRASIL	216 235	90 000	126 228	216 378	76 340	139 579

(+) Distrito Federal até 21.4.1960

FONTE: Serviço Federal de Bioestatística

SERVIÇOS OFICIAIS DE SAÚDE PÚBLICA

ESTABELECIMENTOS, SEGUNDO A FINALIDADE, LEITOS, LABORATÓRIOS E PESSOAL EM ATIVIDADE, POR UNIDADES DA FEDERAÇÃO E MUNICÍPIOS DAS CAPITAIS

1960

UNIDADES DA FEDERAÇÃO E CAPITAIS	NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS				NÚ- MERO DE LEITOS	LABORATÓRIOS EXISTENTES			PESSOAL EM ATIVIDADE EM 31-XII						
	Total	Funcio- nando sem me- dico.	Finalidade			Análi- ses clí- nicas	Soro- logia	Micro- biolo- g'ia.	Médico	Dentis- tas.	Enfermei- ros di- plomados	Atenden- tes.	Visita- doras.	Guar- das.	Outros auxili- ares.
			Geral	Especia- lizado.											
RONDÔNIA.....	33	28	30	3	-	-	-	5	-	-	1	-	22	24	
Pôrto Velho..	27	22	24	3	-	-	-	5	-	-	1	-	16	24	
ACRE.....	32	19	20	12	-	4	-	28	4	3	20	9	16	76	
Rio Branco...	13	6	9	4	-	1	-	18	-	-	9	5	13	59	
AMAZONAS.....	43	19	37	6	25	11	-	40	17	20	57	26	36	50	
Manáus.....	19	3	16	3	-	2	-	28	17	10	37	20	20	17	
RORAIMA.....	17	13	14	3	8	1	-	8	1	6	1	-	11	35	
Boa Vista....	13	9	10	3	-	1	-	8	1	2	1	-	11	35	
PARÁ.....	109	51	105	4	-	15	4	84	16	52	442	62	132	185	
Belém.....	16	4	15	1	-	1	-	44	11	16	379	24	15	97	
AMAPÁ.....	14	13	14	-	26	3	1	10	6	7	14	4	4	27	
Macapá.....	5	4	5	-	-	1	1	10	3	5	10	4	4	10	
MARANHÃO.....	56	37	25	31	-	8	1	35	13	11	78	23	119	83	
S. Luís.....	5	3	1	4	-	-	-	15	2	-	31	7	33	23	
PIAUI.....	42	4	31	11	10	5	1	79	14	13	84	25	78	121	
Teresina.....	5	-	1	4	-	1	-	35	4	3	38	9	40	52	
CEARÁ.....	69	17	50	19	17	18	2	189	33	16	223	132	248	197	
Fortaleza....	3	-	2	-	-	3	1	124	25	2	130	88	238	106	
R.G. DO NORTE.	33	3	31	2	20	11	1	67	14	17	70	55	250	370	
Natal.....	3	1	1	2	3	1	1	27	3	1	23	8	230	317	
PARAIBA.....	65	7	53	12	53	8	4	106	35	41	174	38	64	229	
João Pessoa..	4	-	1	3	-	2	1	28	8	1	56	14	6	98	
Pernambuco...	154	12	114	40	19	34	6	234	94	63	26	98	411	320	
Recife.....	4	-	4	-	-	2	1	59	35	20	26	21	45	10	
ALAGOÁS.....	65	16	50	15	6	22	3	117	18	13	156	96	265	262	
Maceió.....	10	-	4	6	-	4	2	71	12	4	99	63	90	152	
SERGIPE.....	80	21	60	20	5	17	2	135	19	25	171	41	126	173	
Aracajú.....	17	4	10	7	-	5	1	85	13	12	123	24	91	79	
BAHIA.....	225	33	160	65	13	58	6	412	137	109	497	167	498	451	
Salvador.....	30	-	13	17	-	3	-	207	89	70	257	104	33	121	
MINAS GERAIS..	323	44	282	41	65	182	34	561	102	128	483	123	784	720	
B. Horizonte.	11	-	4	7	-	8	2	125	7	60	123	12	31	263	

(Continuação)

UNIDADES DA FEDERAÇÃO E CAPITAIS.	NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS		NÚMERO DE LEITOS.	LABORATÓRIOS EXISTENTES			PESSOAL EM ATIVIDADE EM 31-XII						Outros auxiliares		
	Total	Punção semêdic.		Finalidade		Análises clínicas.	Soro logia	Microbiologia.	Médicos.	Dentistas	Enfermeiros diplomados	Atendentes		Visitadoras.	Guardas
				General	Esp. Especial										
ESPIRITO SANTO	59	7	46	13	23	5	15	81	38	7	70	83	216	273	
Vitória.....	7		6	1	1	1	2	19	11	4	17	50	148	156	
RIO DE JANEIRO	158	23	124	34	23	3	19	290	62	47	207	24	598	544	
Niterói.....	5		3	2	3		1	28	16	23	19	6	57	91	
GUANABARA.....	93	10	21	72	13	2	15	288	104	412	366	95	265	629	
SÃO PAULO.....	121	95	519	692	23	22	110	1.508	75	168	2.144	430	778	2.647	
São Paulo.....	119	7	21	98	23	14	14	338	25	87	436	106	81	499	
PARANÁ.....	180	18	124	56	18	5	8	286	70	31	257	112	251	306	
Curitiba.....	10		3	7	1	1	1	78	44	8	127	70	14	114	
SANTA CATARINA	71	17	56	15	11	3	10	85	16	20	66	21	111	228	
Florianópolis	12	9	9	3	1	1	1	7	4	1	-	-	17	25	
R. G. do SUL.....	138	2	132	6	61	5	42	301	85	25	332	206	197	335	
Pôrto Alegre	6		5	1	4	1	4	60	20	8	134	72	37	45	
MATO GROSSO.....	44	4	38	6	13	4	7	101	19	18	85	61	168	154	
Cuiabá.....	5		3	2	2		1	34	4	1	26	7	104	78	
GOIÁS.....	42	7	38	4	11	6	13	50	3	21	60	39	21	49	
Goiania.....	1		1		1	1	1	10	2	9	23	22	3	4	
DISTRITO FEDERAL	4		1	3				10	2	2	3	-	58	47	
B R A S I L	3360	520	2175	1.185.	689	120	520	6.110	996	1.275	6.087	1.970	5.727	8.535	
CAPITAIS (1)	447	76	193	254	84	31	70	1.771	464	761	2.494	831	1.700	3.151	

(1) Inclusive o Estado da Guanabara e Distrito Federal, Brasília

FONTE: ()

TABELA XXXVI-B

SERVIÇOS OFICIAIS DE SAÚDE PÚBLICAESTABELECIMENTOS, SEGUNDO A ATIVIDADE MANTENEDORA, POR ESPECIALIZAÇÃO EM
TODO PAÍS

BRASIL 1 9 6 0

ESPECIALIZAÇÃO	NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS			
	Total	Segundo a entidade mantenedora		
		Federal	Estadual	Municipal
RESULTADOS NACIONAIS				
DE NATUREZA GERAL ..	2 175	287	1 675	233
ESPECIALIZADOS	1 185	311	788	86
Bouba	4	4	-	-
Câncer	3	2	1	-
Dermatologia	5	-	5	-
Doenças mentais...	1	1	-	-
Endemias rurais...	171	171	-	-
Escolares	26	-	16	10
Esquistossomose ..	15	14	-	1
Lepra	80	12	61	1
Malária	70	37	32	1
Oftalmologia	17	1	15	1
Pediatria	23	2	17	4
Puericultura	625	19	541	65
Tracoma	55	25	30	-
Tuberculose	80	16	61	3
Outros	10	1	9	-
T O T A L	3 360	578	2 463	319

FONTE: (40)

TABELA XXXVI-C

SERVIÇOS OFICIAIS DE SAÚDE PÚBLICAESTABELECIMENTOS, SEGUNDO A ATIVIDADE MANTENEDORA, POR ESPECIALIZAÇÃO NAS
CAPITAIS

BRASIL 1960

ESPECIALIZAÇÃO	NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS			
	Total	Segundo a entidade mantenedora		
		Federal	Estadual	Municipal
RESULTADOS DAS CAPITAIS (1)				
DE NATUREZA GERAL..	193	49	124	20
ESPECIALIZADOS	254	55	175	24
Bouba	-	-	-	-
Câncer	2	1	1	-
Dermatologia	1	-	1	-
Doenças mentais ..	1	1	-	-
Endemias rurais ..	40	40	-	-
Escolares	12	-	12	-
Esquistossomose...	2	1	-	1
Lepra	15	3	12	-
Malária	1	1	-	-
Oftalmologia	2	-	2	-
Pediatria	9	2	6	1
Fuericultura	142	4	118	20
Tracoma	-	-	-	-
Tuberculose	22	2	18	2
Outros	5	-	5	-
T O T A L	447	104	299	44

(I) Inclusive o Estado da Guanabara e o Distrito Federal, Brasília.

FONTE: (10)

TABELA XXXVI-D

RELAÇÃO DE INSTITUIÇÕES QUE PRESTAM SERVIÇOS PRÉ-NATAL

1963

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	POSTOS DE PUERICULTURA	CENTRO DE PUERICULTURA	LACTÁRIO
AMAZONAS	16	1	10
PARÁ	32	2	7
RONDÔNIA	5	-	1
ACRE	2	-	-
AMAPÁ	4	-	-
RIO BRANCO	2	-	1
CEARÁ	90	1	14
MARANHÃO	45	2	3
PIAUI	23	14	4
PERNAMBUCO	50	-	23
RIO GRANDE DO NORTE ..	34	-	3
PARAÍBA	25	2	9
ALAGOAS	25	1	-
FERNANDO NORONHA	-	-	-
BAHIA	81	3	9
SERGIPE	41	1	2
SÃO PAULO	428	72	10
MATO GROSSO	51	-	1
RIO GRANDE DO SUL	20	8	6
SANTA CATARINA	22	10	10
PARANÁ	122	6	-
MINAS GERAIS	174	25	62
ESPIRITO SANTO	20	2	9
GOIÁS	31	-	-
GUANABARA	64	1	3
RIO DE JANEIRO	72	-	2
T O T A L	1.484	151	179

FONTE: Departamento Nacional da Criança

disponibilidades em pessoal médico e para-médico.

Reflete um fenômeno natural, a concentração desses elementos nos grandes centros urbanos, que oferecem as melhores condições técnicas e econômicas para o exercício profissional.

Comprova-se, aliás, que essa concentração de pessoal altamente qualificado nas grandes cidades é mais acentuada nos países subdesenvolvidos, onde o contraste entre as zonas interiores e as metrópoles é muito maior. É o que se verifica no Brasil, em larga escala, do que dá exemplo a situação do Nordeste evidenciada nos dados da Tabela XXXVII.

TABELA XXXVII
POPULAÇÃO E NÚMERO DE HABITANTES POR MÉDICO NAS CAPITALAIS E NO INTERIOR DOS ESTADOS NORDESTINOS

Estados	Área	População em 1.9.1960	Nº de médicos em 1961	Nº de habitantes por médico em 1961
Maranhão	Capital	159 628	127	1 257
	Interior	2 332 511	33	70 682
Piauí	Capital	144 799	93	1 557
	Interior	1 118 569	60	18 643
Ceará	Capital	514 818	284	1 813
	Interior	2 823 038	62	45 533
Rio G. do Norte	Capital	162 537	120	1 354
	Interior	994 721	84	11 842
Paraíba	Capital	115 117	181	636
	Interior	1 862 906	170	10 958
Pernambuco	Capital	797 234	1 017	784
	Interior	3 339 666	153	21 828
Alagoas	Capital	170 134	110	1 215
	Interior	1 100 928	65	16 937
Sergipe	Capital	115 713	94	1 231
	Interior	644 560	29	22 226
Bahia	Capital	655 735	1 107	592
	Interior	5 334 870	504	10 585

FORTE: (33)

Sabe-se que é bem elevado o número de municípios brasileiros sem o concurso de médicos residentes no local e que não dispõem de qualquer serviço de saúde pública; como é óbvio, tal situação incide preferencialmente sobre os municípios de menores recursos, os pequenos núcleos interiores que não oferecem qualquer atrativo à fixação do elemento altamente qualificado.

Assim, cumpre resolver o problema do atendimento médico-sanitário às populações rurais brasileiras, mais desassistidas no particular.

Conforme fica visto, o problema está condicionado às características marcantes de subdesenvolvimento dessas áreas; com a superação dos entraves sócio-culturais e econômicos virá, natural e progressivamente, a extensão a todo o território nacional e a todas as camadas populacionais do país, dos benefícios da atenção médica de alto padrão, a que, sem dúvida, têm direito.

Nas condições atuais, evidencia-se praticamente impossível colocar um médico ou sequer um enfermeiro qualificado em cada município ou localidade do interior. É possível, contudo, equacionar em termos práticos e realistas, o atendimento às necessidades fundamentais desses municípios, promovendo a utilização, em larga escala de pessoal técnico de menor qualificação, convenientemente preparado, e sob supervisão médica, para o desempenho dos "serviços básicos mínimos" nas pequenas comunidades interiores, consubstanciadas em:

- a) medidas primárias de saneamento do meio;
- b) fiscalização de gêneros alimentícios, habitações e estabelecimentos que lidam com a produção e comércio de alimentos;
- c) imunização contra as doenças transmissíveis;
- d) prestação de primeiros socorros de assistência médica;
- e) levantamento de dados essenciais de estatística vital e controle dos cemitérios (34).

Não será esquecido que os elementos para tais serviços básicos, nos municípios do interior, serão recrutados no seio da própria comunidade a que vão servir, tendo em vista sua fixação perfeita ao local, sem qualquer desajuste de ordem social, técnica ou econômica, percalços sempre presentes em relação aos elementos alienígenas.

PREPARO DE PESSOAL

Nos países subdesenvolvidos, como é o caso do Brasil, constitui sério problema o que diz respeito à carência de mão de obra qualificada que se faz sentir em todos os campos e em todos os níveis do processo de desenvolvimento. Daí, tornar-se condição fundamental e imperativa a preparação de pessoal para execução adequada dos programas e projetos estabelecidos.

No setor da saúde pública, o problema se apresenta igual

mente e, de certo modo, com características mais sérias, de vez que sendo o Poder Público o grande consumidor desse tipo de mão-de-obra, ele não oferece condições que sejam suficientemente atrativas para um recrutamento fácil e seletivo que viesse facilitar a preparação adequada dos elementos selecionados.

Mas, de qualquer modo e em quaisquer circunstâncias, de vez que existe o problema, é preciso enfrentá-lo com realismo e sentido prático. É o que vem fazendo o Ministério da Saúde, dentro de suas possibilidades e dentro das limitações impostas pelas circunstâncias. Entre os princípios fundamentais norteadores da sua política sanitária não falta o que se refere ao "recrutamento e formação de pessoal, para que o poder público possa dispor de profissionais qualificados".

A experiência do Ministério da Saúde, nesse particular, é longa mas restrita. Inicialmente através dos Cursos do D.N.S. e D.N.Cr., e agora, da E.M.S.P., vem-se cuidando da preparação do pessoal técnico, de uma forma constante pela realização sistemática de cursos de formação, aperfeiçoamento e especialização, que visam atender às necessidades mais prementes, mas, também, de uma forma não planejada e empírica, porque tem faltado para conduzi-la, tanto por parte do M.S. como dos órgãos estaduais de saúde, uma política real e segura de recrutamento, seleção, preparo e aproveitamento do pessoal técnico.

O preparo de pessoal, já porque resulta de uma necessidade de progresso, deve obedecer a uma política planejada de aproveitamento. Inútil produzir mais que as necessidades do consumo, mormente em se tratando da custosa preparação técnica do homem. Por outro lado, normas rígidas, - é quase recíproca - devem fixar o aproveitamento, nos órgãos de saúde pública, de todos os elementos tecnicamente formados.

Sociologicamente falando, o preparo do pessoal é mera necessidade ditada pelo meio, em seu sentido amplo de condições físicas e sociais. E as condições sociais variam com o progresso, com o desenvolvimento, daí resultando que na formação de um mesmo técnico, técnico-auxiliar ou para-técnico, há vários graus e, conseqüentemente custo de formação, conforme o profissional se destine a essa ou aquela coletividade, a um meio primitivo, subdesenvolvido ou desenvolvido. Inere-se logicamente, deste conceito que a formação do elemento de saúde pública, conforme sua qualificação técnica condicionada ao meio onde vai exercer suas atividades será mais ou será menos complexa, realizar-se-á em centros médios e grandes de cultura ou será local em seu próprio meio de trabalho, do que advirá uma série de vantagens,

dentre as quais pode-se ressaltar: evitar desajustamentos técnicos em relação aos recursos do meio; evitar o desnível do pagamento do técnico em relação à capacidade de pagar do meio; evitar a fuga do técnico do seu próprio meio.

Verifica-se, assim, que cabe às Escolas de Saúde Pública alta responsabilidade no inadiável programa de preparo e formação de pessoal e de sua execução na parte que lhes compete, necessitando pois todo apoio e interesse do poder público.

Evidentemente, dentro de uma política adequada de preparo e aproveitamento de pessoal técnico de saúde pública, para atender às reais necessidades de trabalho efetivo, em todos os níveis de governo - federal, estadual e municipal - e no setor privado que começa a ampliar-se com a crescente industrialização do país, os atuais centros de preparação federal e estaduais são em número restrito, pouco aparelhados e sem condições reais de expansão, visando a uma descentralização do ensino, de sorte a levá-lo on de as solicitações sejam mais imperativas, de forma menos dispendiosa, mas sem prejuízo de sua qualidade.

A responsabilidade da Escola Nacional de Saúde Pública, neste particular, é muito grande. É seu dever conduzir com eficiência e segurança, o programa do Ministério da Saúde neste campo abrangendo não só o pessoal do nível federal, mas também colaborando com os Estados e municípios que não tenham condições próprias de fazê-lo, e com as organizações privadas.

Para isto, todavia, é preciso que se dê a Escola Nacional de Saúde Pública condições reais que lhe permitam trabalho efetivo, com a amplitude necessária e coordenação devida.

Formação de pesquisadores

Tradicionalmente, desde sua fundação, o Instituto Oswaldo Cruz tem relevante papel no ensino e na formação de pessoal técnico-científico. A princípio, reuniram-se em torno de Oswaldo Cruz vários discípulos, que se transformaram em grandes mestres e jovens doutorandos que vinham fazer as suas teses na já famosa instituição. Foi somente a partir de 1909 que se instalaram os cursos regulares.

Atualmente o Instituto Oswaldo Cruz, mantém cursos de pós-graduação, tais como: bacteriologia, imunologia, helmintologia, entomologia, bioquímica, virologia e outros, destinados à formação de técnicos para atuação no próprio Instituto e em outras instituições nacionais e de outros países latino-americanos.

Todavia, no sentido da renovação dos seus quadros, preocupa-se, particularmente, o Instituto com a formação de investigadores nos campos da pesquisa pura e aplicada. Não é preciso ressaltar a importância e a complexidade desse objetivo, que se ergue como um imperativo de primeira grandeza na atual conjuntura do país e, obviamente, não apenas nas áreas das ciências biológicas.

Preliminarmente, deve ficar estabelecido que ensino e pesquisa são problemas distintos, embora perfeitamente entrosado, assunto ainda não bem compreendido mesmo nos meios universitários. Entretanto, é óbvio que, acurados "currícula" e laboratórios bem aparelhados, são fundamentais para o ensino técnico-científico, mas por si mesmos não bastam para a formação de pesquisadores.

Na realidade, são necessários, em média, 5 anos para a formação de um investigador científico, isto é, um técnico capaz de planificar, coordenar e executar uma pesquisa, inclusive estabelecer novas metodologias. Para isso, o investigador deve ser capaz de estabelecer hipóteses e testá-las experimentalmente; ter curiosidade científica, capacidade de observação, intuição, senso de oportunidade e de auto-crítica e, finalmente, capacidade de defender as suas idéias "novas" diante da resistência natural que se levanta contra toda inovação. Eis porque, o longo tirocínio ao lado de pesquisadores capacitados, é fundamental para a formação de novos pesquisadores, assim também, o trabalho em tempo integral, isto é, em dedicação exclusiva.

Para a seleção de possíveis pesquisadores, o Instituto Oswaldo Cruz mantém um sistema escalonado de estágio e bolsas de estudo, de duração e número variável com o aproveitamento dos candidatos e com as disponibilidades da instituição.

Os estágios nos laboratórios do Instituto Oswaldo Cruz têm a duração mínima de 3 meses, podendo ser prorrogados de acordo com o pronunciamento de um orientador sobre os trabalhos executados e pelo grau de aproveitamento do estagiário.

As bolsas são concedidas pelo prazo máximo de 12 meses corridos, podendo ser, do mesmo modo, renovadas anualmente, de acordo com o parecer do orientador de cada bolsista. As bolsas são distribuídas em 4 categorias. Tipo A (adestramento técnico); Tipo B (iniciação); Tipo C (especialização), e finalmente, Tipo D (pesquisa). Como é óbvio, a concessão das bolsas mais categorizadas está na dependência do aproveitamento do bolsista (inclusive, publicação de trabalhos científicos) e, o acesso direto às mesmas, só em condições excepcionais pode ser obtido.

2.4.3.0 - Produtos profiláticos e terapêuticos.

A fabricação pelo Instituto Oswaldo Cruz de produtos biológicos, profiláticos ou curativos, data de sua fundação, em 1900, quando foi iniciada a produção do soro e da vacina contra a peste bubônica. Desde então manteve o seu fundador, ao lado dos trabalhos de pesquisa pura e aplicada, os serviços de preparo de produtos biológicos, necessários à Saúde Pública.

Atualmente, o Instituto vem incrementando sobretudo a produção das vacinas para as campanhas de imunização em massa levadas a efeito pelo M.S.

Vacina antivariólica

A vacina clássica glicerinada, preparada em vitelos, é produzida ainda hoje para uso em serviços urbanos. Para o emprego nas campanhas de vacinação em massa, entretanto, desde 1961, vem sendo usada a vacina liofilizada mais resistente aos fatores extrínsecos do meio. Ao lado desta, o Instituto Oswaldo Cruz está produzindo, também, a vacina em embrião de galinha que tem a vantagem de ser isenta de bactérias.

De acordo com o planejamento feito pela Comissão do M.S. seriam necessários vinte milhões de doses de vacina liofilizada anuais, cabendo ao IOC a produção de quinze milhões, o restante ficando a cargo do Instituto de Pesquisas Biológicas, do Departamento de Saúde do Rio Grande do Sul e do Laboratório Vacínico, da Secretaria de Saúde de Pernambuco, instituições essas que, como o IOC, receberam da Organização Panamericana de Saúde o equipamento necessário, e do M.S. auxílio financeiro. As solicitações dessa vacina ao IOC nestes 3 últimos anos têm sido as seguintes:

Vacina glicerinada

1960	7.680.836 doses
1961	6.719.800 doses
1962	3.181.400 doses
1963	1.370.870 doses (até novembro)

Vacina liofilizada

1960	(em estudo experimental)	
1961	(vitelo)	411.300 doses
	(embrião)	500.000 doses (início em outubro)
1962	(vitelo)	4.162.550 doses
	(embrião)	4.740.350 doses
1963	(vitelo)	5.023.600 doses
	(embrião)	4.834.100 doses (até novembro)

Total de doses solicitadas

1960	7.680.836 doses
1961	7.634.100 doses
1962	12.684.300 doses
1963	11.228.570 doses (até novembro)

Assinale-se que o IOC mantém permanentemente um estoque de vacina liofilizada pronta para uso, no montante de 5 milhões de doses. Além disso, 12 quilos de polpa vacínica equivalente a 12 milhões de doses são mantidos para maiores e eventuais solicitações.

Vacina Anti-amarílica

A vacina anti-amarílica vem sendo preparada de modo a atender as necessidades do M.S. e de alguns países da América Latina e África.

A produção anual dessa vacina tem sido a seguinte:

1960	4.864.000 doses
1961	2.851.600 doses
1962	4.058.000 doses
1963	1.817.200 doses (até novembro)

Em estoque atualmente 3.067.800 doses

Vacina Anti-tífica

O estoque permanente dessa vacina é de 4 milhões de doses, em renovação mensal de acordo com o seu consumo.

As solicitações dessa vacina foram as seguintes:

1960	1.803.606 doses
1961	1.368.000 doses
1962	715.050 doses
1963	3.065.438 doses (até novembro)

Vacina Sabin

Esta vacina é importada dos laboratórios europeus pelo M.S. e alguns Estados, sob a forma concentrada, sendo controlada, diluída e

distribuída pelo IOC, de modo a conter em 0,1 ml (1 gota) as doses de vírus dos tipos I, II e III necessárias à imunização.

A sua distribuição pelos Estados, capitais e cidades do interior, obedece ao planejamento feito pela Comissão de vacinação contra a Paralisia Infantil do M.S.

Até agora, foram entregues ao IOC:

1961	2.000.000 doses
1962	4.182.400 doses
1963	3.527.300 doses (até novembro)

Além dessas vacinas, o IOC produz em seus laboratórios vacinas contra a gripe, coqueluche, anti-colérica e anti-piogênica, de reduzidas solicitações; toxoides diftérico e tetânico; soro anti-tetânico; tuberculina e vários sôros aglutinantes e antígenos para reações diagnósticas.

...

Pela Lei n. 2743 de 6 de março de 1956, foi criado o "Serviço de Produtos Profiláticos", órgão do DNERu, com a finalidade de preparar medicamentos, inseticidas, rodenticidas e outros produtos necessários ao desenvolvimento das diversas campanhas profiláticas daquele Departamento e de outros órgãos do M.S.

Esse Serviço tem nos últimos anos incrementado a fabricação de medicamentos, atingindo, no exercício de 1962, só em comprimidos, 20 milhões de unidades, cifra que quase duplicou no ano expirante. No período de 1956 a 1952 distribuiu 14.055.307 doses do Rodenticida "1080".

Diversos são os produtos farmacêuticos de sua fabricação, incluindo-se anti-helmínticos, anti-têrmicos e analgésicos, anti-maláricos, anti-anêmicos, anti-infecciosos (sulfas), anti-tóxicos, vitaminas, pomadas oftálmicas etc., representados pelas seguintes especialidades: Adipato de Piperazina, Anti-gripal, Anti-tóxico, Clorcem, Colizim, Gliconato Ferroso, Quinacina, Sulfa Edulcorada, Tetracomicina, Tetracloroetileno, Tri-sulfas, Vitaminas A, B1 e C, Vitaminas do Complexo B, e Xarope de Piperazina.

Dentro de pouco tempo, esse e outros serviços do M.S. de verão estar capacitados para cooperar ao lado da indústria privada, e de acordo com as normas estabelecidas pelo GELFAR, em prol do barateamento dos remédios para consumo popular, em obediência à política traçada pelo Governo Federal, através do Decreto n. 52.471, de 13 de setembro de 1963, que estabelece:

I - as diretrizes básicas para a expansão da indústria química-farmacêutica nacional, visando, principalmente:

a) a substituição das importações de produtos químico-farmacêuticos reduzindo os gastos em moeda estrangeira;

b) a ampliação da produção de medicamentos, mediante facilidades de acesso às matérias-primas pela indústria nacional;

c) a redução do custo dos medicamentos.

II - a elaboração de normas para comercialização daqueles produtos.

III - a competência e autoridade dos órgãos executivos, responsáveis por essas diretrizes.

Por esse mesmo Decreto foi criado o Grupo Executivo da Indústria Químico-Farmacêutica - GEIFAR -, com a seguinte competência:

I - elaborar a relação básica e prioritária de medicamentos necessários à terapêutica das doenças mais frequentes, para fim de concessão dos estímulos previstos no Decreto às empresas nacionais que os produzirem;

II - examinar as condições de suprimento de medicamentos à população, propondo medidas para o atendimento de suas necessidades imediatas;

III - promover com prioridade a fabricação, em condições adequadas, dos produtos químicos-farmacêuticos constantes da lista referida no item I, cujos preços de venda ao público procurará estabilizar, propondo ao órgão competente os tetos prevalentes para determinado período;

IV - promover o desenvolvimento da indústria químico-farmacêutica, apoiando as empresas de capitais nacionais;

V - examinar e aprovar, primitivamente, os planos industriais referentes à indústria químico-farmacêutica; aplicando os incentivos previstos neste Decreto e determinando a execução de suas resoluções aos órgãos executivos competentes;

VI - promover o desenvolvimento da pesquisa químico-farmacêutica, elaborando sugestões com o objetivo de criar um Fundo de Pesquisa Químico-Farmacêutica, com recursos a serem providos, entre outros por tributação específica sobre "royalties" ou taxas de assistência técnica, pagas ao exterior, pelas empresas desse setor industrial;

VII - proceder estudos, em colaboração com os Ministérios

competentes, visando a reforma do Código de Propriedade Industrial a a revisão da posição do Brasil em face da convenção de Paris de 1883, à qual aderiu em 6 de setembro de 1939, e propor outras medidas, a fim de possibilitar a produção do País, de qualquer produto químico-farmacêutico de base e evitar o monopólio de processos de fabricação;

VIII - propor medidas disciplinadoras da propaganda relacionada com medicamentos, de modo a coibir os seus excessos, inclusive reexaminando as deduções permitidas pela legislação do Imposto de Renda;

IX - estabelecer normas para concessão de "bonificações" e prazos de pagamento concedidos aos distribuidores (drogarias e farmácias);

X - supervisionar e fiscalizar, por iniciativa própria ou em colaboração com outros órgãos do Governo, a execução das diretrizes e dos planos relacionados com a indústria químico-farmacêutica;

XI - promover e coordenar em colaboração com os demais órgãos competentes da Administração Pública, estudos sobre nomenclatura, classificação, padronização de produtos químico-farmacêuticos, preparo de técnicos e de mão-de-obra especializada, elaboração de normas técnicas, redução de custos, instituição de normas contábeis uniformes, organizações de mostras e exposições assim como todos os demais aspectos relacionados com o desenvolvimento da indústria químico-farmacêutica;

XII - proceder, a curto prazo, ao levantamento das necessidades dos laboratórios estatais, de forma de dotá-los de meios para a fabricação prioritária dos produtos químico-farmacêuticos constantes da relação a que se refere o inciso I, bem como promover, em colaboração com os órgãos competentes, as medidas necessárias ao reequipamento dos referidos estabelecimentos;

XIII - promover os estudos necessários à criação de empresas de economia mista com o objetivo precípuo de acelerar a fabricação de matérias-primas para a indústria químico-farmacêutica.

Parágrafo único. Das aquisições de produtos químicos-farmacêuticos, efetuados pelas entidades da Administração Federal, direta ou indireta, constarão, obrigatoriamente, 30% (trinta por cento) de produtos a que se refere o inciso I, deste artigo, na forma das instituições que forem baixadas pela GEIFAR.

3.0.0.0 - Apreciação geral do Problema

3.1.0.0 Considerações Gerais

A situação sanitária da população brasileira exposta no

ítem 2.0.0.0, de maneira tanto quanto possível detalhada, dentro dos limites impostos pelas disponibilidades de informações, resente-se de uma análise mais profunda, em virtude da inexistência de índices válidos que permitissem apreciar, mais objetivamente, determinados setores a ela correlacionados.

A qualidade dos informes e dados estatísticos disponíveis de certa forma ligados, também, ao estágio de desenvolvimento do país, será apreciada, em razão de sua importância, antes de empreendida a s^umula dos aspectos em que poderá ser condensada a situação sanitária nacional, visando a apreciação geral do problema. No mesmo tópico, serão focalizadas as características estruturais dos Serviços de Estatística do Ministério da Saúde e expostas considerações referentes aos novos esquemas propostos para o seu aprimoramento.

3.2.00 - Os dados estatísticos

Os Serviços de Estatística existentes na estrutura de cúpula do Ministério da Saúde foram criados e mantidos, prevalecendo a idéia, em tese certa, de que caberia às Unidades da Federação, não só coletar e apurar os dados bioestatísticos para uso próprio, como também remeter para os órgãos federais aqueles que fôsssem imprescindíveis para a organização de uma estatística de âmbito nacional.

Acontece, entretanto que, longe de atingir esse nível de perfeição, ainda hoje poucas são as unidades da Federação (talvez uma ou duas) que apuram os dados disponíveis referentes à totalidade das suas respectivas áreas. De maiorie das restantes, apenas dados de alguns municípios, em geral sede de capital, são regularmente apurados, mesmo assim com certas deficiências.

Essas circunstâncias exigem a organização e o desenvolvimento de um plano, tendo em vista não só corrigir esta situação de fato, mas também servir futuramente de ponto de partida para o lançamento de um amplo programa de trabalho, objetivando colocar os referidos serviços em condições de oferecerem ao sanitarista os elementos de que carece para planejar, operar e avaliar as suas atividades, em âmbito nacional.

É supérfluo insistir sobre o papel relevante que os Serviços Federais de Bioestatística e de Estatística da Saúde devem desempenhar nesse trabalho. Infelizmente, os referidos serviços, que deveriam dispor, se não da totalidade, pelo menos da maior parte desses dados, não estão em condições de fornecê-los, e nem poderiam estar, porquanto, até bem pouco, os mesmos dispunham de verbas insuficientes que não iam além de meio milésimo da dotação global do Ministério, estando sujeita a limitações de ordem político-

administrativa, tornando quase impossível a realização de qualquer tarefa de maior amplitude, mesmo em âmbito regional. Felizmente, esta situação se encontra em vias de ser corrigida, já se fazendo sentir os benefícios decorrentes da aplicação de maiores recursos nesse setor, o que se traduz, atualmente, pelo trabalho de estabelecimento das Áreas de Registro do país, primeira etapa de um programa de trabalho visando a redenção das estatísticas sanitárias, em benefício do próprio administrador de Saúde Pública.

A reestruturação dos serviços de estatística de cúpula, constitui, em si, fator importante dentro do plano de trabalho a ser executado.

Entre outras providências, essa reestruturação visa promover a fusão do Serviço Federal de Bioestatística e do Serviço de Estatística da Saúde, bem como, dos demais Serviços de Estatística deste Ministério em um único órgão, que desenvolva todas as tarefas específicas atendendo, no âmbito das suas atribuições, às necessidades dos outros órgãos.

Convém notar que este novo Serviço não constituirá uma simples soma de serviços antes dispersos na estrutura administrativa. Representará, acima de tudo, uma mudança radical na filosofia de trabalho que, de estática, tornar-se-á dinâmica, promovendo a coleta de dados, ao invés de aguardar que os mesmos lhe sejam fornecidos.

Para isso, e em face da grande extensão territorial do país, naturalmente é necessário organizar Escritórios Regionais, no mínimo um para cada Região, de modo a permitir descentralizar a parte executiva do trabalho estatístico.

A reestruturação prevista no Ante-projeto de Lei da Reforma Administrativa, atende parcialmente a este esquema.

No que se refere ao Programa de Trabalho propriamente dito, é incluída sob esse título, uma série de tarefas a longo prazo, que deverão ser iniciadas e desenvolvidas imediatamente, no sentido de obter que os Serviços Estaduais de Estatística e os Serviços de Estatística dos Territórios preencham realmente a sua finalidade, promovendo a coleta, apuração e análise dos dados bioestatísticos que lhes dizem respeito.

Esse programa envolve em particular, a revisão da legislação sobre o registro civil atualmente em vigor, o que já foi feito. Envolve também a organização de um sistema adequado de apuração e análise dos dados coletados, tanto ao nível das Unidades da Federação, quanto ao nível federal. Envolve, ainda, a formação de pessoal devidamente treinado, para o que já se conta com a colaboração efetiva da Organização Mundial de Saúde a-

través do seu Escritório Regional. Envolve, enfim, um trabalho de educação, bem orientado, das populações, com o objetivo de obter que os fatos vitais sejam registrados, e o sejam em tempo hábil.

Entretanto, como é fácil prever, os resultados desses programas não se farão sentir imediatamente. Por essa razão, torna-se indispensável desenvolver, simultaneamente, um programa supletivo de trabalho, diretamente no âmbito das Unidades da Federação, a fim de obter com a rapidez desejada, os dados bioestatísticos necessários.

Na consecução desse objetivo, a primeira providência consiste em determinar, em cada Unidade da Federação, as áreas em que o Registro de Óbitos e Nascimentos é satisfatório ou seja, as Áreas de Registro. Em seguida, a montagem da estrutura que permita, não só promover a coleta, apuração, análise e apresentação dos dados bioestatísticos que lhes dizem respeito, mas também promover a ampliação das mesmas, e a melhoria do sistema de coleta naquelas que, por apresentarem-no deficiente, foram excluídas das referidas áreas.

Concluída essa primeira fase serão, então, ampliadas as responsabilidades administrativas da nova estrutura, a fim de que sejam estabelecidas as estatísticas de morbidade, bem como as que dizem respeito ao potencial médico-sanitário do país, quer no seu aspecto estático, quer no dinâmico ou operacional. ()

3.3.0.0 Evolução dos níveis de saúde no Brasil (alguns aspectos)

Não obstante as referências feitas ao assunto nos itens iniciais deste trabalho, particularmente nos tópicos relativos às correlações entre saúde e desenvolvimento econômico, torna-se necessário voltar a estes aspectos, visando, primordialmente, a mostrar a evolução dos níveis de saúde no país, aqui analisados através do exame dos indicadores disponíveis no momento.

3.3.1.0 - Mortalidade geral

A evolução da taxa bruta de mortalidade no Brasil, é apresentada na Tabela XXXVIII. Cumpre ressaltar que as cifras ali registradas referem-se à média dos coeficientes de mortalidade geral nas capitais brasileiras, tão somente, pela insuficiência dos dados idênticos referentes ao interior do país, o que não prejudica, contudo, o seu valor de comparabilidade histórica.

Em que pese a discrepância da taxa relativa a 1940, evidencia-se a evolução favorável dos coeficientes de mortalidade geral, no Bra

sil, os quais em 1960, baixam a 13,5 por 1000 habitantes, traduzindo não só a contribuição dos modernos recursos médico-sanitários (quimioterápicos, antibióticos e inseticidas de ação residual), usados em larga escala, como também a melhoria relativa das condições sócio-econômicas no país.

Apesar da sensível redução, no curso do tempo, a taxa bruta de mortalidade geral, no Brasil, mantém-se ainda, em nível elevado.

Além disso, análise dos mesmos coeficientes em relação às diversas regiões fisiográficas (Tabela XXI), revela os desníveis existentes, sobressaindo a situação ainda muito desfavorável do Nordeste, com uma taxa de 16,7, em 1960, perfeitamente correspondente ao subdesenvolvimento característico da área. Por outro lado, a Região Sul apresenta o coeficiente mais baixo - 10,4 - indicio de acentuada melhoria nas condições gerais de saúde de suas populações, beneficiadas pelo surto de progresso por que vem passando a região.

Os Gráficos de ns. 8 e 16 mostram a evolução dos coeficientes de mortalidade em algumas capitais brasileiras, durante o período 1941 - 1962, oferecendo indicações sugestivas quanto ao vulto maior ou menor do problema nas áreas que as cidades representam.

3.3.2.0 - Mortalidade Infantil

As mesmas considerações estabelecidas em referência à mortalidade geral, apresentam-se válidas no que diz respeito aos coeficientes de mortalidade infantil, no Brasil, cujo declínio, entre 1941 e 1960, pode ser comprovado ao exame da Tabela XXXIX. Ainda aqui o país está representado, apenas, pelos dados referentes às suas capitais, em razão dos percalços anteriormente apontados; a representatividade da amostra justifica, no entanto, sua utilização com aquela finalidade.

Apesar do forte decréscimo verificado nos dois últimos decênios, Tabela XXXIX), os coeficientes de mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos) apresentam-se ainda muito elevados, no Brasil, particularmente no Nordeste (Tabela XL), onde o problema assume maior gravidade, espelhando a precariedade das condições econômico-sociais e o baixo rendimento das atividades de assistência médica a infantes. Não deve ser esquecido, todavia, que a reconhecida evasão do registro civil de nascimentos, ainda não convenientemente colvida, no Brasil, concorre para o aumento aparente desses índices, com um percentual em torno de 20%.

Na apreciação das cifras relativas à Região Norte (122,7) deve ser levado em consideração que as mesmas referem-se, apenas, aos muni-

ópios de Belém e Manaus, circunstância que implica na aparência de melhores níveis que os referidos para a Região Leste (140,9).

Os Gráficos de ns. 17 a 25 registram a curva referente aos coeficientes de mortalidade infantil em algumas capitais brasileiras, no período 1940-1962.

Atesta a profundidade e a extensão do subdesenvolvimento do país, o simples confronto dos seus índices de mortalidade infantil com os que apresentam outros países americanos em melhor situação sócio-econômica, tais como o Canadá, os E.U.A., Argentina e Uruguai, cujos coeficientes não vão além de 27,3, 25,2, 61,1 e 49,1 por 1000 nascidos vivos, respectivamente.

3.3.3.0 - Mortalidade por Doenças Transmissíveis

Conforme referência anterior, os coeficientes de mortalidade por doenças transmissíveis, são utilizados como indicadores do nível de saúde, embora sujeitos a restrições decorrentes do alto percentual de óbitos com causa de morte mal definida, ocorrência habitual em países como o Brasil. Assim, São Luiz, Fortaleza, João Pessoa, Aracaju, Florianópolis e Goiânia, apresentam percentuais que variam de 22,8 a 47,8 o que significa quase metade do total de óbitos sem precisa definição de "causa mortis".

Sabendo-se que os altos valores dos coeficientes de mortalidade por doenças transmissíveis traduzem precário padrão de saúde, conforme já foi visto, infere-se que a população brasileira ainda está distante de alcançar níveis satisfatórios quanto às condições sanitárias, vistos os elevados coeficientes de óbitos por esse grupo de cause ainda presentes em extensas áreas do país (Tabela XLII).

O exame daqueles dados evidencia, a sociedade, o hiato existente entre o Norte e Nordeste, de um lado, e o Leste e Sul do país, de outro; é assim que Niterói, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre apresentam coeficientes inferiores a 50 por 100 000 habitantes, enquanto que em Belém, São Luiz, Teresina, Natal, Recife e Maceió o mesmo coeficiente está sempre acima de 100 por 100 000 habitantes.

Mais uma vez constata-se a realidade da correlação entre níveis de saúde e desenvolvimento.

3.4.0.0 - Conclusões

Do que fica exposto, ressalte a melhoria sensível, em relação a situações progressas, das condições gerais de saúde da população brasileira, nos dois últimos decênios, refletindo os resultados benéficos da utilização dos modernos recursos médico-sanitários e do levantamento progressivo dos padrões de vida, mais acentuado em algumas áreas do país.

A constatação dessa melhoria, contudo, não deve implicar em otimismo exagerado, sendo obrigatório reconhecer que a situação sanitária da população brasileira, como um todo, continua distanciada dos níveis considerados meramente satisfatórios como estão a indicar as taxas ainda elevadas de mortalidade geral e infantil, tradutores sensíveis dessa situação. Importa, sobremaneira, visando a acelerar o ritmo da evolução favorável dos níveis de saúde das coletividades brasileiras, atacar técnica, honesta e realisticamente, de parceria com as medidas indispensáveis que objetivam a promoção do desenvolvimento econômico, consubstanciadas nas reformas estruturais do país, os pontos vulneráveis que definem a situação sanitária vigente, caracterizada, em resumo, por:

- 1 - Predominância das doenças ditas de massa;
- 2 - Persistência de doenças transmissíveis controláveis por recursos imunitários há muito disponíveis;
- 3 - Pocos residuais de pestilências;
- 4 - Precariedade do saneamento do meio físico, beneficiando, apenas, pequena parcela da coletividade;
- 5 - Problemas alimentar e habitacional prevalentes nas áreas subdesenvolvidas e nas populações marginalizadas dos grandes centros urbanos;
- 6 - Carência de serviços de assistência médico-sanitária às coletividades rurais;
- 7 - Baixo rendimento do armamento hospitalar e serviços de saúde pública, em geral, (duplicidade de órgãos, inexistência de planejamento válido, ausência de integração de atividades preventivas e curativas); e
- 8 - Precariedade dos serviços estatísticos.

TABELA XXXVIII

COEFICIENTES MÉDICOS DE MORBIDADE GERAL
(POR 1 000 HABITANTES) NAS CAPIAIS BRA-
SILEIRAS PARA OS PERÍODOS 1940/1950 E
1950/1960

PERÍODOS	COEFICIENTES
1940 - 1950	18,5
1950 - 1960	13,5

Fonte: S.F.Re.

TABELA XXXVII

COEFICIENTES GERAIS DE MORTALIDADE (POR 1.000 HAB.)
 NAS CAPITAIS BRASILEIRAS
 1930 - 1940 - 1950 - 1960

CAPITAIS	Coeficientes (p/ 1.000 hab.)			
	1930	1940	1950	1960
MANAUS	15,5	17,9	15,0	13,0
BELEM .....	...	28,5	16,6	11,1
SÃO LUIZ	17,8	21,2	17,1	11,2
TEREZINA	16,1	20,9	19,7	11,2
FORTALEZA	21,9	26,5	24,9	19,6
NATAL	27,7	31,1	27,0	18,9
JOÃO PESSOA .....	...	31,1	25,2	21,1
RECIFE	31,4	29,2	23,5	16,3
MACEIÓ .....	...	29,4	22,0	19,2
ARACAJÚ	20,9	20,0	17,9	14,4
SALVADOR	23,9	26,0	19,0	14,7
BELO HORIZONTE	18,6	19,9	15,1	11,2
VITÓRIA	25,5	25,0	21,5	15,3
NITERÓI	20,5	19,7	15,2	11,3
RIO DE JANEIRO (1).....	17,1	17,8	13,0	10,2
SÃO PAULO	14,4	13,0	10,1	8,3
CURITIBA	13,7	14,4	13,0	11,6
FLORIANÓPOLIS	21,8	22,5	12,3	10,6
PORTO ALEGRE	18,9	20,4	14,2	11,1
CUIABÁ .....	...	19,7	18,9	14,7 (x)
GOIANIA (2) .....	...	41,9	17,1	11,3
BRASÍLIA (3) .....	...	...	...	...

(1) Distrito Federal até 21/4/60

(2) Existente em 1930

(3) Existência em 21/4/1960

(x) Dado estimado

FONTE:

TABELA XL
 COEFICIENTES MÉDIOS DE MORTALIDADE INFANTIL
 (por 1000 nascidos vivos) POR REGIÕES
 FISIOGRAFICAS, NO BRASIL,
 1941, 1950 e 1960

REGIÕES FISIOGRÁFICAS	C O E F I C I E N T E S		
	1941	1950	1960
Norte	246,2	137,9	122,7 (x)
Nordeste	317,0	270,1	229,2
Leste	204,6	159,5	140,9
Sul	198,3	135,4	99,7
Centro-Oeste	280,7	135,4	103,5

(x) Dados referentes a Belém e Manaus

Fonte: S.F.Ba.

TABELA XLI
 COEFICIENTES MÉDIOS DE MORTALIDADE GERAL
 (por 1.000 habitantes) POR REGIÕES
 FISIOGRÁFICAS, NO BRASIL,
 1940, 1950 e 1960

REGIÕES FISIOGRÁFICAS	C O E F I C I E N T E S		
	1940	1950	1960
Norte	23,2	15,8	12,0 (x)
Nordeste	27,0	22,7	16,7
Leste	21,4	16,9	12,8
Sul	17,5	12,4	10,4
Centro-Oeste	30,8	18,0	13,0

(x) Dados referentes a Belém e Manaus.

Fonte: S.F.Ba.

TABELA

COEFICIENTES DE MORTALIDADE INFANTIL (P/1.000 NASCIDOS VIVOS)
NAS CAPITAIS BRASILEIRAS

1941 - 1950 - 1960

CAPITAIS	COEFICIENTES		
	1941	1950	1960
MANÁUS	302,9	171,1	102,5
BELEM	189,6	104,7	142,9
SÃO LUIZ	230,8	165,8	145,9
TEREZINA	501,1	292,0	298,8
FORTALEZA	209,1	352,8	250,2
NATAL	334,8	438,9	363,4
JOÃO PESSOA	295,1	185,8	169,1
RECIFE	293,0	230,4	151,7
MACEIO	355,4	225,1	225,9
ABACAJÚ	243,5	221,5	343,0
SALVADOR	249,8	220,6	145,9
BELO HORIZONTE	155,5	103,6	96,1 (xx)
VITÓRIA	211,6	137,2	94,7 (x)
NITERÓI	185,1	111,2	95,7
RIO DE JANEIRO (1)...	182,2	109,1	70,0
SÃO PAULO	135,1	89,7	62,9
CURITIBA	124,2	104,2	133,5 (x)
FLORIANÓPOLIS	303,7	139,1	...
PORTO ALEGRE	230,3	128,6	102,8
GUIABÁ	282,7	152,7	93,1 (xx)
GOIÂNIA	278,8	118,2	111,0 (x)
BRASÍLIA (2) .....	...	...	...

(1) Distrito Federal até 21.4.1960

(2) Existência em 21.4.60

(x) Dados estimados

(xx) Dados de 1959

FONTE:

TABELA XIII

COEFICIENTES DE MORTALIDADE (POR 100.000 HABITANTES)
 POR TODAS AS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS, EX-
 CLUINDO TUBERCULOSE, NAS CAPITAIS
 BRASILEIRAS

1930 - 1940 - 1950 - 1960

CAPITAIS	COEFICIENTES			
	1930	1940	1950	1960
MANAUS	620,0	605,6	302,9	...
BELEM .....	...	710,6	281,1	104,3
SÃO LUIZ	121,9	385,3	196,1	106,5
TEREZINA	241,6	270,2	289,8	102,8
FORTALEZA	316,7	338,6	252,8	...
NATAL	730,6	656,1	383,2	100,9
JOÃO PESSOA .....	...	529,3	236,2	...
RECIFE	406,0	519,0	405,6	181,1
MACEIO .....	...	724,9	363,7	210,8
ARACAJU	266,3	201,0	116,2	26,1
SALVADOR	349,2	408,3	179,5	112,2
BELO HORIZONTE	230,7	259,3	112,8	...
VITORIA	306,9	312,6	229,8	172,4
NITERÓI	189,3	198,0	130,5	43,3
RIO DE JANEIRO (1)..	456,2	205,7	115,7	45,9
SÃO PAULO	144,5	141,1	58,5	44,1
CURITIBA	116,1	192,9	90,3	...
FLORIANÓPOLIS	161,3	196,0	116,8	...
PORTO ALEGRE	196,0	211,7	82,2	42,3
GOIÂNIA (2) .....	...	991,7	220,7	...
BRASÍLIA (3) .....	...	...	...	...
CUIABÁ .....	...	420,5	181,1	...

(1) Distrito Federal até 21.4.60

(2) Inexistente em 1930

(3) Existência em 21.4.1960

FONTE:

REFERÊNCIAS

- (1) PLANO TRIENAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL - Setor de Saúde -
- (2) Novais, M. - "INTEGRAÇÃO DO PROBLEMA DA SAÚDE NA POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO" - Conferência pronunciada no X Curso de "Treinamento em Problemas de Desenvolvimento Econômico", da CEPAL - Curitiba, 1963.
- (3) Novais, M. - "SAÚDE E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO" - Edição CPE - Bahia - 1961.
- (4) XV CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE - Recomendações Aprovadas - Recife, 1962.
- (5) Lasoste, Y. - "OS PAÍSES SUBDESENVOLVIDOS" - Difusão Europeia do Livro, São Paulo, 1961.
- (6) "DESENVOLVIMENTO & CONJUNTURA" - Ano VII, nº 3 - Março, 1963.
- (7) "PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO SUBDESENVOLVIMENTO" - Desenvolvimento & Conjuntura - Ano VI, nº 5 - Maio, 1962.
- (8) Coutinho, J.O. - "ÔBICES PARA A SOLUÇÃO DOS PROBLEMAS MEDICO-SANITÁRIOS EM ÁREAS DE SUBDESENVOLVIMENTO" - Arquivos de Higiene e Saúde Pública - Vol. XXVIII, nº 98 - Junho, 1963.
- (9) Presidente João Goulart - MENSAGEM AO CONGRESSO NACIONAL - 1963.
- (10) "ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL" - 1962 - I.B.G.E.
- (11) Mascarenhas, R.S. - "ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL" - I Seminário de Saúde Pública - Associação Médica Brasileira - Fortaleza, 21/22 outubro, 1963.
- (12) Cit. in (3).
- (13) Moraes, N.L.A. - "NÍVEIS DE SAÚDE DE COLETIVIDADES BRASILEIRAS" - Fundação Serviço Especial de Saúde Pública - 1957.
- (14) Camargo, J.F. - "DEMOGRAFIA ECONÔMICA" - Livraria Progresso Editora - Bahia.
- (15) Secrselli, A. - "EPIDEMIOLOGIA E PROFILAXIA DAS ENDEMIAS RURAIS" - (Tese) - Sep. da Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais - Vol. XII, nº 2 - Abril/Junho, 1960.
- (16) Pinotti, M. - Discurso de Posse como Ministro da Saúde - 1958.
- (17) SERVIÇO NACIONAL DE TUBERCULOSE - Exposição de Motivos ao D.N.S. - 1963.

- (18) Martins, T.S. - "ALIAS EM HOSPITAIS DESTINADOS AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE" - Revista do S.N.T. - Vol. VII, nº 25 - 1963.
- (19) Castelo Branco, F.C. - "CONTRÔLE DA LEPRA NO BRASIL" - Rio de Janeiro, 1963.
- (20) SERVIÇO NACIONAL DE LEPRA - Relatório de Atividades - 1963.
- (21) Diniz, Orestes - "NOVA FASE DA LUTA CONTRA A LEPRA NO BRASIL" - In "Variações em Torno de um Mesmo Tema" - Rio de Janeiro, 1959.
- (22) Pessoa, S.B. - "ENDEMIAS PARASITÁRIAS DA ZONA RURAL BRASILEIRA" - Fundo Editorial Prociens - São Paulo - 1963.
- (23) Pellon e Teixeira - Cit. por Luís Rey in "Contribuição para o Conhecimento da Morfologia, Biologia e Ecologia dos Planorbídeos Brasileiros Transmissores da Esquistossomose. Sua Importância em Epidemiologia" - S.N.E.S. - 1956.
- (24) Costa, D. - "PROBLEMAS DE NUTRIÇÃO E SAÚDE PÚBLICA" - Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais - Vol. XIV, nº 3 - Jul./Set. 1962.
- (25) Borges, P. - "ALIMENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO" - Trabalho apresentado ao XV Congresso Brasileiro de Higiene - Recife, 9/15 dezembro, 1962.
- (26) Costa, D. - "A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE NOS PLANOS DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO" - Folhas de Atualidades em Saúde Pública - Nº 18 - Abril, 1963 - D.N.E.Ru.
- (27) Boletim do D.N.Cr. - M.S. - 1961.
- (28) Relatório da Divisão de Organização Sanitária - 1962 - D.N.S.
- (29) "ANUÁRIO DE EPIDEMIOLOGIA Y ESTADISTICA VITAL" - 1960 - Tomo II: Comentários - Caracas - 1963.
- (30) Constituição Federal - 1946.
- (31) "SITUAÇÃO BRASILEIRA NO CAMPO DO ABASTECIMENTO D'ÁGUA" - FSESP - 1963.
- (32) Grimberg, J. - "CAUSAS E EFEITOS DA PROTEÇÃO DISSOCIADA À INFÂNCIA" - Jornal de Pediatria - Nº 4/3 - 1958 - Rio de Janeiro.
- (33) Moraes, N.L.A. - "A SITUAÇÃO SANITÁRIA DO NORDESTE" - Trabalho apresentado ao XV Congresso Brasileiro de Enfermagem - Fortaleza - 14/21 julho, 1963.
- (34) Magalhães, M. - Informe especial.

III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Item b

DISTRIBUIÇÃO E COORDENAÇÃO DAS
ATIVIDADES MÉDICO-SANITÁRIAS
NOS NÍVEIS FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL

9-14 de dezembro de 1963

b) - DISTRIBUIÇÃO E COORDENAÇÃO DAS ATIVIDADES MÉDICO-SANITÁRIAS
NOS NÍVEIS FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL

A estrutura administrativa brasileira vem passando por evolução lenta e difícil, condicionada pela vasta extensão territorial e fundas diferenças de desenvolvimento regional.

Partindo de país unitário e monárquico, com todo o poder centralizado na corte, o Brasil viveu alguns anos de república federativa, em que a autonomia estadual foi outorgada às antigas províncias, para novamente voltar, no período de 1937-1946, ao poder centralizado e unitário durante todo o período do Estado Novo.

Somente a partir de 1946, com a promulgação da Constituição que ora nos rege, foi novamente assegurada a autonomia estadual - Artigo 18 "Cada Estado se regerá pela Constituição e pelas leis que adotar, observados os princípios estabelecidos nesta Constituição". Por sua vez o Artigo 28, alínea (b), item II, assegurou a organização dos serviços públicos locais pelos próprios municípios.

A clara intenção municipalista da Constituição de 1946 não poderia se tornar realidade na prática, pela ausência mesma de possibilidades financeiras dos municípios aos quais tocava parcela insignificante da arrecadação nacional. O Governo Federal absorvia a maior parte dos recursos, seguindo-se-lhe o Estado e deixando aos municípios tributos sem maior significação financeira. A situação de insolvência de alguns Estados e da grande maioria dos municípios brasileiros resultou, conseqüentemente, na ditadura financeira e administrativa da União com desconhecimento tácito da organização municipal. E o que ocorria em todos os setores da administração pública, em geral, não poderia deixar de influir, igualmente, no campo da saúde pública.

Visando a sanar tais inconvenientes, a Emenda Constitucional nº 5 alterou os parágrafos 4º e 5º do Artigo 15, devolvendo-se aos municípios, respectivamente, 10 e 15% dos impostos de consumo e de renda.

Era o início da possibilidade de tornar efetiva a autonomia municipal, assegurando-lhe um mínimo de recursos próprios. Novas perspectivas se poderiam então descortinar na distribuição e coordenação das atividades municipais.

A redistribuição tributária acima referida, visando a uma objetiva política municipalista, está ameaçada de neutralização e colapso, pela desenfreada multiplicação do número de municípios, nem sempre atendendo a critério de desenvolvimento e descentralização mas antes a interesses pessoais e políticos; e da lei que fixou a distribuição das quotas do imposto de renda em partes iguais a todos os municípios (Lei 305 de 18.7.1948). Sendo o Estado a unidade federativa da União, nos termos da Constituição Federal, mais razoável é que a partilha se processasse equitativamente pelos Estados mediante critérios que atendessem à densidade demográfica, renda "per capita" e outros julgados de importância ao plano de desenvolvimento nacional, devendo tais recursos continuar sendo entregues diretamente aos municípios.

Com o critério atual, o que se verifica é a tendência dos Estados de aumentarem cada vez mais o número de seus municípios, para participarem com divisor maior na partilha do imposto de renda. Basta referir que o total de municípios brasileiros passou, no período de 31 de dezembro de 1958 a 1º de agosto de 1963, de 2 631 para 3 720, grande número deles com irrisórias arrecadações tributárias municipais, incapacitando-os para qualquer programa efetivo e útil de administração local.

As atividades sanitárias no Brasil, a partir dos êxitos espetaculares alcançados por Oswaldo Cruz nas suas campanhas contra as doenças pestilenciais no Rio de Janeiro, limitaram-se à ação federal. Assim, o saneamento rural e a saúde pública ao tempo de Carlos Chagas, consideravam os problemas específicos estritamente no âmbito federal, em face da fragilidade das estruturas estaduais da época.

Após a criação do Ministério da Educação e Saúde em 1931, e especialmente a partir de 1937, com o Estado Novo, a interferência do poder central na Saúde Pública dos Estados se acentuou, ultrapassando as suas atribuições normativas, supletivas e coordenadoras para a ação executiva direta e muitas vezes intempestiva.

O advento das "Campanhas" agravou o problema, estabelecendo-se, praticamente, uma estrutura executiva própria, dispendiosa e quase sempre desvinculada das organizações estaduais. Frequentemente os organismos federais condicionavam sua colaboração à renúncia, por parte do Estado, da administração do serviço estadual, no todo ou em parte.

Entre as distorções criadas com a instituição das "Campanhas especiais", avultam as de intromissão do governo federal na manutenção de instituições tipicamente estaduais, com recursos exclusivos do governo federal. Sanatórios de tuberculose, hospitais de doentes mentais, os

já superados centros de tratamento rápido de doenças venéreas e várias outras instituições foram sendo gradativamente passados à responsabilidade federal.

As autoridades estaduais e locais consideravam, "a priori", que tais serviços não lhes diziam respeito, omitindo-se da responsabilidade e reservando-se apenas o direito de criticar as deficiências e reclamar melhor produção.

O Congresso Nacional aumenta gradativamente as obrigações financeiras da União para com as instituições assistenciais, e uma das metas de grande número de prefeitos é conseguir construir um hospital e passá-lo à responsabilidade do governo federal.

O custo das atividades médico-sanitárias, inclusive as de saneamento, no Orçamento da União, sobe cada ano, atingindo no corrente exercício a aproximadamente 12.0% da despesa. Ao Ministério da Saúde cabem, apenas, 4.2% do Orçamento da União. É evidente a enorme dispersão de recursos, uma vez que as verbas da Previdência Social e as do Ministério da Viação, destinadas a atividades de saúde, praticamente equivalem às do Ministério da Saúde, que tem a tarefa de coordenar e suplementar as atividades nacionais de Saúde Pública.

O que é mais grave em todo esse investimento é que, apesar do vulto dos recursos distribuídos, cerca de dois terços dos municípios não recebem qualquer assistência.

A disparidade de aplicação dos recursos da Previdência Social nas Capitais e nos grandes centros é o tributo natural da urbanização produzida pela industrialização, determinando pressões das massas e do mercado de trabalho para a inversão dos recursos assistenciais nessas regiões, com as conseqüências negativas para as outras, que seriam forçadas a aguardar melhores oportunidades, se aceitássemos, passivamente, a tese que considera saúde pública sub-produto do desenvolvimento sócio-econômico.

Radicalizar princípios e conceitos num e noutro extremo das idéias não nos leva a nenhuma solução construtiva. Urge encontrar o caminho de produzir o máximo de benefícios para o maior número de indivíduos, pela aplicação conscienciosa e honesta dos recursos que nos são outorgados dentro da técnica, e ajustando a qualidade e a quantidade dos serviços a ministrar numa área a seu grau de desenvolvimento e valor econômico. Considerando que a saúde humana, como qualquer outro bem, benefício ou patrimônio, será função da aptidão dos indivíduos em adquiri-la e man-

tã-la, é imprescindível, todavia, que não se exagere essa preliminar, indiscutivelmente correta. A saúde custa dinheiro para ser preservada e recuperada. A aplicação de recursos nesse campo deverá ser corretamente feita para se enquadrar no processo de desenvolvimento a que ela está vinculada como um dos seus componentes.

É preciso reconhecer que determinada orientação e metodologia aplicadas no encaminhamento dos problemas sanitários brasileiros, embora tenham dado resultados satisfatórios e algumas vezes notáveis, já não se ajustam à moderna conceituação técnica e social. A erradicação do A. aegypti e do A. gambiae é o resultado indiscutido da técnica e da organização sanitária brasileiras. Evidencia-se que a existência de uma estrutura adequada foi e continua sendo essencial à melhoria das condições sanitárias, possibilitando a utilização dos recursos colocados à sua disposição, como os inseticidas de ação residual e os antibióticos, que reduziram a níveis insignificantes a malária, a boubá e as doenças venéreas. O ressurgimento da malária e o aumento da prevalência das doenças venéreas mostram que a mera existência dos recursos não é suficiente para manter sob controle a situação sanitária. Urge aplicá-los criteriosamente e oportunamente.

A rede hospitalar, por exemplo, repousa, ainda, na estrutura multi-centenária das instituições de misericórdia e existe tendência a custeá-la, cada vez mais, à conta do Tesouro Nacional. Cerca de 62.1% do total de leitos existentes no Brasil pertencem a entidades ditas particulares que, no entanto, dependem cada vez mais do auxílio do poder público para seu custeio. Tal orientação contraria os princípios da organização democrática que tornam incompatível o emprêgo de dinheiro público para fins de caridade ou filantropia.

Os responsáveis pelas repartições estaduais de saúde se limitam a copiar os organogramas federais, em decalque muitas vezes pouco feliz, ignorando a realidade, não atendendo às prioridades dos problemas vigentes e tornando-os, assim, inoperantes.

Tal distorção foi resultado, igualmente, da transposição sem adaptação, no âmbito federal, de métodos e técnicas alienígenas importadas de países que já haviam superado as fases das doenças transmissíveis, do saneamento do meio, da mortalidade materna e infantil e que já haviam enveredado pelo controle das doenças degenerativas, das doenças profissionais e dos acidentes.

É o que se viu foi a criação de Serviços Estaduais de Câncer e outros em Departamentos de Saúde, onde nem sequer o controle das doenças pestilenciais havia sido organizado. O zelo por determinado pro -

blema empolgava a tal ponto os seus entusiastas que se chegou ao requinte de incluir na própria Constituição de uma das Unidades da Federação, a criação de departamento especializado.

Considerados todos esses aspectos do problema, reconhecidos os erros e a necessidade de ajustar as organizações e os métodos de trabalhos às exigências impostas pela realidade nacional, várias tentativas esparsas de reformulação de programas e atividades foram sendo estudadas, desenvolvidas e aplicadas, com base na experiência que é a grande mestra, pois no dizer de Fontana "só uma classe de homens não erra - a dos que nada produzem".

A assistência médica integrando as atividades de saúde pública foi das primeiras conquistas a revolucionar a concepção clássica importada dos Estados Unidos da América, que proibia tais serviços em Postos de Higiene.

A orientação da luta contra a tuberculose e contra a lepra, utilizando-se das unidades sanitárias locais, com descentralização da assistência e de atendimento às comunidades rurais, é clara evidência da evolução dos métodos ora adotados, substituindo a política inicial das Campanhas que se limitavam aos grandes agrupamentos urbanos, principalmente das capitais, onde eram construídos grandes nosocômios.

O saneamento do meio, desenvolvido como etapa fundamental nas prioridades de saúde e a instituição da administração de serviços de abastecimento d'água em nível municipal, foi conquista apreciável como demonstração da capacidade local de assumir responsabilidade por seus serviços.

Também o SESP, criado e desenvolvido como serviço assistencial executivo, atuando diretamente, evoluiu para o trabalho em cooperação, orientando e suplementando serviços estaduais ou municipais, por intermédio dos Serviços Cooperativos ou dos Programas Integrados, em ampla regionalização de recursos e atividades.

Quanto à formação e treinamento de pessoal, o panorama nacional modificou-se profundamente nos últimos 20 anos. Numerosa equipe de técnicos foi preparada, compreendendo médicos, engenheiros, enfermeiras, dentistas, educadores sanitários, arquitetos e outros, a possibilitar eficiência técnica e até mesmo a realização desta Conferência. E não é possível deixar de mencionar, neste momento, o cuidado que, pela formação de técnicos, teve o autor da última reforma do Departamento Nacional de Saúde em 1941, João de Barros Barreto, bem como a colaboração e o incentivo que neste campo tem exercido o SESP.

Apesar de todos êsses esforços, mais não foi conseguido, possivelmente pela descontinuidade administrativa, causa importante na inoperância dos serviços, tanto federais quanto estaduais. Basta assinalar que no período de junho de 1960 a junho de 1963 houve oito ministros de Estado, um subsecretário que respondeu três meses pela pasta, além de ficar o Ministério da Saúde por mais de um mês sem qualquer titular ou responsável. A descontinuidade gera interferências políticas nocivas, afetando a distribuição dos auxílios aos Estados e Municípios à margem das recomendações de ordem técnica.

Ao apreciar os aspectos citados, pretende-se ressaltar o que foi tentado até agora para alcançar melhor rendimento das atividades nos programas sanitários brasileiros.

Entretanto, constitui matéria pacífica que os técnicos de saúde pública não estão satisfeitos com a maneira pela qual as atividades médico-sanitárias vêm sendo desenvolvidas nos diferentes níveis administrativos do País. É essencial modificar a estrutura vigente e sua coordenação, de modo a torná-las mais eficientes e atuantes, ajustadas à realidade nacional, considerados os diversos níveis federal, estadual e municipal.

Desta Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Senhor Presidente da República, por proposta do Senhor Ministro da Saúde, com fundamento na Lei nº 378, de 13.1.1937, esperam todos que da discussão e do trabalho desenvolvido com espírito construtivo e realista resultem novas diretrizes de ação condizentes com a realidade brasileira, considerada na devida conta a parcela de responsabilidade que tem cada um de nós no que foi feito, no que pretendemos executar e no que efetivamente nos será permitido cumprir.

Partindo da premissa de que a efetiva melhoria do estado sanitário de uma coletividade não poderá ser alcançada sem uma atuação contínua e apropriada, impõe-se, como medida preliminar, a criação de uma infra-estrutura sanitária local, capaz de executar e dar continuidade aos programas de saúde pública, com o aproveitamento integral e realista dos recursos humanos e materiais de que possamos dispor de fato.

O estabelecimento de uma infra-estrutura sanitária local não envolverá, obrigatoriamente, a construção ou instalações de prédios de tipo pré-determinado, nem a utilização de pessoal de nível universitário. A alegada falta de médicos e enfermeiras não constitui justificativa bastante para o abandono a que está relegada grande parcela da população rural.

A infra-estrutura a ser estabelecida poderá variar desde a simples atuação de um elemento auxiliar, com treinamento mínimo, até os serviços de alta especialização, de acôrdo com os problemas existentes e com a capacidade técnica, financeira e administrativa da coletividade considerada.

A criação e a manutenção de uma infra-estrutura sanitária assim concebida importarão na inversão de recursos provenientes da renda nacional. Convém, neste ponto, definir se seria ou não conveniente ao desenvolvimento nacional aplicar tais recursos.

Compreende-se claramente que a atenção aos bens básicos - como educação, saúde, solo, minérios - demandam programas de extensa duração, cujos resultados só aparecem após longos anos de grandes investimentos. Contudo, o investimento governamental deve transpor os estreitos limites do mercantilismo imediatista, que caracteriza o investimento privado. É dentro desta linha de pensamento que os estados socialistas, simultaneamente ao esforço de implantação das indústrias de base e de modernização da agricultura, vêm fazendo investimentos maciços "a fundo perdido" - se considerada a necessidade do retorno rápido do capital - em atividades sociais como a educação e a saúde.

No relatório do "Seminário sobre a Organização de Serviços Epidemiológicos e seu Papel no Contrôlo das Doenças Transmissíveis", realizado na União Soviética em outubro último, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde, as autoridades soviéticas fizeram questão de destacar que, "desde os primórdios do atual regime, em pleno período de desenvolvimento, agravado pelas lutas internas, sêcas prolongadas e enorme escassez de alimentos, foi mantida diretriz uniforme, aceita e defendida até hoje, que as inversões no campo da saúde são fundamentais para o desenvolvimento do país".

Accepta a necessidade de inversões para a criação da infra-estrutura sanitária local, o que importa agora é planejar sua ação, através da redistribuição dos recursos, dentro de um programa escalonado, consideradas as prioridades nacionais de saúde e o grau de desenvolvimento sócio-cultural e econômico de cada área. Conhecendo e aproveitando a experiência dos países capitalistas e dos países socialistas, o que nos cabe é fixar a nossa própria diretriz no campo da assistência médico-sanitária a ser desenvolvida no nosso meio, ficando definido que a participação financeira do município nas atividades locais de saúde constituirá condição precípua para sua credenciação ao auxílio e cooperação por parte dos Governos Federal e Estadual.

Como primeiro passo, é importante definir as atribuições dos vários níveis da administração governamental do país. Assim sendo, propõe-se à consideração da III Conferência Nacional de Saúde o seguinte esquema de atribuições:

À União competiria, sem prejuízo das atribuições fixadas na Constituição Federal:

- 1) Fixar o Plano-Diretor da Saúde Pública Nacional.
- 2) Orientar, coordenar e supervisionar a execução do Plano-Diretor, distribuindo os recursos rigorosamente de acôrdo com os critérios estabelecidos no mesmo.
- 3) Preparar e aperfeiçoar pessoal especializado.
- 4) Realizar estudos e pesquisas aplicadas.
- 5) Padronizar, fabricar produtos profiláticos e exercer contrôle sôbre sua utilização.
- 6) Regulamentar a produção, distribuição e venda de produtos terapêuticos.
- 7) Estabelecer as normas técnicas gerais a serem cumpridas em todo o território nacional.
- 8) Manter laboratórios de referência para diagnóstico, bem como fixar os padrões mínimos e normas de contrôle dos alimentos.
- 9) Estimular e supervisionar a coleta de dados estatísticos referentes à saúde em todo o território nacional e proceder à sua análise.
- 10) Cumprir e fazer cumprir os preceitos sanitários decorrentes de entendimentos internacionais.

Aos Estados, além da legislação supletiva que lhes é assegurada na Constituição Federal, e sem prejuízo das atribuições fixadas nas respectivas Constituições Estaduais, competiria:

- 1) Fixar o Plano-Diretor da Saúde Pública Estadual, levando em conta os critérios estabelecidos no Plano-Diretor Nacional.
- 2) Orientar, coordenar e supervisionar as atividades de saúde pública incluídas no seu Plano-Diretor.
- 3) Preparar pessoal auxiliar de Saúde Pública.
- 4) Prestar assistência médico hospitalar aos doentes mentais, de tuberculose e de lepra.

- 5) Manter hospitais e unidades mistas regionais de apoio aos órgãos sanitários municipais.
- 6) Suplementar técnica e financeiramente as atividades sanitárias municipais.
- 7) Manter laboratórios para diagnóstico bacteriológico e controle bromatológico.
- 8) Exercer a fiscalização do exercício profissional e do comércio de drogas, obedecida a legislação federal pertinente.

Ao Município competiria:

- 1) Organizar os serviços locais de saúde, atendidos os critérios fixados nos Planos-Diretores Nacional e Estadual, ajustados às suas reais condições financeiras, culturais e administrativas.
- 2) Estabelecer, em lei municipal, a obrigatoriedade da participação financeira do município na manutenção das atividades de saúde e saneamento.
- 3) Operar e manter serviços de abastecimento d'água, de remoção de dejetos e de lixo.
- 4) A admissão de pessoal, visando a vincular esses servidores à organização municipal e a criar uma infra-estrutura permanente.

LEI MUNICIPAL N°

cria o Serviço de Saúde Municipal e dá outras providências.

O Prefeito Municipal de

Faço saber que a Câmara Municipal aprovou e eu sanciono, de acordo com o Artigo ..., item ..., alínea ... da Constituição do Estado.

Artigo 1º - Fica instituído o Serviço de Saúde Municipal a quem compete:

I - Organizar e executar as atividades locais de saúde e saneamento.

II - Administrar e manter as Unidades de Saúde e Assistência existentes ou a serem criadas no Município.

Artigo 2º - O Serviço de Saúde Municipal executará suas atividades, segundo as diretrizes legais e técnicas dos serviços federais e estaduais de saúde e em íntima colaboração com os mesmos.

Artigo 3º - Para atender às despesas com o Serviço de Saúde Municipal é criado o Fundo Municipal de Saúde, integrado com os recursos seguintes:

I - Verba equivalente a dez por cento (10%) da receita global (tributária e transferida) do Município;

II - os auxílios da União e do Estado;

III - as subvenções, doações, legados e rendas resultantes de retribuição de serviços e taxas específicas.

Artigo 4º - Os gastos com pessoal, à conta dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, não poderão, em nenhum caso, exceder a 40% da sua arrecadação anual.

Artigo 5º - Os recursos integrantes do Fundo de Saúde Municipal independem do ano fiscal e não serão recolhidos aos cofres municipais ao fim do exercício financeiro.

Artigo 6º - A presente lei será regulamentada dentro de 60 (sessenta) dias.

Artigo 7º - Revogam-se as disposições em contrário.

III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

c) MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

9-14 de dezembro de 1963

c) MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

As atividades sanitárias no Brasil têm conseguido grandes triunfos, ninguém o pode contestar. As condições sanitárias do Rio de Janeiro, e muito mais as do resto do país nos princípios do século, eram verdadeiramente calamitosas. O panorama atual é inteiramente diverso, tendo sido o crescimento da economia nacional fator decisivo para esta modificação. Os trabalhos de saúde pública atenderam com eficiência e presteza aos reclamos nacionais, contribuindo decisivamente para que o esforço nacional não fosse comprometido pela presença em nossos portos de doenças pestilenciais e todas as suas consequências. Não há dúvida que decorreu do trabalho das nossas autoridades sanitárias, que se tornasse efetiva a lei de abertura dos portos ao comércio de todas as nações.

Foram conseqüentemente desaparecendo do quadro nosológico do país as doenças infecciosas de longa incidência e de grande repercussão internacional: cólera, peste, varíola e febre amarela, doenças que hoje, não resta a menor dúvida, se encontram praticamente erradicadas ou sob controle, não representando mais nenhum perigo iminente. Da mesma forma outras enfermidades de menor importância pelas suas conseqüências internacionais, porém, nem por isto menos graves no que diz respeito aos sofrimentos que determinavam as nossas populações, também vêm sendo submetidas a uma ação decisiva das autoridades sanitárias e entrando em rápido declínio, tais como: malária, tracoma, boubas, poliomielite, bócio, sífilis, gonorréia, febre tifóide.

É, pois, evidente e merecedor de reconhecimento nacional, o esforço, a dedicação e o trabalho daquêles que anônimamente, e muitas vezes com salários irrisórios, vêm se dedicando à melhoria do estado sanitário do nosso País.

Acontece, porém, que, quando examinamos o trabalho permanente do sistema sanitário do País, isto é, as atividades ligadas aos problemas gerais de saúde pública, constata-se a sua ineficiência, por inadaptação às necessidades e possibilidades do povo brasileiro. Para caracterizar esta ineficiência basta referir os seguintes fatos que são indiscutíveis e de maior importância:

- a) Ainda hoje grande parte da população brasileira não é servida, em caráter permanente, por nenhuma serviço de saúde pública que lhe atenda

as mais simples necessidades: imunização contra as várias doenças transmissíveis que têm neste sistema sua profilaxia; fiscalização de gêneros alimentícios; inspeção sanitária promovendo a remoção higiênica dos dejetos; auxílio permanente na solução dos problemas de saneamento básico;

- b) se é verdade que com a instalação dos serviços médicos dos Institutos e das Caixas de Pensões e Aposentadorias, e dos Serviços de Pronto Socorro, mal ou bem, as populações das Capitais dos Estados e de muitas cidades importantes do interior, vêm obtendo uma assistência médica ainda merecedora de críticas, mas de qualquer forma resolvendo muitas situações difíceis, grande parte da nossa zona rural não dispõe de menor apoio neste terreno, ficando inteiramente entregue aos curandeiros, às curiosas sem o menor conhecimento do seu ofício, e como terapêutica, a utilização das mais absurdas práticas ligadas à credulidade e ao empirismo;
- c) não conhecemos no Brasil quantos morrem, nem quantos nascem por ano. A organização sanitária brasileira trabalha, assim, sem bússola, pois com absoluta razão já no início do século afirmava o nosso ilustre patrono Oswaldo Cruz: "A Estatística Sanitária é a bússola da Saúde Pública." É claro que, se não se sabe quantos morrem, muito menos se pode saber de que morrem, e logicamente, não está a saúde pública em condições de medir com certa precisão os resultados do seu trabalho, e muito menos, o que deverá fazer para melhor atender às suas finalidades de defender a vida das populações.

O Ministério da Saúde aceita hoje a hipótese formulada e defendida, desde algum tempo, por alguns dos seus técnicos, que esta situação resulta fundamentalmente de que a organização sanitária brasileira permanente desde o seu início, tem sido vítima de não se ajustar às condições sócio-econômicas do País. Percorrendo em rápida síntese a história da saúde pública nacional, verificamos a constatação desta hipótese. Senão vejamos:

A primeira organização sanitária do Brasil foi criada por D. João VI, que, na sua fuga para o nosso País, perseguido pelo exército Junco, trouxe muitos dos mais notáveis cirurgiões do Reino e chegando à Bahia, a 26 de janeiro de 1808, já em 7 e 9 de fevereiro baixava alvarás, transferindo para o Brasil toda a legislação sanitária de Portugal, sem nenhuma consideração pelas realidades locais.

É claro que apresentando o Brasil e Portugal condições intei-

ramente diferentes: área, densidade demográfica, situação econômica, cultural e outras, não poderia a legislação portuguesa satisfazer às necessidades brasileiras.

Portugal, por sua importância mundial no início do século XIX, dispunha de uma legislação sanitária bastante avançada mas inadaptável à situação de atraso do Brasil. Este mau início, aliás, parece vir perseguindo a nossa organização sanitária pois, estamos continuamente pretendendo introduzir medidas médico-sanitárias que, dando bons resultados em países de elevado nível econômico social, não chegam a funcionar no Brasil, não só por falta de recursos em pessoal e material para a sua ampla utilização, mas também porque não raro não são necessárias às nossas condições sanitárias. Outro prejuízo de graves consequências que nos foi legado pela legislação de D. João VI, foi a imposição da centralização administrativa.

Estes dois equívocos da primeira legislação sanitária outorgada ao País, ainda hoje vêm prejudicando a formulação de uma política de saúde pública que atenda às nossas reais necessidades.

É assim que, por sucessivas reformas, o nosso sistema sanitário vem sendo levado a adotar medidas e providências que, sendo talvez de grande alcance em países de elevado grau de desenvolvimento, não se ajustam às nossas condições. Já hoje ninguém discute que a nosologia de cada população é, de fato, uma decorrência de sua estrutura econômica; assim os problemas sanitários dos países subdesenvolvidos são peculiares a esta condição, de forma que as atividades médico-sanitárias também são distintas e devem, por isso, corresponder a essa estrutura.

No desenvolvimento do programa de saúde pública no Brasil, uma questão de princípio vem preocupando os técnicos: a centralização e a descentralização. No Império, a predominância de uma ou outra corrente resultava de situação momentâneas. O mais lúcido de todos os administradores da Saúde Pública, de século passado, o Conselheiro Paula Candido, foi, decididamente, pela descentralização, e os motivos que apresentava ainda hoje são válidos:

"No interior do País, dizia PAULA CANDIDO, é incontestável que só as Câmaras Municipais e as Justiças territoriais podem cumprir funções que são, em meu pensar, mal cabidas nas atribuições da Junta, a qual nunca poderá ter por toda parte delegados seus que valem no cumprimento da Lei".

Com a proclamação da República, e instituição do regime federativo nos termos da Constituição de 1891, a descentralização foi estabelecida cabendo aos Estados a responsabilidade da administração sanitária.

Pela mesma Constituição foi concedida autonomia aos municípios, cabendo-lhes, por conseguinte, a organização e administração dos serviços locais do seu interesse. É evidente que, dentre estes, estavam os serviços sanitários de âmbito local.

As municipalidades brasileiras teriam naturalmente de percorrer longa caminhada, até adquirirem suficiente experiência para criar um sistema razoável de administração dos seus serviços. Esta circunstância não poderia significar a condenação das administrações locais, mas apenas a necessidade de que fossem ajudadas na aprendizagem que deviam iniciar.

De qualquer modo, com a proclamação da República e a adoção da descentralização os serviços sanitários do Brasil, continuaram como não podia deixar de ser, funcionando precariamente. Aliás, é preciso reconhecer que esta era uma contingência a que estavam submetidas todas as populações. As atividades sanitárias tinham como finalidade quase exclusiva a luta contra as doenças transmissíveis. Neste sentido é bastante elucidativa a leitura do livro de Harry S. Mastard - *Government in Public Health* - que examina a evolução do movimento sanitário nos Estados Unidos. De todas as maneiras e a partir de Oswaldo Cruz, o Governo da União, por imposição de fatores de toda ordem, entre os quais o econômico não foi o de menor importância, iniciou um trabalho efetivo no combate a certas doenças. A febre amarela, foi o exemplo decisivo. A decretação da vacinação obrigatória contra a varíola, com todos os seus percalços e dificuldades, demonstrou igualmente a possibilidade do controle das doenças deste tipo.

As atividades da saúde pública vieram então estendo-se, e, apesar da descentralização, o Governo da União foi assumindo maiores responsabilidades, não só das que realmente lhe deviam caber, como outras que são de natureza local. Por outro lado, a partir de 1919, quando os Estados Unidos, saindo da Primeira Grande Guerra, como a primeira potência mundial, passaram a exercer enorme atração em todos os setores da ciência e da tecnologia, o movimento sanitário brasileiro, tomou como modelo aquele país. É curioso assinalar, e não vai nisto a menor crítica aos eminentes líderes da saúde pública na época, pensavam os nossos administradores sanitários que bastaria dar ao povo brasileiro uma organização sanitária como a americana, para que a nossa população ficasse tão sadia e tão rica como aquela.

É assim que, no capítulo sobre "Higiene e Saúde Pública", do Dicionário Histórico, Geográfico e Etnográfico do Brasil, o ilustre prof. J. F. Fontenelle, eminente homem de saúde pública a quem nunca deixamos de prestar as nossas homenagens pela sua dedicação, honestidade e interesse nos cargos que exerceu, escrevia:

"Torna-se urgente coordenar e uniformizar tôdas as atividades desta parte da administração pública, pondo-as sob a direção de uma autoridade central, - um Ministro de Estado, chefiando uma espécie de estado maior de técnicos especializados, - com um chefe de serviço em cada Estado e um centro de ação higiênica em cada município. Tomando por base a necessidade de iniciar o serviço modestamente, e sendo certo que em muitos Estados há Municípios quase desabitados, de modo a tornar possível começar em poucos centros de cada Estado, a contribuição financeira municipal, estadual e federal, conjuntamente, não será tão grande quanto a princípio possa parecer. E que o fosse: seria um dinheiro bem gasto. Corrigidas, pouco a pouco, as causas que contribuem para a decadência do nosso homem; melhorada progressivamente suas condições físicas e mentais, e aperfeiçoado continuamente como máquina de trabalho, determinará isso um pronunciado surto econômico que, sem demora, compensará imensamente as primeiras despesas. E mais, como não há outro bem que a saúde possa igualar, e sendo ela levada a cada canto do país, por influência e decisão do governo central - que deve ser o governo de todos os Estados - mais estreitos se tornarão os laços que unem as Unidades da Federação, contribuindo para firmar a indissolubilidade da pátria comum.

Uma eficiente organização nacional e unitária de Saúde Pública ... Povo sadio é povo trabalhador, é povo poderoso é povo feliz".

Seria exigir demais, querer que um médico de saúde pública, em 1922, fizesse uma interpretação diferente do fenômeno, principalmente se tratando de um jovem entusiasta de uma profissão, que de fato era nova no Brasil. Anos depois, se tornou fácil verificar o equívoco ocorrido do julgamento, porém os fatos vieram esclarecer o assunto. Basta ver a evolução das organizações sanitárias municipais nos Estados Unidos. Neste sentido Mustard informa: "O crescimento das unidades de saúde governamentais medido pelo número de counties (municípios) atendidos, foi de 15 em 1915 para 728 em 1935; para 1577 em 1940 e para 1828 em 30 de junho de 1942. Apesar deste progresso, restavam no meio do ano de 1942 cerca de 33 000 000 de pessoas nos Estados Unidos sem serviço de saúde mantido pelo Governo". Em 1942 existiam, nos Estados Unidos 3.070 counties (municípios), de forma que, ainda naquele

ano, 1.242 comarcas americanas não contavam com organismos de saúde pública. Deve ser assinalado que estas organizações sanitárias são administradas e da responsabilidade dos governos locais. Os governos dos Estados e o Federal dão auxílio financeiro e técnico.

Diante destes dados não é difícil concluir que a criação da grande rede de unidades de saúde pública dos Estados Unidos, não foi a causa do progresso da grande nação irmã, porém, exatamente a consequência deste progresso.

A tese lançada em 1922 foi largamente difundida e apoiada por todos os médicos de saúde pública no Brasil, atingindo o seu apogeu no período de 1937 a 1945, que, devemos afirmar, representou o período áureo do movimento sanitário no Brasil. Neste período a ação sanitária do Governo da União, chefiada pelo ilustre prof. Barros Barreto, estendeu-se a todo o território nacional, e a tese de salvação nacional pelo trabalho da saúde pública dominou a todos, criando-se uma verdadeira mística.

Muito embora os resultados dos intensos trabalhos então realizados não fossem satisfatórios, não há dúvida que, nem por isto, são menores os méritos de Barros Barreto, pois em consequência de sua experiência é que se criaram condições para a reformulação no país da filosofia das atividades de Saúde Pública e do problema da saúde do homem em países subdesenvolvidos. A História da Saúde Pública no Brasil situará, sempre, o nome de Barros Barreto entre os seus maiores, ao lado de Paula Cândido, Emílio Ribas, Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Otávio de Freitas, para citar somente os de primeira grandeza e já desaparecidos.

A ação de Barros Barreto fez com que o movimento de centralização das atividades sanitárias, que vinha se processando desde 1923 nos Estados do Rio e de Pernambuco, se generalizasse, e assim, foi incentivada a disseminação de organismos médico-sanitários de administração estadual em muitos municípios. Esta rede cresceu bastante e continua a se desenvolver. Nada impede que continue a funcionar, e decerto ninguém é contrário a que os Estados continuem a manter um sistema de organização sanitária que corresponsenda à orientação administrativa que melhor convenha às suas necessidades e às suas possibilidades.

Os elementos disponíveis, como já foi referido, não deixam dúvidas entretanto quanto ao precário funcionamento desta rede de serviços de assistência médico-sanitária dos Estados. E prova disto, dentro de numero -

Com outros elementos, a atuação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública. Desde que iniciou suas atividades, o SESP passou a colaborar com os Estados, instalando serviços locais de saúde com a intenção manifesta de entregá-los às autoridades locais ou às administrações estaduais tão logo funcionassem normalmente. Até hoje, decorridos 20 anos, poucos desses serviços puderam ser devolvidos. Esta devolução foi difícil até agora, pois os custos de operação eram incompatíveis com a situação econômica-financeira dos Estados e municípios. De acordo com o relatório da FSESP relativo ao ano de 1961, esta administrava em 13 Estados, 259 unidades sanitárias (206 Postos e 53 Sub-Postos) e dava assistência financeira a 89 outros (80 Postos e 9 Sub-Postos) em outros sete Estados.

É por todos estes motivos, que parece indispensável procurar nova estrutura para a organização da Saúde Pública Nacional.

O QUE SE PRETENDE COM A MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICO-SANITÁRIOS

A municipalização dos serviços médico-sanitários terá por finalidade, em primeiro lugar, implementar o dispositivo constitucional que, de fato, na opinião atual da grande maioria dos técnicos de saúde pública, é acertado. O debate a este respeito gira em torno da oportunidade, e não da tese. Os argumentos que se apresentam para justificar a inoportunidade da medida são os seguintes: incapacidade financeira, incapacidade técnica e influência scentuada da política. Todos esses argumentos já têm sido largamente debatidos e não convencem de modo a invalidar a proposição, sobretudo pelas seguintes razões:

a) A incapacidade financeira dos municípios é um mito. Depois da reforma constitucional, que mandou distribuir entre os municípios 15% do imposto de renda e 10% do imposto de consumo, sua situação financeira sofreu uma modificação substancial. Na proposta orçamentária da União para 1964 figura uma rubrica de Cr\$89.000.000.000,00 (89 bilhões) para ser dividida entre 3.777 municípios brasileiros, o que representa mais de Cr\$23.000.000,00 (23 milhões) para cada um, importância que, somada à receita local, representa soma suficiente para permitir que mesmo os mais pobres possam atender aos serviços locais que lhes cabem. Os que discordem, certamente, apresentarão argumentos que, na aparência, são decisivos no combate à tese: 1 - a impon-tualidade do Tesouro no pagamento das cotas municipais; 2 - o constante crescimento do número de municípios determinando uma redução da importância das cotas.

A validade dos argumentos é, como se disse, apenas aparente. O Tesouro, não há dúvida, retarda o pagamento, mas sempre paga, e é preciso confiar em que, com a atual reforma administrativa o que se pretende, principalmente é a reformulação de orçamentos para serem executados. Aliás, aceitando o princípio da não execução orçamentária, a mesma incapacidade teria de ser atribuída aos órgãos federais que tiveram até hoje suas verbas largamente reduzidas pelos planos de contenção.

No que se refere ao aumento do número de municípios e conseqüente redução da cota, a verdade é que mesmo admitindo-se que a soma total de recursos continue a mesma e inalterados os problemas médico-sanitários, não ocorrerão modificações substanciais, pelo fato de existir maior número de unidades administrativas.

D) Quanto à incapacidade técnico-administrativa, também não nos parece argumento definitivo. Não há dúvida que existem muitos municípios brasileiros que apresentam precárias condições administrativas; não há de ser, porém, negando o direito de administrar os serviços de seu interesse que esta situação vai melhorar. O que se torna indispensável é ajudá-los a vencer as atuais dificuldades. Certo que se praticarão erros, mas a aprendizagem terá sempre de ser feita e ninguém aprende sem os cometer. Melhor exemplo de quem trabalha comete erros, nos dá a FSESP, que sendo uma organização que sempre contou com os melhores técnicos nacionais e internacionais, depois de 14 anos de trabalho, teve a honestidade de, reformulando os seus programas de trabalho afirmar:

"De há muito os técnicos do SESP vêm sentindo a necessidade de uma revisão dos métodos de trabalho usados em nossas Unidades Sanitárias, que certamente podem e devem ser aperfeiçoados, para que o Serviço possa manter um caráter dinâmico e pioneiro da Saúde Pública Brasileira.

Os motivos de nossas deficiências são vários, sobressaindo, entre eles, porém, a tentativa que fizemos de aplicar, em nossas áreas, esquemas de trabalho calcados nos outros países, sem levar em conta as profundas diferenças econômico-sociais existentes entre os países de economia predominantemente agro-pastoril e os de nível industrial e tecnológico avançado.

À primeira vista, poderá parecer, assim, que todo o trabalho já realizado tenha sido improfícuo. Tal, entretanto, não se dá, pois a experiência obtida numa época em que quase nada se sabia, de muito

nos servirá para a escolha de método mais condizente com nossas condições culturais.

Os problemas que nos afligem, são os encontrados nos países chamados subdesenvolvidos, de economia fraca, com altos coeficientes de mortalidade geral e infantil, decorrentes do baixo padrão de vida do povo. Por êste motivo, devemos limitar os recursos disponíveis à resolução de problemas imediatos, sem deixar de reconhecer, entretanto, que essa resolução, no momento, depende menos dos Serviços de Saúde Pública, do que de outras instituições governamentais, que devem promover o aumento da riqueza, isto é, o aumento da produção de bens para que o processo de aculturação não se torne estéril."

É preciso não esquecer que os problemas locais de saúde pública são uma resultante das condições econômico-sociais da população, de maneira que os pequenos aglomerados humanos apresentam problemas que não exigem grandes técnicos para enfrentá-los.

Cumpre-nos assinalar que há muitos anos (1946) esta era a tese defendida por alguns sanitaristas brasileiros e a longa experiência nacional, à custa de bilhões de cruzeiros, veio confirmá-la.

c) Relativamente à influência política, convém não esquecermos que a política é uma constante em todos os níveis da administração pública brasileira e de qualquer outro país. O problema de sua maior ou menor influência na administração pública é uma questão de desenvolvimento econômico, cultural e de treinamento, não devendo por conseguinte ser apresentado neste debate.

De outra parte, é preciso reconhecer que a municipalização não implica o afastamento do Governo da União, e muito menos dos Governos Estaduais do problema. A municipalização tem como principal finalidade, despertar o interesse dos municípios por uma atividade de grande importância para as suas populações e determinar a organização de serviços de assistência médico-sanitária onde não existem.

Como já foi afirmado mais de uma vez, o Governo da União, por intermédio do Ministério da Saúde, dará aos municípios que venham a organizar os seus serviços próprios, toda a assistência técnica, financeira e material que lhe for possível, dentro, é claro, de convênios que estabeleçam os programas a serem executados e que permitam a aplicação dos recursos recebidos.

Os Governos Estaduais que atualmente executam, em alguns municípios estas tarefas, assumindo as despesas totais, certamente não se furta-
rão de auxiliar aqueles que tomem à sua conta estes encargos, ou que os criem onde os Estados ainda não puderem fazê-lo.

As organizações médico-sanitárias que os municípios poderão organizar, ficarão na dependência das necessidades e das possibilidades de cada um, não se submetendo a nenhum esquema pré-fabricado. As suas atividades, entretanto, serão formuladas dentro dos recursos disponíveis e das necessidades efetivas da população. Não pretendemos, de outro lado, que os municípios instalem cada um, apenas uma unidade de assistência médico-sanitária, e sim, tantas quantas forem necessárias dentro de sua área, para que o total da população possa ser coberto, pois, sabendo-se como são, em muitos casos, vastas as áreas territoriais dos municípios, a existência de unidade sanitária na sede do município não permite atender as populações das zonas rurais e dos distritos por acaso existentes, fato que ocorre freqüentemente nas condições atuais, quando os Postos de Saúde do Estado localizados nas cidades, sedes municipais, dão uma cobertura muito reduzida aos habitantes das vilas, sedes dos distritos, das localidades e das zonas rurais. É preciso ter presente, que a finalidade fundamental da municipalização é aproximar a saúde pública das populações que mais precisam, e permitir, com a criação de uma estrutura básica sanitária, a realização em todo o território nacional de medidas de saúde pública que possam interessar às nossas populações.

O QUE SE ESPERA DESTAS UNIDADES MÉDICO-SANITÁRIAS MUNICIPAIS

Já afirmamos que as unidades médico-sanitárias a serem instaladas pelos municípios terão a organização e o pessoal que sejam compatíveis com as necessidades e as possibilidades locais, variando assim com os recursos e as condições de cada município. Devem, entretanto, atender, mesmo as de mais limitados recursos, aos seguintes problemas:

a) medidas primárias de saneamento do meio, isto é, auxiliar os habitantes e encontrar soluções satisfatórias para o destino dos dejetos e das águas poluídas. Colaborar na extinção de focos de moscas, mosquitos e outros insetos, procurando interromper a cadeia epidemiológica, quando for o caso de doenças transmitidas ou veiculadas por artrópodos. Tomar providências para evitar a poluição das águas destinadas a usos domésticos, mostrando os locais mais adequados para a perfuração de poços e cacimbas, como defendê-los e outras providências de mesma natureza;

b) fiscalização dos gêneros alimentícios, das habitações e dos estabelecimentos que lidam com a produção e o comércio de alimentos. Tratam-se de medidas simples, pois todos sabem que no interior os alimentos são apresentados ao consumo, na grande maioria dos casos em sua condição natural, e, assim, de fácil percepção as alterações e adulterações. Do mesmo modo, a fiscalização das habitações, tendo em vista o baixo nível de renda das populações, será muito mais uma colaboração para o melhor aproveitamento das condições locais de maneira que sejam melhores, tanto quanto possível, insistindo nos problemas gerais de iluminação, ventilação e revestimento dessas moradias.

c) imunização contra as doenças transmissíveis, e alarme no caso de ocorrência de anormalidades sanitárias. Está hoje evidente a falência da organização médico-sanitária nacional com a epidemia de varíola que vem se mantendo no país. A organização de uma Campanha Nacional Contra a Varíola é o atestado desta falência e a sua inadequação às condições do Brasil é comprovada pelo fato de que a Campanha não vem conseguindo vacinar, anualmente, mesmo com gastos elevados, um número de pessoas equivalente ao número de nascidos. Aliás, é preciso não ter receio de afirmar que criar um órgão específico para vacinar contra a varíola é considerar que a organização sanitária do país praticamente não existe, e não se pretende criar condições para que ela venha a existir. As organizações de Saúde Pública dos municípios poderão resolver facilmente este problema e realizar outras imunizações que sejam consideradas convenientes de acordo com as condições locais.

Sua utilidade será também de maior valia no que se refere dar o alarme toda vez que anormalidades sanitárias ocorram na região;

d) prestação dos primeiros socorros de assistência médica. É conhecido o abandono em que vivem as populações do interior, no que se refere à assistência médica. Os curandeiros e aparadeiras sem o mais rudimentar conhecimento exercem uma função que não pode ser desconhecida nem perseguida por falta de quem os substitua. As modernas conquistas da terapêutica não são utilizadas por grande parte do povo brasileiro, causando este fato grandes sofrimentos inúteis e muitas mortes perfeitamente evitáveis. Os casos de morte por hidrofobia por falta de vacina anti-rábica, e os casos de morte por falta de soro anti-ofídico são corriqueiros. A elevada mortalidade materna em consequência da falta dos mais rudimentares preceitos de higiene no ato do parto, é outro dado incontestável. O Ministério de Saúde acredita que mantendo os municípios os serviços convenientemente distribuídos e com os re

curso terapêuticos que lhes serão fornecidos, muitos destes problemas poderão ter solução satisfatória.

O pessoal do serviço médico-sanitário dos municípios que será devidamente preparado para prestar os primeiros socorros, poderá resolver a maioria dos casos, e tomará as providências necessárias encaminhando para centros mais adiantados àquêles que apresentam maior gravidade;

e) levantamento dos dados de estatística vital. - O Ministério da Saúde, não desconhece que a exatidão estatística é uma decorrência do desenvolvimento, mas considera que já pode o Brasil dispôr de melhores informações a respeito do movimento demográfico nacional. A situação atual é por todos os títulos, lamentável. Em largas regiões do país, em virtude da falta de controle dos cemitérios, se desconhecem oficialmente mais de 50% dos óbitos ocorridos. No que se refere a nascimentos, a situação é ainda mais grave.

No quadro das atividades das organizações de saúde pública dos municípios será dada uma prioridade especial a este problema;

f) finalmente, é indiscutível que todo e qualquer programa de erradicação, seja ele qual for, só poderá ser levado a efeito se existir uma estrutura básica sanitária capaz de manter a vigilância e a descoberta de qualquer caso novo tão prontamente quanto possível. E esta estrutura pela sua extensão não poderá ser devidamente organizada e controlada por um órgão central, além do mais seria muito cara e representaria um enorme desperdício de recursos.

O Ministério da Saúde dentro da política geral do Governo, reconhece que a saúde de uma população é uma consequência do desenvolvimento da economia nacional e da maior quantidade de bens e serviços que sejam postos à disposição da população e da possibilidade que esta tenha de usá-los, inclusive, é claro, os serviços médico-sanitários. Aceita destarte que a saúde do homem só melhora com a substituição da energia muscular na produção do trabalho, pela energia mecânica, pois assim é possível multiplicar a capacidade produtiva de um povo.

Este fato, entretanto, não exclui a utilização de todos os recursos da técnica de saúde pública para mudar a situação sanitária e servir ao desenvolvimento econômico do país. Muito pelo contrário. O Ministério da Saúde tem como política defender de todas as maneiras a vida do homem brasileiro e, ao contrário de muitos pessimistas, considera altamente auspicioso

que a população nacional venha tendo elevado incremento. Para países como o Brasil, de baixa disponibilidade de energia per capita, o homem é, na verdade, o único elemento real de força.

O sentido efetivo de instalação de uma rede básica de serviços de saúde pública, a cargo dos municípios, com o auxílio técnico e financeiro da União e dos Estados, é a defesa da vida do homem no Brasil. Reconhece o Ministério que não pode dar saúde a quem tem um nível ínfimo de vida, mas deseja que se conserve a esperança de que as condições possam melhorar continuamente dentro de um quadro de crescimento das forças produtivas do país.

A MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA

De início convém esclarecer que, presentemente, o Governo Federal não tem nenhuma responsabilidade direta nos problemas locais de saúde pública dos municípios. É verdade que, devido à ação individual de parlamentares e da atividade isolada de políticos junto ao Ministério da Saúde, alguns municípios recebem, esporadicamente, auxílios para a construção de prédios para alojar repartições sanitárias, e pequenos recursos para a sua manutenção. Os problemas de saúde local são, de acordo com o artigo 25 da Constituição de 1946, da responsabilidade da administração municipal. Como ficou esclarecido anteriormente, no período do Estado Novo, por influência da Administração Sanitária Federal, os Estados haviam assumido estas responsabilidades, e apesar do preceito constitucional mantêm a tradição.

Resta assim definir bem a questão a saber:

- a) Os Estados têm dado aos municípios adequados serviços médico-sanitários ?
- b) Do ponto de vista da organização administrativa e dos custos, é vantajoso o sistema de administração estadual ?
- c) Os organismos sanitários estaduais mantidos nos municípios vêm operando satisfatoriamente ?

Não é possível fazer uma pesquisa para responder com precisão a estes importantes problemas.

A observação do que vem ocorrendo, as informações esparsas disponíveis, levam, entretanto, a uma resposta negativa.

Com raras exceções as rudes de repartições sanitárias mantidas pelos Estados são limitadas, e os trabalhos que executam deixam muito a desejar. De um modo geral, o que se nota é que os municípios mais importantes, mais desenvolvidos, e logicamente de maior contingente eleitoral, são os atendidos.

Não será exagero afirmar que os municípios das capitais absorvem a maior parte dos recursos totais destinados às atividades sanitárias, ob servando-se, como uma constância, que os municípios muitas vezes em maior número, por suas condições de terem menores rendas nada recebem. Desta constata se que a filosofia em que hoje se baseia a imposição tributária, de que seria usada tendo como principal finalidade uma redistribuição de renda, não funciona, pois todos pagam impostos na medida de suas possibilidades, e na divisão dos benefícios os mais aquinhoados são os mais ricos.

De um modo geral pode-se afirmar que essas organizações sanitárias funcionam da maneira mais precária, mesmo nos Estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Espírito Santo que, em virtude de condições particulares de riqueza, poderiam apresentar melhores índices de rendimento. Em 14 Estados a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública passou a colaborar mantendo ora serviços próprios, ora serviços chamados cooperativos.

Adiante será examinada a situação resultante destes acordos; desde logo pode-se, porém, afirmar que com a interferência da FSESP o Governo Federal passou a assumir a responsabilidade total, ou em grande parte, pelos serviços locais de saúde de muitos municípios. Esta situação cria evidentemente para a União, encargos que estão fóra das suas possibilidades, e o que é mais grave, estabelece um sistema discriminatório entre os municípios: oferece a alguns um serviço que nega a outros, e a verdade é que todos precisam, pois se trata de serviços locais.

Encarando o aspecto administrativo, parece fóra de dúvida que os serviços sanitários locais devem ser da alçada municipal. Uma organização central programando em um país continental, planos e programas para realização local nos diferentes municípios do Brasil, é um verdadeiro contrassen so. As populações locais é que podem ter um conhecimento mais realista dos seus problemas, são elas que devem sentir o que deve ser atendido prioritariamente.

Não há dúvida, porém, que o fator mais importante para nos trazer que as organizações sanitárias locais sejam da alçada dos municípios, é problema dos custos de operação. Os salários dos funcionários da União são idênticos em qualquer parte do território nacional e dos Estados idênticos

em qualquer parte do Estado respectivo. Estes são sempre muito superiores aos salários pagos pelos municípios. Desta circunstância resulta logicamente custos mais elevados, mas não é este do ponto administrativo o único inconveniente da estadualização ou federalização dos serviços sanitários. Outro de não menor importância é o da permanência dos funcionários. De um modo geral os funcionários federais têm a tendência para vir residir na capital ou nos centros de maior importância, desejo perfeitamente respeitável e justificável; querem ampliar seus horizontes, educar os filhos, mais conforto, etc. Os funcionários do Estado, pelas mesmas razões desejam residir na capital, ou nas cidades mais adiantadas. Resulta desta situação que, de um modo geral, os funcionários ficam no interior como nômades ou turistas, não se integrando na vida das comunidades em que servem e numa batalha incessante em busca de transferência. Deve ser em virtude desta situação o fato da falta quase total de documentário a respeito das condições sanitárias do interior do Brasil. Os médicos da saúde pública têm uma curta permanência média no interior, não lhes dando assim oportunidade de conhecer bem as condições locais e transmitir suas experiências.

Pode-se afirmar que os organismos de saúde pública permanente no Brasil, estão funcionando muito mal. Não existisse farta documentação a respeito, bastaria para demonstrar de forma irresponsável esta afirmativa, a situação profundamente lamentável do problema da varíola, que levou o Governo Federal a organizar um organismo especial para vacinar o povo. Parece fora de propósito diante deste dado, acrescentar argumentos.

Discutir as razões e os culpados desta situação também não parece construtivo. De um modo geral, entretanto, é claro que tendo a Saúde Pública no Brasil alcançado seu período de maior eficiência aparente na época do Estado Novo, e entrado em verdadeiro colapso com a volta ao regime constitucional, os técnicos não se aperceberam desde logo da situação e ficaram em estado de perplexidade e, conseqüentemente, incapazes de formular um novo programa de trabalho.

A par disso, outros fatores, uns de ordem geral, outros de ordem específica, começaram a operar, determinando sensíveis melhorias nas condições sanitárias do País, de forma a permitir que as deficiências desta organização não chegassem a ser notadas. Entre estes podem ser apontados:

1) A utilização em larga escala das sulfas e da penicilina, trazendo uma redução considerável da sífilis e das doenças venéreas, bem como de outras doenças contagiosas;

2) Os antibióticos com ação nas outras doenças contagiosas: febre tifóide, principalmente a hidrazida, na tuberculose, reduzindo também consideravelmente a mortalidade por esta doença;

3) Os inseticidas de ação residual que trouxeram, a custo reduzido, uma modificação substancial na incidência de muitas doenças, não só como consequência da eliminação de vetores, como também pela melhoria do meio com a destruição de moscas, mosquitos, piolhos, percevejos, etc.;

4) As modificações da economia brasileira trazendo uma elevação dos níveis de vida da população, que de conformidade com os dados apurados pelo Instituto de Economia da Fundação Getúlio Vargas se traduziu no período 1947-1960 em uma elevação da ordem de 50% na renda real per capital trouxe as seguintes consequências:

I - possibilidade da população satisfazer de modo mais satisfatório suas necessidades fundamentais: alimentação, habitação e vestuário, o que como consequência aumenta as resistências às doenças;

II - capacitar maior número de brasileiros a tomar interesse pela saúde, e dispôr de recursos para comprá-la;

III - incremento acentuado da renda pública, permitindo ao Governo um aumento acentuado da rede de assistência médico-sanitária nas capitais importantes (Previdência Social), de sorte que as deficiências das atividades da Saúde Pública fossem menos sentidas;

IV - com o aumento dos recursos da União e com as facilidades técnicas resultantes dos inseticidas de ação residual e dos novos agentes terapêuticos, foi possível uma assistência médico-sanitária muito maior às populações rurais, embora sem caráter permanente;

Estas modificações de economia brasileira e das condições econômico-sociais de sua população determinaram, como era natural, um extraordinário aumento da demanda de serviços médicos e, conseqüentemente, uma grande valorização dos profissionais da medicina. Os serviços de Saúde Pública dos Estados e, mesmo, os da União, não puderam por motivos óbvios acompanhar o ritmo de elevação dos salários destes profissionais, pelo menos nas funções que são de trabalho e não exclusivamente de emprego. Tendo-se presente que as nossas organizações sanitárias estavam fundamentalmente baseadas no trabalho do médico, é claro que suas atividades teriam de entrar em declínio, quando não fosse por deficiências de outra natureza, seria pela falta de quem nelas trabalhasse.

Observada, porém, a situação sanitária do País ninguém pode discutir sua extraordinária melhoria. O dado mais evidente para demonstrar esta situação é o resultado do Recenseamento Geral de 1960. A população brasileira estimada para 1960, mantidas as condições do decênio 1940-1950, era de 65.500.000, a apuração censitária, entretanto, revelou a existência de 70.700.000 brasileiros, o que significa uma redução de, pelo menos, 5.200.000 mortes no decênio.

Esta diminuição do número de óbitos representa uma baixa no coeficiente de mortalidade de 19 para 13 por 1.000, isto é, 32%, o que não há dúvida é uma melhoria considerável.

Diante desta exposição muitos poderão concluir, que, se a situação é assim satisfatória, o mais razoável é não modificar o que tem oferecido, apesar de suas deficiências resultados favoráveis. O problema, entretanto, não é tão simples, e a situação poderia ser melhor. Existem países de condições econômicas e demográficas semelhantes às do Brasil, com mortalidade inferior a 10%. Além do mais, a Saúde Pública é um instrumento que precisa ser posto a serviço do povo, e que se for utilizado adequadamente pode contribuir de maneira eficiente para o desenvolvimento nacional e evitar sofrimentos inúteis às populações. Chegou a oportunidade de adaptar instrumento de tanta utilidade às necessidades e possibilidades do povo brasileiro, e obter os resultados de sua ação. É assim indispensável criar os instrumentos adequados para que a Saúde Pública possa oferecer estes resultados.

O Ministério da Saúde considera que o caminho certo será a criação de uma estrutura básica de órgãos de assistência médico-sanitária, atendendo todo o País e tendo como centro de ação os municípios.

Do ponto de vista teórico parece que todos os técnicos de Saúde Pública estão de acordo com esta tese. O que se discute é a oportunidade. São apresentadas quatro razões principais que justificam um retardamento desta providência: incapacidade administrativa; incapacidade técnica, incapacidade financeira e grande influência da política.

Sem deixar de reconhecer que, em muitos casos, os argumentos são aparentemente válidos, não podem ser aceitos, pois assim o que se deveria fazer era propôr a extinção dos municípios que não pudessem assumir esta responsabilidade. Como esta solução não é viável, por anti-constitucional e anti-democrática, o que se deve fazer é ajudar os municípios a superá-las.

Por outro lado, ninguém tem o poder de, do dia para a noite,

transformar toda a organização sanitária brasileira, transferindo para a administração dos municípios, os órgãos de assistência médico-sanitária existentes e operados, no momento, pelo Governo da União, através da FSESP, ou pelos Estados. O que se pretende é interessar os municípios que não têm o privilégio de possuir este benefício, que auxiliados pelo Governo da União, e se possível pelos Governos Estaduais, instalem os seus próprios serviços. Não é possível que surjam opositores a esta idéia, pois seria querer impedir sob falsos argumentos, que as populações mais pobres e mais desprotegidas organizassem seus serviços.

Os Serviços de Saúde Pública que se pretende sejam administrados pelos municípios não serão uniformes. Cada comuna, de acordo com as suas possibilidades, criará o organismo que melhor atenda às suas necessidades. É claro que tanto mais pobre for a população, tanto mais simples serão os serviços. Não deverá haver entretanto, um único município que com a colaboração do Governo da União e dos Estados, não disponha de um órgão que trate dos problemas médico-sanitários.

A atuação deste organismo de ação sanitária municipal será enquadrada nas seguintes atividades:

- 1) Medidas primárias de saneamento do meio;
- 2) Fiscalização dos gêneros alimentícios, das habitações e dos estabelecimentos que lidam com a produção e comércio de alimentos;
- 3) Imunização contra as doenças transmissíveis;
- 4) Prestação dos primeiros socorros de assistência médica;
- 5) Levantamento dos dados de estatísticas vital - controle dos censitários.

COMO ORGANIZAR OS SERVIÇOS MÉDICO-SANITÁRIOS DOS MUNICÍPIOS

Defendendo o Ministério da Saúde o princípio de que os serviços locais, são de responsabilidade dos municípios é evidente que não poderia estabelecer normas de organização para os mesmos. As autoridades executivas, boas conhecedoras das condições, das necessidades e das possibilidades de suas populações têm melhores condições para sentir o que melhor satisfará aos desejos e interesses das comunidades que legitimamente representam. Além do mais o Ministério da Saúde não pretende que se multipliquem unidades médico-sanitárias idênticas para todo o território nacional, muito pelo con-

trário, o que parece mais conveniente é a diversificação dos sistemas, de modo a que diversas maneiras de enfrentar os problemas sejam aplicadas a fim de que a experiência da Saúde Pública brasileira abandone a rotina monótona atual, e entre em período de enriquecimento pela competição e comparação entre os diversos caminhos que forem adotados na solução dos problemas sanitários que tanto afligem as populações do interior.

Sendo esta a orientação geral, não significará o abandono das organizações médico-sanitárias municipais à sua própria sorte, nem deixará o Ministério da Saúde, na base da longa experiência de seus técnicos, de sugerir linhas básicas de organização para os serviços e de colaborar intensamente no preparo do pessoal indispensável aos mesmos.

Já foi referido quais os serviços básicos mínimos que deverão ser realizados pelas organizações médico-sanitárias dos municípios. Partindo deste mínimo, dependerá das necessidades e das possibilidades de cada um, organizar programas de maior envergadura.

O problema de pessoal

É indiscutível que na realização deste plano, o problema mais difícil de resolver será o de pessoal.

Tratando-se de atividades médico-sanitárias surge logo a pergunta. Como vai ser resolvida a presença de médicos nos municípios? Seria ingenuidade pretender mandar médicos em grande número para o interior. Não só no Brasil, como no mundo inteiro, o que se vem verificando é a concentração cada dia maior de profissionais da medicina nos grandes centros. O avanço da tecnologia médica, a especialização, a aparelhagem necessária à prática da medicina moderna, praticamente conduzem a que os médicos só desejem trabalhar em grandes centros, onde contam com todos os recursos e verdadeiras equipes. Além do mais, com o enriquecimento dos habitantes das metrópolis amplia-se cada dia o mercado de trabalho dos médicos nas grandes concentrações demográficas, de forma que não há como, nas condições atuais, levar médicos para atender às populações do interior. Por outro lado, como já foi afirmado anteriormente, é possível resolver de maneira satisfatória muitos dos problemas médico-sanitários que afligem nossas populações do interior, na base de pessoal de menor qualificação com, é claro, supervisão médica.

A experiência do SAMFAM demonstrou de forma indiscutível, que não é possível manter médicos em municípios que não tem condições econômicas satisfatórias.

Partindo destes fatos, é evidente que as organizações médico-sanitárias municipais não serão obrigatoriamente dirigidas por médicos. Os municípios que tenham condições para admitir médico (s) tanto melhor, que o façam, entretanto, os que não o puderem, nem por isso deixarão de organizar os seus serviços próprios.

Uma assim particular importância o pessoal a ser admitido e o seu treinamento. É neste trabalho que a colaboração do Ministério da Saúde, das Administrações Sanitárias dos Estados e se possível das Universidades e das Escolas Isoladas de Medicina, terão de ser de maior importância.

Orientação básica:

- 1 - em qualquer hipótese, os futuros servidores dos serviços sanitários municipais devem ser recrutados localmente;
- 2 - o nível educacional dos candidatos não necessita ser elevado;
- 3 - o período de treinamento não deve ser longo, e deve ser realizado em cidades do interior;
- 4 - o ensino deve ser essencialmente prático.

Transferindo para os municípios os problemas locais de Saúde Pública, a União e os Estados, gradualmente libertarão parte de seu pessoal, utilizado presentemente nestas atividades, e instalarão em municípios estrategicamente situados os centros de cooperação técnica, administrativa e financeira.

É difícil imaginar com antecipação as formas novas que serão criadas para estabelecer as relações de colaboração entre os três níveis de autoridades: União, Estado e Município. Não é mesmo pensamento do Ministério da Saúde criar um esquema rígido de acordo. As condições locais e o espírito criador das populações das várias regiões do país, certamente encontrarão soluções adequadas.

RELATÓRIO

A 2ª Comissão encarregada do Ítem B - Distribuição e Coordenação das Atividades Médico-Sanitárias nos Níveis Federal, Estadual e Municipal reuniu-se pela primeira vez às dez horas da manhã do dia 10 de dezembro, sob a presidência do Doutor José Quadros, Secretário de Saúde do Maranhão.

Fixou o 2º Grupo que o horário de trabalho seria das 9 às 12 e das 16 às 19 horas, com possibilidade de prerrogação, caso necessário.

Foi escolhido para Secretário da Comissão o Dr. Gilberto Costa Carvalho, Delegado de Saúde da 5ª Região, auxiliado pelo Dr. Aderbal Jatobá do Departamento de Saúde de Alagoas.

O Dr. Bichat de Almeida Rodrigues foi designado para Relator dos trabalhos da Comissão.

Estabeleceu a 2ª Comissão que o desenvolvimento de suas atividades se procederia em duas etapas. Na primeira, após a leitura do documento base, apresentado pelo Dr. Bichat de Almeida Rodrigues, Relator do tema, seria feita a sua discussão, no que respeita a princípios, filosofia e diretrizes gerais. Na segunda parte, proceder-se-ia à discussão e aprovação das recomendações a serem submetidas ao plenário.

Resolveu ainda o 2º Grupo que a presidência seria ocupada, em rodízio, pelos Secretários de Saúde dos Estados do Maranhão, Bahia e Alagoas, integrantes do grupo. Assim, a sessão da tarde foi presidida pelo Dr. Aloysio Sanches de Almeida, Secretário de Saúde da Bahia e a sessão da manhã do dia 11, pelo Dr. Ib Gatto, Secretário de Saúde de Alagoas.

Foram apresentadas à Comissão o Relatório base do tema, além das contribuições do SENAM das Secretarias de Saúde do Estado do Rio, Ceará e Espírito Santo.

Após ampla discussão, de que participaram os Drs. Walter Silva, Ise-nard Teixeira, Gilberto Costa Carvalho, Ivan Tavares, Danilo Luiz David, Ib Gatto, José Quadros, Aloysio Sanches e Bichat A. Rodrigues, a 2ª Comissão apresenta os seguintes Considerandos e Recomendações:

CONSIDERANDOS:

Considerando que os técnicos de saúde pública do Brasil não estão satisfeitos com o rendimento das atividades médico-sanitárias desenvolvidas nos diferentes níveis administrativos do País, as quais deixam sem qualquer assistência cerca de dois terços das populações municipais;

Considerando que é essencial modificar a estrutura vigente e sua coordenação;

Considerando que as novas diretrizes a serem recomendadas devem ser condizentes com a realidade brasileira e a melhoria do estado sanitário de uma coletividade não poderia ser alcançada sem uma atuação contínua e apropriada;

Considerando que a criação de uma infra-estrutura sanitária local é medida essencial para a execução e continuidade dos programas de saúde pública;

Considerando que o estabelecimento de uma infra-estrutura sanitária local não envolverá, obrigatoriamente, a construção ou instalação de prédios de tipo-pré-determinado, nem a utilização de pessoal de nível universitário;

Considerando que a infra-estrutura a ser estabelecida poderá variar desde a simples atuação de um elemento auxiliar, com treinamento mínimo, até os serviços de alta especialização, de acordo com os problemas existentes e com a capacidade técnica, financeira e administrativa da coletividade considerada;

Considerando que a criação e manutenção de uma infra-estrutura sanitária assim concebida importarão na inversão de recursos provenientes da renda nacional;

Considerando, finalmente, que se impõe, definitivamente delimitar as atribuições, definir responsabilidades e fixar competência no estudo e encaminhamento e solução dos problemas de saúde pública recomenda:

RECOMENDAÇÕES:

A União competiria, sem prejuízo das atribuições fixadas na Constituição Federal:

- 1) Fixar o Plano-Diretor da Saúde Pública Nacional.
- 2) Orientar, coordenar e supervisionar a execução do Plano-Diretor, distribuindo os recursos rigorosamente de acordo com os critérios estabelecidos no mesmo.
- 3) Preparar e aperfeiçoar pessoal especializado.
- 4) Realizar estudos e pesquisas aplicadas.
- 5) Fabricar produtos profiláticos e de uso diagnóstico, padronizando-os e exercendo controle sobre sua utilização.
- 6) Regulamentar a produção, distribuição e venda de produtos terapêuticos.
- 7) Estabelecer as normas técnicas gerais e a serem cumpridas em todo o território nacional.
- 8) Manter laboratórios de referência para diagnóstico, bem como fixar os padrões mínimos e normas de controle dos alimentos.
- 9) Estimular e supervisionar a coleta de dados estatísticos referentes à saúde em todo o território nacional e proceder à sua análise.
- 10) Cumprir e fazer cumprir os preceitos sanitários decorrentes de entendimentos internacionais.

Aos Estados, além da legislação supletiva que lhes é assegurada na Constituição Federal, e sem prejuízo das atribuições fixadas nas respectivas Constituições Estaduais, competiria:

- 1) Fixar o Plano-Diretor da Saúde Pública Estadual, levando em conta os critérios estabelecidos no Plano-Diretor Nacional.
- 2) Orientar, coordenar e supervisionar as atividades de saúde pública incluídas no seu Plano-Diretor.
- 3) Preparar pessoal de Saúde Pública.
- 4) Prestar assistência médico hospitalar, especialmente aos doentes mentais, de tuberculose e de lepra.
- 5) Manter hospitais e unidades mistas regionais com a colaboração dos governos municipais.
- 6) Manter com a colaboração do Governo Federal órgãos regionais de assistência técnica aos Serviços Municipais de Saúde.
- 7) Suplementar técnica e financeiramente as atividades sanitárias municipais.
- 8) Manter laboratórios para diagnóstico de interesse sanitário e controle bromatológico.
- 9) Exercer a fiscalização do exercício profissional e do comércio de drogas, obedecida a legislação federal pertinente.
- 10) Coleta, apuração e análise de dados estatísticos.

Aos Municípios competiria:

- 1) Fixar o Plano-Diretor de Saúde Pública Municipal, levando em conta os critérios estabelecidos nos Planos-Diretores Nacional e Estadual.
- 2) Organizar e manter os serviços locais de saúde, inclusive a fiscalização de gêneros alimentícios, ajustados às suas reais condições financeiras, culturais e administrativas.
- 3) Estabelecer, em lei municipal, a obrigatoriedade da participação financeira do município da manutenção das atividades de saúde e saneamento.
- 4) Operar e manter serviços de abastecimento d'água, de remoção de dejetos e de lixo, diretamente ou mediante concessões.
- 5) Colaborar no preparo de pessoal de saúde.
- 6) A admissão de pessoal, visando a vincular êsses servidores à organização municipal e a criar uma infra-estrutura permanente.
- 7) Coleta de dados estatísticos.

IIIa. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Rio de Janeiro, 11/12/63

A Comissão Técnica do Tema "a" - Municipalização dos Serviços de saúde - após leitura e debate do Relatório Oficial do Ministério da Saúde, aceitou o trabalho como exprimindo a realidade no que se refere aos problemas de saúde pública do país.

A contribuição apresentada pela Secretaria de Saúde e Assistência do Estado de Pernambuco foi considerada valiosa, elaborada, sobretudo, sem prévio conhecimento do Relatório Oficial, examina problemas afastados do tema contral.

A sugestão do Sr. Secretário de Saúde do Estado de Mato Grosso recomendando a criação, em cada Estado, de uma comissão tripartite composta de representantes do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e de órgão representativo das Municipalidades, foi considerada de grande interesse e a ser examinada pelas autoridades, quando oportuno, predominando a idéia de não se fixar nenhuma fórmula rígida na municipalização dos serviços locais de saúde.

O princípio da municipalização dos serviços locais de saúde foi aprovado por unanimidade. O mecanismo de ação para implantar a municipalização dos serviços locais de saúde fica condicionado às peculiaridades das situações locais, com a mais ampla flexibilidade.

Em reunião conjunta com a Comissão Técnica do Tema "b" - Distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal - esta Comissão aceitou a sistematização estabelecida por aquele sugerindo que seja anexado ao relatório, o modelo para a legislação atinente que consta do Relatório Oficial.

Face ao exposto, esta Comissão recomenda:

- a - que os Governos, Federal, Estaduais e Municipais, na mais estreita cooperação estabeleçam no menor prazo possível, em nível municipal, a estrutura sanitária básica do país, de forma a fornecer os cuidados médico-sanitários indispensáveis à defesa da vida de toda a população brasileira;

- b - êste esforço deve ser iniciado, prioritariamente, nos municípios que ainda não dispõem de qualquer medida de defesa da saúde;
- c - os Serviços Municipais de Saúde a serem implantados deverão levar em conta na sua estrutura as necessidades e possibilidades de cada um;
- d - os Serviços Municipais de Saúde terão no mínimo as seguintes atividades:
 - 1) medidas primárias do saneamento do meio;
 - 2) fiscalização dos gêneros alimentícios, das habitações e dos estabelecimentos que lidam com a produção e comércio de alimentos;
 - 3) imunização contra as doenças transmissíveis;
 - 4) prestação dos primeiros socorros de assistência a doentes;
 - 5) levantamento dos dados de estatística vital - ~~-----~~

~~-----~~

