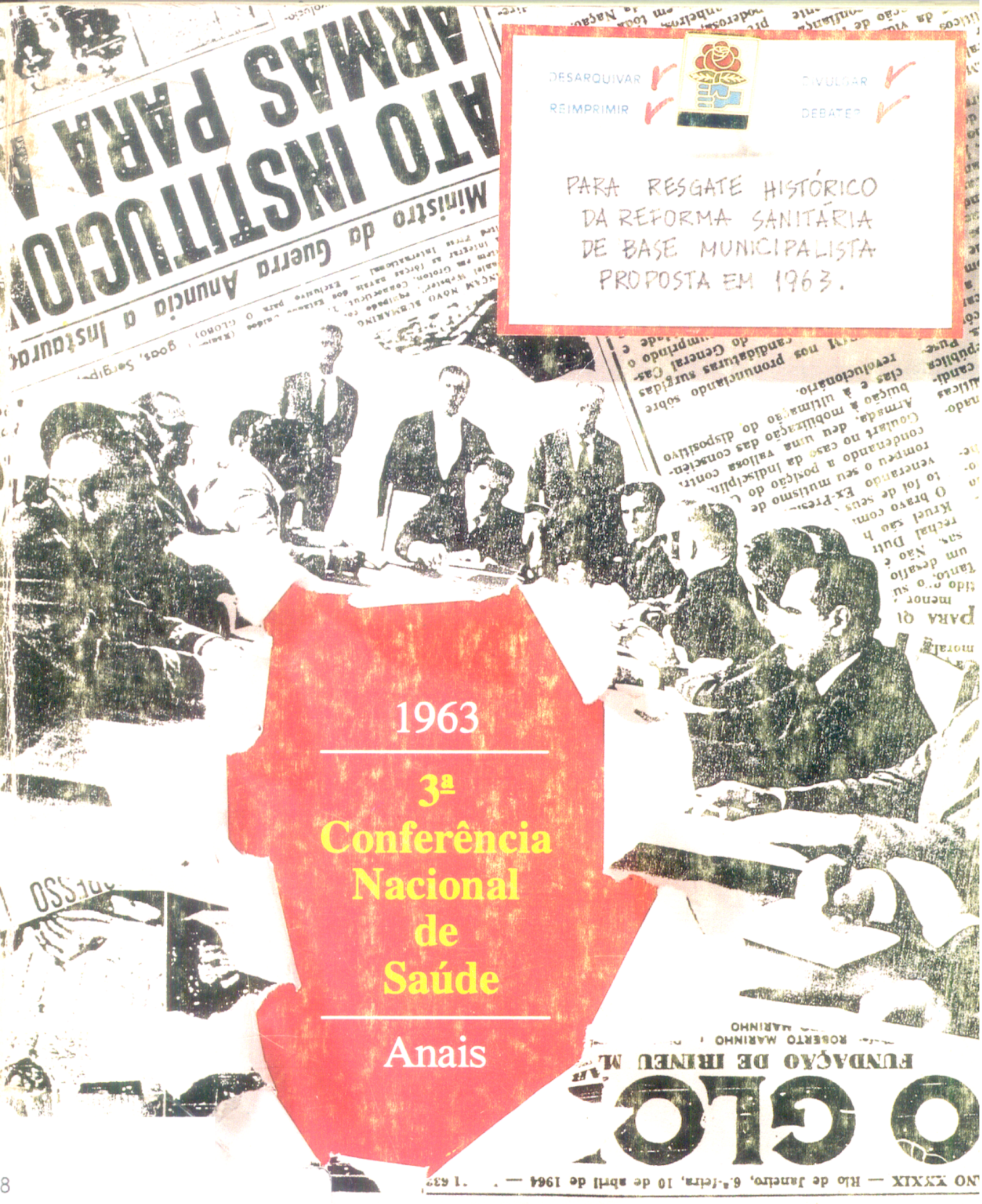

DESARQUIVAR
REIMPRIMIR
DIVULGAR
DEBATER
PARA RESGATE HISTÓRICO
DA REFORMA SANITÁRIA
DE BASE MUNICIPALISTA
PROPOSTA EM 1963.
1963
3ª
Conferência
Nacional
de
Saúde
Anais

1963

3ª Conferência Nacional de Saúde

Anais

Tema :
Situação Sanitária da População Brasileira
Apreciação geral do problema

Agosto de 1992

Prefeitura de Niterói
Secretaria Municipal de Saúde
Fundação Municipal de Saúde

614.06

C 768 Conferência Nacional de Saúde (3.:1963:Brasília:DF)

Anais / 3ª Conferência Nacional de Saúde; promovido pelo Ministério de Saúde

Niterói : Fundação Municipal de Saúde, 1992

246 p.

1.— Saúde Pública — Congresso

Fundação Municipal de Saúde

BIBLIOTECA
Ministério da Saúde

Registro	Aquisição
ML [illegible]	Doação R$10,00
Data [illegible]	e.

APRESENTAÇÃO

O fato de não ter o Ministério da Saúde publicado, após mais de um quartel de século, os Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, as vésperas do golpe militar, explica-se por si mesmo. Desse modo, pareceu-me conveniente, e até necessário, apresentar as razões de sua publicação neste momento, por iniciativa do Movimento Socialista de Saúde do Partido Democrático Trabalhista.

A 3ª Conferência revestiu-se de especial significado na medida em que propôs reforma profunda na estrutura sanitária do país e, pela primeira vez, fixou com clareza uma Política Nacional de Saúde capaz de atender às necessidades do nosso povo a custos suportáveis pela Nação. Sob esse aspecto, ela se constituiu num marco importante da história do pensamento dos sanitaristas brasileiros.

No processo de elaboração desse pensamento, sobretudo a partir de 1940, foi tomando corpo a idéia de que a saúde é inseparável do processo nacional de desenvolvimento, apresentando-se os indicadores dos níveis de saúde estreitamente relacionados ao grau de desenvolvimento econômico, social, político e cultural da comunidade.

A partir daí foi possível repensar criticamente a Organização Sanitária Brasileira com a consequente correção de dois vícios que lhe reduziam o alcance e a eficiência: a insuportável centralização que deixava desprotegido um grande contigente da população e a atitude de passividade com que eram aceitas muitas medidas estranhas à nossa realidade.

Adotou, então, a 3ª Conferência Nacional de Saúde a tese da Municipalização com o objetivo de descentralizar a execução das ações básicas de saúde, de modo a criar uma estrutura sanitária verdadeiramente nacional e flexível o bastante para adequar-se à realidade econômica, política e social da comunidade, num país de tão grandes diferenças regionais.

Como complemento indispensável a esta decisão resolveu a Conferência recomendar, no exame do item B, a articulação das atividades sanitárias nos vários níveis das administrações federal, estaduais e municipais, dando o primeiro passo para a implantação de um sistema nacional de saúde unificado.

Uma vez institucionalizada, esta política pressupunha o fortalecimento da rede pública. Nas duas últimas décadas, porém, mesmo sem abandonar o discurso municipalista, o Estado passou a promover a privatização da Saúde de maneira cada vez mais aberta, com recursos públicos formados principalmente pela contribuição compulsória dos previdenciários, com a inevitável deterioração da qualidade dos serviços prestados pelos órgãos governamentais.

A 8ª Conferência, mesmo sem o conhecimento preciso destes documentos, foi capaz de sugerir aos constituintes de 88 a institucionalização de um sistema unificado e descentralizado de saúde - S.U.D.S. - ainda que não tivesse podido identificar o conjunto de interesses que forçosamente haveriam de se opor à sua implantação.

Agora que a 9ª Conferência, passados 29 anos, se propõe a recuperar a proposta municipalista e manifesta a preocupação com os problemas da saúde, recolocando o debate nos termos próprios à sua correta solução, torna-se imprescindível que a reforma sanitária projetada alcance seus objetivos sem se deter nos obstáculos em que se transformaram os interesses comerciais cristalizados ao longo de toda uma geração.

Por último, no instante em que essas teses se vestem de indisfarçável atualidade, tem esta publicação o significado de uma homenagem aos sanitaristas - muitos dos quais já desaparecidos - que se dedicaram à tarefa de dotar o Brasil de uma Organização Sanitária à altura de suas necessidades. Com estas palavras cumpro o grato dever de reivindicar para eles o respeito e a gratidão de todos os brasileiros.

Wilson Fadul

E.M. GB Nº 217

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 principais da reunião projetada.

A definição das novas diretrizes da política de saúde, fundamentadas nas recomendações aprovadas pelo 15º Congresso Brasileiro de Higiene e nos princípios enunciados no Plano Trienal e sua concretização, através de programas exequíveis, 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 3ª 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

LEI Nº 378 DE 13 DE JANEIRO DE 1937

Da nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública.

Art. 90º - Ficam instituídas a Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde, destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e a saúde realizada em todo o País e a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde bem como na concessão do 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.

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 corrente ano.

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 do 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 Serviço 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 e 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-sanitarias nos níveis
   federal, estadual e municipal;
c) Municipalização dos serviços de saúde e;
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 a classificação dos trabalhos de acordo com o Temário e preparará os documentos básicos de discussão dos 4 temas oficiais.

DA ORGANIZAÇÃO

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

Art. 11º - 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. 12º - No início de cada sessão será lida e posta em discussão a ata da sessão anterior, que, entretanto, poderá ser dispensada por solicitação dos membros da Conferência.

Art. 13º - As decisões da Conferência serão tomadas por maioria de votos dos membros com direito a voto, presentes no momento da votação.

Art. 14º - 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. 15º - Haverá sessões solenes de abertura e encerrramento, sessões ordinárias para apresentação e discussão dos trabalhos, e sessões plenárias para discussão e aprovação das resoluções.

Art. 16º - 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. 17º - Nas Comissões Técnicas, os Secretários de Saúde dos Estados e Territórios poderão ser representados pelos seus assessores.

Art. 18º - 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 e;

c) Solucionar questões de ordem levantadas nas sessões, podendo submeter suas decisões à homologação do plenário.

Art. 19º - Aos Vice-Presidentes compete substituir o Presidente nos seus impedimentos.

Art. 20º - 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 os trabalhos classificados e;
d) Redigir a ordem do dia e as notas para publicidade.

Art. 21º - Aos Secretários compete auxiliar o Secretário Geral em suas atribuições.

Art. 22º - Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente.

PORTARIA GB Nº 596, DE 9/8/63

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

RESOLVE 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 constituirem a Comissão Organizadora da 3ª Conferência Nacional de Saúde.

A comissão será presidida pelo Dr. Arnoldo 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,

RESOLVE incluir na Comissão Organizadora da 3ª 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, ADELMO DE MENDONÇA E SILVA, FELIPE NERY GUIMARÃES, FERNANDO SEIDL, CLÁUDIO MAGALHÃES DA SILVEIRA E HERMES AFFONSO BARTHOLOMEU.

(a)Wilson Fadul

PORTARIA GB Nº 738, DE 5/12/63

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

RESOLVE incluir na Comissão Organizadora da 3ª 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 ALUÍSIO DE CASTRO e ODAIR BEHN FRANCO.

(a) Wilson Fadul

AVISO GB / 1963

Senhor Governador:

Em atenção ao disposto no Decreto nº 52256, de 11 de julho do ano em curso, o Ministério da Saúde instituiu, junto ao Gabinete Ministerial, o Grupo de Planejamento, que tem por atribuição elaborar o Plano Nacional de Saúde e assegurar a sua execução e coordenação.

O Plano definirá os objetivos principais da política sanitária preconizada pelo Ministério, bem como discriminará as necessidades setoriais, a disponibilidade de recursos para fins assistenciais, a escala de prioridades para atendimento os problemas que reclamam a ação governamental no campo da saúde.

Entre os objetivos colimados pelo Grupo de Planejamento deste Ministério, figura o incentivo ao intercâmbio com os Estados, visando a obter a indispensável cooperação das organizações públicas e privadas, que se dedicam a atividades médico-sanitárias, com o propósito de favorecer a preparação de programas anuais, convenientemente ajustados às diretrizes gerais do Plano Nacional de Saúde.

Na primeira quinzena de dezembro, por ocasião da 3ª Conferência Nacional de Saúde, pretende o Ministério da Saúde definir as linhas básicas do Plano.

O conhecimento dos principais problemas que enfrenta a administração sanitária desse Estado, o levantamento sumário das principais necessidades no âmbito das realizações da Saúde Pública, a estimativa dos recursos que seriam necessários ao atendimento das questões mais importantes, constituiram um valioso subsídio ao trabalho preliminar que está sendo levado a efeito com o objetivo de ordenar e racionalizar o esforço administrativo federal em favor da melhoria das condições sanitárias da população brasileira.

Ao transmitir a V. Exa. o apelo para que os dados acima enumerados sejam fornecidos ao Grupo de Planejamento deste Ministério, desejo expressar o testemunho do meu antecipado reconhecimento ao tempo em que renovo os protestos do mais alto apreço.

Wilson Fadul
Ministro da Saúde

Exmo Sr. Secretário de Saúde

A Lei nº 378 de 13 de janeiro de 1927, 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 temário 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 as necessidades e possibilidades das nossas populações, respeitando as peculiaridades e a diversidade de evolução de cada Estado.

É evidente que tratando de uma reunião administrativa só serão aceitos para discussão documentos apresentados por órgãos do Governo Federal, Estadual, Municipal, Autárquico ou Parestatal. 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 devem 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. Porém, trata-se de 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.

Dr. Arnoldo Beiró de Miranda
Presidente da Comissão Organizadora

RELAÇÃO DOS DELEGADOS DA 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

9 a 15 de dezembro de 1963

1- **Abelardo Calafange**
   Secretário de Saúde do Rio Grande do Norte
2- **Adalberto Mendes de Oliveira**
   Rep. da Divisão de Profilaxia - DNERu
3- **Adalberto Pimentel Belo**
   Delegado Fed.Criança- 3ª Reg.- Recife
4- **Adelmo de Mendonça e Silva**
   Membro da Comissão Organizadora
5- **Akel Nicolau Akel**
   Representante Amazonas.- Manaus
6- **Alceu de Oliveira Freitas**
   Diretor da Colônia Juliano Moreira- SNDM
7- **Alexandre Gomes de Menezes Neto**
   Diretor de Saúde de Sergipe
8- **Aloysio Costa Santos**
   Delegado Fed.Criança -5ª Reg.- S. Paulo
9- **Aloysio Sanches de Almeida**
   Secretário de Saúde - Bahia
10- **Álvaro Serra de Castro**
   Conselho Nacional de Saúde
11- **Anisio Pires de Freitas**
   Delegado do SENAM
12- **Amintor Virgolina Amaral Bastos**
   Representante SPVEA

13- **Dr. Antônio Ferreira de Carvalho**

Dr. Sebastião Cabral

Representantes Secret. Saúde-Esp.Santo

14- **Antônio Jorge de Almeida**

Diretor da Divisão Orientação Técnica-F/SESP

15- **Antônio de Mello Arruda**

Secretário de Saúde do Ceará

16- **Aramys Athaide**

Conselho Nacional de Saúde

17- **Aristides Celso Limaverde**

Membro da Comissão Organizadora

18- **Arnoldo Beiró de Miranda**

Membro da Comissão Organizadora

19- **Ayrton Ricardo dos Santos**

Secretário de Saúde do Paraná

20- **Bichat de Almeida Rodrigues**

Superintendente da F/SESP

21- **Celso Arcoverde de Freitas**

Membro da Comissão Organizadora

22- **Cláudio Magalhães da Silveira**

Membro da Comissão Organizadora

23- **Clovis Robert**

Delegado de Saúde - Secret. Saúde Assist.-Estado do Rio

24- **Dagoberto Chaves**

Subst. Diretor S.N.F.M. Farmácia

25- **Décio Pacheco Pedroso**

CNS- Cons.Med.Prev.Social

26- **Durval Lucena**

Inst. Ageu Magalhães- DNERu -Recife

27- **Ednice Maria Wolkman**

Delegado Fed. Criança- 6ª Reg.

28- **Eliezer Jacob Zagury**

Diretor Cursos do DNCr.

29- **Elysio Pereira de Atayde**

Deleg. Fed. Criança- 4ª Reg.

30- **Ernani Agricola**

Conselho Nacional de Saúde

31- **Fausto Castelo Branco**

Diretor do Serviço Nacional de Lepra

32- **Fausto Magalhães da Silveira**

Subst.D.G. do D.N.S.

33- **Felipe Nery Guimarães**

Membro da Comissão Organizadora

34- **Fernanda Elin Dias de Carvalho**

Delegado Fed.criança- 2ª Reg.- Fortaleza

35- **Fernando Riedy Nascimento Silva**

Rep.Diretoria Saúde da Marinha

36- **Fernando Seidl**

Membro da Comissão Organizadora

37- **Flamarion A. Costa**

Diretor da D.P.S. - DNCr.

38- **Francisco Badaró Jr.**

Diretor Geral do D.N.Cr.

39- **Geraldo Francisco Maldonado**

Representante da D.G. de Saúde do Exército

40- **Gilberto da Costa Carvalho**

Delegado Fed.Saúde da 5ª Reg. - Recife

41- **Gilson dos Santos Moreira**

Secretário de Saúde do Acre

42- **Hélio Helbert Dos Santos**

Secretário Saúde-R.G.Sul

43- **Hélio Sebastião de Martino**

Subs. Diretor Instituto Fernandes Figueira

44- **Hermes Affonso Bartholomeu**

Membro da Comissão Organizadora

45- **Hermes Rodrigues Alcântara**

Secretário de Saúde de Minas Gerai.

46- **Hyder Corrêa Lima**

Delegado Fed.Saúde - 4ª Reg.-Fortaleza

47- **Ibgatto Falcão**

Secretário de Saúde de Alagoas

48- **Isaías Ferreira Paim**

Diretor Hospital Neuro Sífilis -SNDM

49- **Isaías Silva**

Secretário de Saúde da Paraíba

50- **Jacy Netto de Campos**

Secretário de Saúde de Goiás

51- **João Ferreira Lima Filho**

Secretário de Saúde- Pernambuco.

52- **Joaquim Travassos da Rosa**

Diretor do Instituto Oswaldo Cruz

53- **José Alberto de Oliveira Bastos**

Delegado Fed. Saúde - 6ª Reg. - Salvador

54- **José Aluísio de Castro**

Membro da Comissão Organizadora

55- **José Ribeiro Quadros**

Secretário de Saúde do Maranhão

56- **José Simplício da Rocha Filho**

Diretor Hospital Gustavo Riedel-CPN- SNDM

57- **Kestern Wilson Sefton Neto**

Delegado Fed. Saúde- 7ª Reg.- P. Alegre

58- **Landislau Salles**

Secretário de Saúde de Minas Gerais

59- **Lincoln de Freitas Filho**

Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública

60- **Lucilo Urrutigaray**

Rep. Diretoria Saúde Aeronáutica - (CNS)

61- **Luiz Mota Granja**

Diretor Hospital Neuro-Psiquiatria Infantil - CPN - SNDM

62- **Manoel Isnard Teixeira**

Repr. do Diretor Geral do D.N.S.

63- **Manoel de Sousa Vargas**

Representante do Delegado Fed.Saúde- 8ª Reg.- MT

64- **Mário de Medeiros Barbosa**

Diretor Divisão de Saúde - Amapá

65- **Mário Magalhães da Silveira**

Membro da Comissão Organizadora

66- **Mario Pinotti**

Conselho Nacional de Saúde

67- **Menandro da Rocha Novaes**

Secretário Executivo Grupo Planejamento M.S.

68- **Moacyr Santos Silva**

Diretor do Serviço Nacional do Câncer

69- **Nelson Chaves**

C.N.S.

70- **Nelson Jardim**

Delegado Fed.Criança - 7ª Reg. - M.Gerais

71- **Nelson Luiz de Araújo Moraes**

Assist. Sup. da F/SESP (C.N.S.)

72- **Nilson dos Santos de Freitas Guimarães**

Membro da Comissão Organizadora

73- **Nisomar Pinheiro Azevedo**

Secretário Geral Soc. Bras. Higiene

74- **Odair Behn Franco**

Membro da Comissão Organizadora

75- **Orestes Dinis**

Diretor da Divisão de Organização Hospitalar

76- **Oswaldo Moraes Andrade**

Diretor Inst. Psiquiátrico do CNP - SNDM

77- **Pedro Borges**

Presidente da Comissão Nacional de Alimentação

78- **Pedro Vallinoto**

Secretário Saúde do Pará

79- **Platino Amaro Duarte Neto**

Chefe Setor Saúde SPVER - Fronteira Sudoeste

80- **Raymundo de Brito**

Secretário de Saúde do Estado da Guanabara

81- **Renato Caetano Silva**

Diretor Regional Saúde F/SESP

82- **Rodrigo Ulysses de Carvalho**

Diretor do M. Judiciário do SNDM

83- **Roland Leão Castello**

Diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais

84- **Salomão Moyses Levy**

Delegado Fed. Criança -1ª Região

85- **Silvia Hasselmenn**

Subs. Diretor do D.O.S.

86- **Ubirajara Ribeiro de Oliveira**

Eng. Sanitarista

87- **Vega Senha Jeronymo**

Rep. Secretário de Saúde de Brasília

88- **Waldemar Bessa**

Rep.Diretor do S.N. Tuberculose

89- **Walter Dantas C. de Góes**

Delegado Fed.Saúde - 2ª Reg. - Manaus

90- **Walter Silva**

Diretor do Serviço Nacional de Educação Sanitária

91- **Wanda C. Garcia**

Subts. Diretor da D.C.D. do DNERu

92- ***Washington Loyello***

Diretor do Centro Psiquiátrico Nacional - SNDM

93- **Wilson José Simplicio**

Diretor do Hospital Pedro II - SNDM

94- **Wilson da Mota Silveira**

Coord.Serv.Saúde- Norte - F/SESP

95- **Woodrow Pimentel Pantoja**

Membro da Comissão Organizadora

DISCURSO DO PRESIDENTE DA REPÚBLICA NA SESSÃO INAUGURAL DA 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Ao declarar abertos os trabalhos da 3ª Conferência Nacional de Saúde, sejam minhas primeiras palavras de saudação e boas vindas às autoridades sanitárias dos Estados e Territórios que atenderam ao chamado do Governo Federal para, em conjunto, examinarem temas de grande atualidade, porque se referem às condições sanitárias da população brasileira. A todos os que aqui se encontram desejo agradável permanência e expresso minha confiança que saberão, em perfeita colaboração com os eminentes membros do Conselho Nacional de Saúde, dos representantes dos Serviços de Saúde das Forças Armadas, das outras organizações convidadas e do pessoal do Ministério da Saúde, oferecer soluções justas que possam satisfazer às necessidades atuais do nosso progresso e às legítimas aspirações de bem-estar do povo brasileiro.

Ao receber do ilustre Ministro da Saúde, Dr. Wilson Fadul, a proposta para a convocação desta conferência, percebi imediatamente a importância e o alcance da iniciativa, proporcionando-lhe por isto todo apoio que se fizesse necessário para sua imediata realização. Na realidade, o que se possa fazer para melhorar as condições de vida do homem brasileiro é sempre insuficiente. Devemos ter presente que o homem é e será sempre a riqueza mais importante de uma Nação, o seu maior capital.

Permitam-me, porém, os eminentes técnicos dos sistemas de Saúde Pública do país, valendo-me da experiência do constante convívio com os trabalhadores das cidades e com a verdadeira massa de párias da nossa agricultura, que faça uma advertência, diante de enganadoras perspectivas que possam abrigar, segundo as quais é possível obter-se uma profunda melhoria da saúde de nossas populações, com a simples aplicação de medidas de ordem médico-sanitária: a Saúde, sabem os senhores mais do que eu, é um índice global, resultante de um conjunto de condições - boa alimentação, habitação higiênica, roupas adequadas, saudável regime de trabalho, educação, assistência médico-sanitária, diversões e ainda outros fatores que só podem ser conseguidos em consequência do desenvolvimento econômico da nação e da distribuição equitativa de suas riquezas.

Parece-me oportuno recordar aqui as palavras do grande Presidente Getúlio Vargas, que, com a clarividência do estadista, que todos lhe reconhecem, afirmava, em sua mensagem de 1951 ao Congresso Nacional:

"O baixo nível de saúde do Brasil é fiel reflexo da pobreza que grava a grande maioria do nosso povo. Costuma-se inverter o problema atribuindo esta condição à deficiência do brasileiro, minado pela doença e oprimido pelo clima, incapaz de transformar em produção útil nossas gigantescas riquezas potenciais, quando na verdade o povo é doente porque ainda não possui os meios para comprar sua saúde, sob a forma de alimentação adequada, ambiente higiênico e sadio regime de trabalho."

"E que as causas fundamentais da baixa produtividade vulgarmente lançada a conta de má saúde do trabalhador rural residem antes da aspereza do meio, nas agruras do clima, e sobretudo nos métodos primitivos de trabalho, que obriga o homem a retirar de si próprio a energia que alhures é produto da eletricidade, da mecânica ou da química."

"A análise de quaisquer outros complexos aspectos da saúde do homem levaria invariavelmente às mesmas conclusões, por isso que a Saúde Pública é incontestavelmente um problema de superestrutura que deverá de modo irrecorrível ajustar-se ao arcabouço econômico da nação. Cada etapa da evolução econômica nacional, da mesma forma que corresponde a uma certa composição da população e a uma determinada distribuição de mão-de-obra, também apresenta seus definidos problemas sanitários a serem com possibilidade de sucesso solucionados."

Não se pretende, é evidente, diminuir o significado do esforço da Saúde Pública. Muito pelo contrário, o que se deseja é que seus programas se ajustem as reais condições econômicas e sociais da nação e, consequentemente, às necessidades efetivas da população.

"A saúde não é a simples ausência de enfermidade mas um completo estado de bem-estar físico, social e psíquico na definição da Organização Mundial de Saúde. Se a Saúde Pública não pode por si só assumir tão grande tarefa, poderá, não há dúvida, valendo-se das poderosas armas profiláticas e terapêuticas de que dispõe atualmente, reduzir enormemente muitas enfermidades. É esta a fiel tradução do pensamento de Getúlio Vargas que, espero, constitua sempre o fundamento de uma política realista para o Ministério da Saúde."

Não é segredo para ninguém que o País atravessa graves dificuldades financeiras, consequência das condições de subdesenvolvimento e da tremenda deterioração dos preços dos produtos primários que constituem o grosso da exportação brasileira. Esta situação, entretanto, não será impedimento para que as medidas que sejam julgadas necessárias à melhoria das condições sanitárias da população deixem de ser enfrentadas com decisão e firmeza pelo Governo.

Nos tempos que correm é muito frequente ouvir falar no problema da rentabilidade dos investimentos no setor saúde e, muito também, se discute se estes investimentos são, no fundo, perdidos ou não. Não foi encontrada até hoje nenhuma fórmula para medir a rentabilidade destes investimentos. Ninguém, entretanto, poderá afirmar que o País esteja malbaratando recursos quando os emprega para defender a vida e o trabalho dos seus habitantes. O que se exige é que sejam aplicados em programas que venham prestar benefícios às camadas de população que não podem, por seus próprios recursos, pagar tais serviços.

De outra parte, não há dúvida que em muitos casos os investimentos em atividades sanitárias são estruturais, pois sem eles seria impossível o aproveitamento daquelas amplas áreas do território nacional asssoladas por enfermidades e que as tornam ainda incompatíveis com o trabalho permanente e produtivo. Em países como o Brasil onde, pela nossa baixa quantidade per capita de energia, grande parte de trabalho nacional se realiza por meio de esforço muscular, a defesa da vida da população representa assim um importante e direto investimento no processo do desenvolvimento econômico nacional.

Os gastos públicos no setor saúde podem ser transformados em um desperdício de recursos quando empregados fundamentalmente em seviços especializados e de elevado custo, para satisfazer apenas a um pequeno número de pessoas, e no mais das vezes representando a transferência para o Tesouro Nacional de despesas que deviam correr por conta daqueles que realmente tiram benefícios de tais serviços.

O temário desta Conferência, reflexo do espírito lúcido e da alta competência do Ministro Wilson Fadul, indica que a política que o Ministério da Saúde deseja implantar na orientação das atividades médico-sanitárias do País se enquadra precisamente dentro da filosofia de que a saúde da população brasileira será uma consequência do processo de desenvolvimento econômico nacional, mas que para ajudar este processo o Ministério da Saúde deve dar uma grande contribuição, incorporando os municípios do País em uma rede básica de serviços médico-sanitários, que forneçam a todos os brasileiros um mínimo indispensável à defesa de sua vida. Quando esta rede, estabelecida com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados, alcançar todas as células municipais e se disseminar por suas cidades, vilas e localidades, a população brasileira que vive no interior, em completo abandono no que se refere às medidas sanitárias, poderá solucionar muitos problemas, não raro angustiantes, da doença e reclamar outras medidas mais avançadas do seu interesse.

O Governo considera que a população brasileira é a nossa maior riqueza. Assim, sente-se orgulhoso em constatar que seu crescimento foi de 3,0% ao ano no decênio 1950/1960 e está no propósito de adotar todas as providências

que permitam manter este ritmo ou, mesmo, aumentá-lo. A política de estruturar uma rede básica de serviços médico-sanitários, alcançando todo o território nacional, serve justamente a este propósito, de melhorar as condições sanitárias do País, reduzindo os riscos de mortes prematuras.

De outra parte, o Governo mantem como ponto fundamental de sua política, as reformas indispensáveis da estrutura econômico-social do Brasil para que seja intensificado o desenvolvimento nacional e a população brasileira possa, assim, atingir a elevados níveis de saúde, como os já existentes em outros países que realizaram estas reformas, etapas necessárias do progresso da sociedade humana.

O Governo vai considerar, em têrmos de prioridade administrativa, os estudos e as sugestões que nesta Conferência forem realizados e adotadas.

Reitero a todos, os agradecimentos pelo trabalho que vão realizar e que, confio, trará grandes benefícios ao País.

DISCURSO DO MINISTRO DA SAÚDE, DEPUTADO WILSON FADUL

No momento em que se instala a 3ª Conferência Nacional de Saúde, em boa hora convocada pelo Exmo. Senhor Presidente da República, de conformidade com o disposto na Lei 378, de 13 de janeiro de 1937, cumpre-me, inicialmente, agradecer a presença de eminentes autoridades de cuja esclarecida colaboração muito espera o Governo, no objetivo de apreciar e debater os temas oficiais da Reunião, e, no final, estabelecer as diretrizes nacionais de uma política de saúde adequado à realidade dos nossos dias.

A lei referida previu a convocação, em cada dois anos, de conferências como esta, nas quais se reunissem os responsáveis pelas tarefas da Saúde Pública, com o fim de dar um balanço geral de suas atividades, pesando erros e acertos, consertando medidas e estabelecendo normas de ação que resultassem no equacionamento e solução dos graves problemas que, neste particular, afligem a comunidade brasileira.

Infelizmente, por motivos que não nos importa agora analisar, apenas duas dessas reuniões foram realizadas, a última há treze anos. Nesse longo espaço de tempo, o Brasil ganhou dimensões novas, vestindo-se das novas roupagens impostas pelas transformações que, em surpreendente velocidade, atingiram todos os setores da vida nacional.

Parece-me importante assinalar que essas profundas alterações das fisionomias política, social, econômica e cultural do País se fizeram e ainda se fazem, sob muitos aspectos, de maneira tumultuada, quase em desordem. Dir-se-ía que a Nação inteira, empenhando-se numa luta sem tréguas para vencer o atraso, a ignorância, o pauperismo e a doença, buscando enfim o progresso, não encontrou por força de imperativos históricos, na sua organização administrativa como também na estrutura nacional, como um todo, o instrumento hábil que lhe respondesse aos anseios e inquietações. Em suma, ao progresso econômico e social que opõe toda uma muralha de interesses cristalizados, nutrindo-se da inércia de rotinas extratificadas e estéreis que urge modificar, com equilíbrio e bom senso, para que se alarguem os caminhos do desenvolvimento harmonioso e tranquilo do País.

Transpondo essas modificações para o campo dos nossos trabalhos, admitimos poder analisar, embora sucintamente, o quadro de nossas atividades nos últimos tempos. Vinculado ao Ministério da Educação até o ano de 1954, marcha o da Saúde para o seu primeiro decênio de vida autônoma. É certo que sua organização não acompanhou os avanços que se verificaram nos conhecimentos

técnicos-científicos nem se ajustou às crescentes necessidades nacionais no âmbito da Saúde Pública. De outra parte, tão prejudicial quanto o arcaísmo de sua estrutura, foi-lhe a crença falaciosa de que poderiam alcançar altos padrões de bem estar e progresso social às custa exclusiva de medidas de natureza médico-assistencial. Este conceito, rigorosamente invalidado pela percepção de que os problemas de saúde não se resolvem divorciados da realidade social, figura na raiz de alguns dos erros de que resultaram as frustações de nossa política sanitária. Por outro lado, a imitação dos modelos de organizações existentes em países adiantados, na tentativa inócua de obter, através da implantação de esquemas desasjustados ao nosso ambiente sócio-econômico, os resultados exibidos alhures, constitui o mais lamentável equívoco a explicar, em boa parte, às distorções do nosso organismo sanitário.

A gravidade dos problemas médico-sanitários que afetam vastas camadas da população brasileira, em consequência do pauperismo em que vivem mergulhadas, de par com a escassez dos recursos de nossas comunidades para enfrentá-los, representa o grande desafio lançado à lucidez das autoridades sanitárias federais, estaduais e municipais.

O binômio necessidades e recursos configura a fixação de diretrizes de uma nova política de saúde que se fundamenta no conhecimento da realidade econômico-social do País, na análise crítica das experiências históricas dos modelos conhecidos e no aproveitamento da técnica posta à serviço da luta contra as enfermidades. A limitação dos recursos corteja com a vastidão dos problemas, torna imperiosa uma disciplina, uma racionalização, uma política que defina as prioridades, estime custos, indique benefícios e estabeleça prazos, uma sistemática nova que traduza em objetivos realistas, se exprima em programas para cujas elaboração, contrôle e execução, o Ministério da Saúde se prepara através de sua reorganização administrativa.

A cristalização de determinadas premissas, extraídas do conjunto dessas observações, impõe-se como condição prévia para a a tentativa de implantação de novos métodos na gestão dos assuntos de Saúde.

A formulação da política sanitária mais consentânea com os interesses do País, preconizada pelas mais representativas correntes dos nossos técnicos de Saúde Pública, já foi ratificada pelo Governo. Ela se resume em alguns princípios, assim enunciados:

1 - Prioridades para os programas que beneficiem ao maior número de pessoas a custos mais reduzidos.

2 - Utilização apropriada dos modernos conhecimentos científicos, ao alcance dos países subdesenvolvidos, com o objetivo de acelerar o declínio de mortalidade geral.

3 - Integração nos programas de saúde no plano geral de desenvolvimento econômico, com o máximo de aproveitamento dos recursos disponíveis.

4 - Fomento ao estudo dos problemas peculiares ao nosso meio, com incentivo à pesquisa visando à correta solução.

5 - Estímulo à formação de pessoal técnico que atenda à efetiva demanda dos programas assistenciais.

6 - Fortalecimento da indústria farmacêutica estatal, objetivando o aumento da produção de agentes químicos-profiláticos necessários ao tratamento das grandes endemias que prevalecem entre as camadas mais pobres da população.

7 - Intensificação do sistema de planejamento para todas as atividades, de maneira a assegurar maior rendimento do instrumental médico-assistencial existente.

Do tranquilo exame da realidade objetiva no campo da Saúde Pública, para cuja transformação se há de introduzir, inevitavelmente, critérios de custos e rendimentos, delineiam-se as linhas mestras de uma programação que atenda, a longo prazo, aos princípios antes enumerados.

A extensão do programa se contém em um orçamento que fixa limites ao financiamento que o Poder Público pode suportar, o que nos conduz à afirmativa inexorável de que a ação dos órgãos de governo não pode fugir ao fato fundamental expresso na necessidade de contemplar exigências progressivamente crescentes, dispondo de recursos reconhecidamente escassos para o vulto dos problemas a enfrentar, com base numa organização administrativa anacrônica que cumpre aperfeiçoar e tornar funcional.

Seria inteiramente ocioso levantar argumentos em torno da insuficiência dos recursos destinados à Saúde. A atitude válida seria indagar se a percentagem de despesas corresponde aos níveis impostos pela estrutura de gastos peculiar aos países em idêntico estágio de desenvolvimento e se seria possível carrear, arbitrariamente, maiores dotações para o Setor Saúde sem comprometer, de maneira irremediável, os outros considerados prioritários. Neste passo, a questão se desloca para outro gênero de indagação que induz a investigar-se, partindo da hipótese da inelasticidade dos meios, se estarão eles tendo a correta utilização e seria possível lograr melhores resultados mediante a simples coordenação de órgãos, públicos e particulares, que compõe a rede assistencial

brasileira. A essa altura não seria ousadia afirmar que aos investimentos não correspondem resultados sequer aceitáveis, em muitos setores de nossas atividades.

A análise minuciosa dos diferentes aspectos concernentes ao financiamento dos programas de Saúde, no ano em curso, demonstra que a União, em seu orçamento, lhes destina 126 bilhões de cruzeiros, cifra que representa cerca de 12% das despesas e 1,66% do produto nacional bruto estimado, correspondente ao gasto "per capita" de 1.685 cruzeiros. Esse total está distribuído por todos os órgãos da Administração Federal, cabendo ao Ministério da Saúde apenas 1/3 do mesmo ou exatamente 41.990 milhões e nele se inclui o item referente à formação de pessoal atribuída, em sua quase totalidade, ao Ministério da Educação. Desta estimativa de gastos estão, por outro lado, excluídos os dispêndios com a rede assistencial da Previdência que absorveram, em 1960, aproximadamente 15% do conjunto das despesas realizadas pelos Institutos de Aposentadoria.

Evidencia-se, ainda, que os Estados estão dispendendo, em média 7% dos seus orçamentos com a manutenção dos serviços sanitários, enquanto os municípios consomem parcela correspondente a 4%.

A tudo isso deve acrescentar-se a contribuição privada que adquire alta relevância na prestação de serviços assistenciais, representando ponderável fator na luta pela preservação da saúde coletiva. Ao esforço nacional, expresso pelo volume dos recursos mencionados, não respondem os rendimentos obtidos, como será demonstrado no desenrolar desta Conferência. Para comprovar a assertiva, bastaria o exame do nosso aparelhamento hospitalar, objetivando corrigir as danosas distorções que vigoram neste setor, o que constitui providência do maior interesse.

Em 1960, os estabelecimentos hospitalares atingiram a cifra de 2.547, com 216.378 leitos, localizando-se nas capitais 573 com 88.531 leitos. Dos hospitais existentes, 371, eram mantidos por entidades governamentais e 2.176 por organizações privadas, quase todas subvencionadas pelo Poder Público. O coeficiente de leitos/habitantes estaria em torno de 3/1.000, o que representa, em termos genéricos, uma relação satisfatória.

Se da apreciação da matéria, nos seus indicadores globais, passarmos à análise de localização dos estabelecimentos, da população efetivamente atendida, das condições em que operam, tanto de referência à situação contábil-administrativa, como aos padrões técnicos dos serviços, ter-se-á uma visão desoladora do que impera neste domínio.

A existência de um grande número de hospitais concluídos e sem condições de funcionamento regular, o abandono de apreciáveis investimentos, inutilizados em obras não terminadas, a perda de equipamentos custosos que se deterioram e se inutilizam nos caixotes de onde não foram sequer retirados, o funcionamento de hospitais com índice insignificante de aproveitamento representam insuportável ônus para a comunidade.

A estes fatores que geraram a presente crise na organização hospitalar, há que acrescentar duas circunstâncias, de acentuado relevo:

1ª - a dispersão de apreciáveis recursos, consignados em ítens específicos dos orçamentos públicos, expressão do vigilante interesse dos representantes do povo pelas obras que vicejam nas áreas de suas atuações, em face mesmo da inexistência de uma segura política pública de investimentos neste setor;

2ª - o papel destruidor que a inflação exerceu sobre os orçamentos das entidades assistenciais, levando-as a bater, às centenas, às portas do erário público sob ameaça de completa paralização de suas atividades.

A posição do Ministério da Saúde, no particular, é sobremodo delicada ante a necessidade de conciliar o propósito de deter e desestimular as práticas malsãs, de mero sentido demagógico e paternalista, que pretendem insistir na condenável rotina dos desperdícios como o de estender a todos os rincões do País os benefícios da assistencia hospitalar.

Em face da comprovada ociosidade no uso do aparelhamento médico-sanitário, o incentivo à mais eficiente participação da rede privada nas tarefas assistenciais, torna-se imperativo inarredável como condição para atenuar os encargos que recaem sobre o Poder Público na manutenção de entidades sub-aproveitadas, eliminando-se, por outro lado, a exagerada oferta de serviços em certas áreas - produzida principalmente pela duplicidade de órgãos - com a liberação de recursos necessários ao atendimento daquelas desprovidas de qualquer assistência.

A ação corretiva do Ministério exprimir-se-á sobretudo através da adoção de critérios que disciplinem os investimentos públicos, já especificados nas normas técnicas baixadas pelo atual Governo, com o Decreto nº 52.464, de 12/09/63 (doze de setembro de mil novecentos e sessenta e três) e que atenderão, basicamente, à densidade demográfica, às condições nosológicas regionais, ao nível econômico local, à participação de beneficiários no custeio dos empreendimentos assistenciais, à disponibilidade de recursos médico-sanitários em determinada zona, à obediência dos preceitos da repartição técnica, à finalidade do auxílio em obras, equipamentos, e manutenção, ao grau de

utilização comprovado, premiando-se àqueles que apresentarem maior rendimento, ao custo de operação, à correta aplicação das verbas recebidas e à equitativa distribuição entre as diversas unidades federativas.

Particularmente vinculado às disposições em que se realiza a assistência hospitalar está o problema da indústria farmacêutica que mereceu especial atenção do Governo.

O aspecto mais relevante da matéria se condensa na progressiva desnacionalização desta indústria e na crescente elevação dos preços dos remédios, com efeitos sociais altamente desfavoráveis.

O amplo domínio que interesses alienígenas exercem sobre este setor da nossa economia, desde a realização das pesquisas que comandam o progresso científico até a importação das matérias primas essenciais, submetidas a insuportáveis restrições monopolísticas, facilitando práticas fraudulentas comprovadas, estava a exigir atitude lúcida e patriótica que vem de concretizar-se com o Grupo Executivo da Indústria Química Farmacêutica, criado pelo Decreto nº 52.471, de 13 de setembro último, já em plena atividade.

Avança agora o Ministério da Saúde, no completo conhecimento das deficiências de sua organização e através da análise dos dados reveladores das necessidades nacionais, para a conquista de sua reforma administrativa. O trabalho realizado reflete as tendências dominantes na moderna conceituação de Saúde e na vivência dos problemas do Ministério pelos sanitaristas brasileiros. É inegável que o esquema proposto não teve a preocupação de inovar com o desprezo da organização tradicional, mas a prudência de adaptar a velha máquina administrativa às solicitações da presente estrutura sanitária.

A exposição de motivos que acompanha o ante-projeto define claramente os objetivos da reforma e faz aguda análise dos principais defeitos da organização sanitária federal. Visando a fazer do Ministério o centro propulsor de toda a atividade médico-sanitário do País, propugna-se pela descentralização progessiva da execução das tarefas assistenciais, com o reforço dos serviços dos Estados e Municípios que serão convenientemente assistidos, financeira e tecnicamente, tornando-se um órgão preferencialmente normativo e coordenador.

A esta Conferência comparece o Ministério da Saúde animado do firme propósito de servir à Nação e com a autoridade que lhe proporciona a experiência acumulada por gerações de cientistas e técnicos com inestimável contribuição ao engrandecimento da Pátria.

Não se permite o mais alto órgão Federal de Saúde, intencionais equívocos ou espúrias descriminações. Vem, portanto, honestamente expor o quadro sanitário brasileiro convocando a todos para o exame de sua realidade. Se ela, em muitos dos seus aspectos, não agrada ao povo e não satisfaz ao Governo, cumpre transformá-la estabelecendo as diretrizes fundamentais de uma Política Nacional de Saúde e aperfeiçoando todos instrumentos de sua execução.

Apreciada a situação sanitária da população brasileira, com base no relatório apresentado, propõe-se à Conferência sejam definidas as atribuições dos governos federal, estaduais e municipais no campo das atividades médico-sanitárias, para que, inspirados nos pressupostos da reforma estudada, ponha-se em prática a descentralização executiva dos serviços, com a efetiva participação dos municípios na solução dos nossos angustiosos problemas de Saúde Pública.

A debilidade das estruturas de Saúde nos Estados e sua inexistência em mais da metade das unidades administrativas do País, de par com a hipertrofia de alguns órgãos federais, conduziu à presente situação de desprestígio e estiolamento das organizações regionais, que cumpre revigorar e fortalecer em benefício de todos os brasileiros.

Partindo de organização conformada às condições políticas, administrativas e econômicas do município em constante desenvolvimento, pretende-se, numa estreita colaboração das administrações federal e estaduais, estender por todo o País uma rede sanitária permanente, capaz de dar continuidade às tarefas de Saúde Pública, com integração de serviços e aproveitamento racional dos recursos disponíveis que devem e precisam ser melhor utilizados.

O Ministério da Saúde quer significar o apreço que empresta à colaboração de todos os que aqui comparecem e dos debates que se travarem em torno do assunto, deseja recolher os subsídios que sirvam à elaboração de seu plano de trabalho, cujo esboço foi também objeto de suas preocupações.

Meus senhores: - A serena convicção de que somente os povos ricos desfrutam de padrões de saúde satisfatórios e de que a pobreza e o desenvolvimento fraudam os melhores esforços para se atingir aquele objetivo, leva-nos a saudar no advento das reformas de base por que luta o Governo do Presidente João Goulart, o instrumento indispensável ao êxito da missão que nos cabe da defesa da saúde do povo brasileiro.

DISCURSO PRONUNCIADO PELO REPRESENTANTE DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE NA INSTALAÇÃO DA 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. ARAMIS ATAIDE

Excelentíssimo Senhor Dr. João Goulart
Exmo. Sr. Dr. Wilson Fadul
Outras autoridades civis e militares
Minhas Senhoras - Meus Senhores
Prezados Colegas

Recebi com o maior desvanecimento a designação para falar em nome do Conselho Nacional de Saúde, instituição que congrega tantos dos maiores mestres da Saúde Pública brasileira, na sessão de instalação da 3ª Conferência Nacional de Saúde.

Aceitei a incumbência apesar de, efetivamente, já me encontrar afastado das atividades administrativas, como o maior prêmio que me pudesse ser oferecido pelas atividades que exerci quando de minha passagem pela direção da Pasta da Saúde. Compreendi que o gesto generoso dos meus ilustres companheiros do C.N.S. tinha como sentido recordar que naquela oportunidade defendi com maior dedicação os princípios da política de saúde pública que de modo geral estão substanciadas nos relatórios oficiais do Ministério da Saúde. Conforta-me assim a certeza de que o meu esforço não foi perdido, pois com os ilustres técnicos do Ministério, depois de toda a luta que se processa a cerca de 20 anos, afinal a ciência saiu vencedora e já se reconhece oficialmente, que não depende de medidas de caráter médico-sanitário, a melhoria da saúde de uma população. Recordo-me que em agosto de 1955 em discurso que pronunciei na Universidade de Porto Alegre, afirmei que a saúde é um bem que se compra, no dia seguinte os jornais faziam jocosas alusões à minhas palavras.

Hoje, como naquela época, continuo convencido que programas justos e adequados do Ministério da Saúde e das outras organizações médicas são capazes de melhorar as condições sanitárias de uma população, reduzindo os coeficientes de morbidade e de mortalidade. A sua saúde, porém, será sempre o resultado da quantidade de bens e serviços que possam ser postos à disposição, e, de sua capacidade de usá-los, e que se traduz no desenvolvimento econômico e numa distribuição equitativa da riqueza produzida.

O C.N.S. que com tanta eficiência e dedicação vem colaborando com o Governo na elaboração das normas técnicas para a execução do Código Nacional de Saúde e em outras medidas necessárias à boa marcha das atividades

do Ministério da Saúde, certamente com as luzes de sua experiência pode dar todo o seu apoio às providências aprovadas por esta Conferência.

Excelentíssimo Senhor Presidente da República:

Estou certo de que a atitude de V. Excelência aceitando e apoiando decisivamente a proposta do Exmo. Sr. Ministro da Saúde para convocar esta 3ª Conferência Nacional de Saúde trará um decisivo estímulo aos homens e mulheres que por todo o País se dedicam ao importante problema das condições sanitárias de nossas populações. A presença dos administradores de Saúde Pública do País para uma revisão do trabalho que vem sendo realizado, é para todos a demonstração mais paupável do interesse do Governo de V. Exa. pelos graves problemas da saúde da população brasileira. Por outro lado oferece a todos a melhor prova de que o Governo considera da maior importância na implantação e desenvolvimento dos serviços a cooperação da capacidade técnica e da experiência dos que trabalham em tão árdua tarefa, prestigiando assim a dedicação e o esforço dos trabalhos da Saúde Pública.

Senhor Presidente: V. Exa. que desenvolveu toda sua excepcional carreira política no convívio das massas trabalhadoras das cidades e dos campos e, por isso mesmo, conhece os baixos níveis de vida que desfrutam, e que acredita que essas condições só terão solução como resultado do desenvolvimento econômico e social, deve ser um conforto e um estímulo saber que os técnicos da Saúde Pública consideram que a saúde do povo brasileiro também será fruto do desenvolvimento.

Exmo. Sr. Ministro da Saúde:

A decisão de V. Exa. de tomar as providências para esta reunião, o temário escolhido e os documentos oficiais apresentados, situam V. Exa. na liderança do movimento sanitário brasileiro, e caracteriza em definitivo, a administração de V. Exa., como Ministro que teve a coragem de reformular a filosofia da Saúde Pública do Brasil, dando-lhe um conteúdo nacional e, por isso mesmo, capaz de melhor servir às necessidades do povo brasileiro.

A municipalização dos serviços locais de Saúde Pública, que com tanta clareza V. Exa. vem defendendo, virá por a serviço das populações rurais do país um mínimo de assistência médico-sanitária a que, por princípio de elementar justiça, devem ter direito.

Em nome do C.N.S. apresento aos Exmos. Senhores Secretários de Saúde dos Estados, Territórios e aos demais integrantes desta 3ª Conferência Nacional de Saúde, os melhores votos para que dos trabalhos que vamos realizar resultem planos e programas que tragam largos benefícios à nossa população.

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

9 a 15 de dezembro de 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 3ª 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 Econômica 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
2.2.1.0.0	Generalidades
2.2.2.0.0	Doenças de Massa
2.2.2.0.1	Malária

2.2.2.0.2 Tuberculose
2.2.2.0.3 Lepra
2.2.2.0.4 Esquistossomose
2.2.2.0.5 Doenças de Chagas
2.2.2.0.6 Tracoma
2.2.2.0.7 Ancilostomose
2.2.2.0.8 Leishmaniose
2.2.2.0.9 Bouba
2.2.2.1.0 Filariose
2.2.2.1.1 Doenças Carenciais
2.2.2.1.2 Diarréias Infecciosas
2.2.2.1.3 Outras

2.2.3.0.0 Doenças Pestilenciais
2.2.3.0.1 Varíola
2.2.3.0.2 Peste
2.2.3.0.3 Febre Amarela

2.2.4.0.0 Outras Doenças Transmissíveis
2.2.4.0.1 Difteria, Coqueluche , Tétano e Sarampo
2.2.4.0.2 Raiva
2.2.4.0.3 Venéreas
2.2.4.0.4 Poliomielite

2.2.5.0.0 Doenças Degenerativas e Mentais
2.2.5.0.1 Doenças Cardiovasculares e Câncer
2.2.5.0.2 Doenças Mentais

2.2.6.0.0 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 -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

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.

Ressalte-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 orgão 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 item, faz idêntica referência à 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 orgãos administrativos já dispõem e daquelas que se tornem necessárias a formulação de um diagnóstico da situação médico-assistencial brasileira".(1)

Acreditando configurar-se prejudicial aos interesses da política sanitária nacional adiar por tempo maior a consecução daqueles desideratos,

resolveu o Sr. Ministro da Saúde propor ao Exmo. Sr. Presidente da República a convocação desta 3ª 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 e 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".

1.2.0.0 — A 3ª Conferência Nacional de Saúde

As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas pela Lei nº 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 da 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 3ª 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, vasado 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 item 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 sobre o tema "SITUAÇÃO SANITÁRIA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA - APRECIAÇÃO GERAL DO PROBLEMA", um dos componentes do temário oficial da 3ª Conferência Nacional de Saúde.

Juntamente com os temas referentes a 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 3ª 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 como 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 as 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 infra-estrutura do país.

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

O estado sanitário das populações está intimamente correlacionado ao seu estágio de desenvolvimento econômico; este condiciona, em grande parte, os

níveis de vida das comunidades, dos 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, vasada 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 Investigação 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 seviços 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 - Item A - ALIMENTAÇÃO:

"A reforma do sistema agrário do país, com o imediato aumento da área de cultivo destinada a produção de subsistências 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 - Item B - PROBLEMAS MÉDICO-SANITÁRIOS DE ÁREAS SUBDESENVOLVIDAS:

"Devem ser concentrados esforços no sentido de sairmos da condição de país subdesenvolvido, 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 permitirá 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 consequente elevação do nível de vida de todas 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 enriquer-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". (4)

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 higidez 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 fasecológico, 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 e 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 tartura e 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 a 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 e 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 tem sido propostos com esse fim, englobando série variada de carácteres 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 da 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 natalidade, 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, da simples leitura dos indicadores acima, os contornos do retrato brasileiro, enquadrado perfeitamente no quadro geral do subdesenvolvimento.

Quanto ao esquema apresentado por WEKEMAN 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 tomem-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 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, corresponde a Haiti. Diferentemente do primeiro método, este nos permite colocar nos estratos mais altos os países favorecidos, quer as cifras que lhe 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 colocados no estrato nº 1, fato que facilita a visão do conjunto dos problemas que países e regiões tem 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 a renda nacional "per capita", à taxa de urbanização e à distribuição da população econômicamente ativa por setor de atividade.

Sua análise em relação ao Brasil, embora feita sem qualquer 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 a 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

QUADRO Nº 1

	I						II		III			IV		V				VI		
	HAITI	GUATEMALA	HONDURAS	R. DOMINICANA	NICARÁGUA	EL SALVADOR	PARAGUAI	BOLÍVIA	PERU	EQUADOR	COLÔMBIA	BRASIL	MÉXICO	PANAMÁ	COSTA RICA	VENEZUELA	CUBA	CHILE	URUGUAI	ARGENTINA
RENDA PER CAPITA	10	8	9	8	9	9	9	10	9	7	7	7	7	7	8	1	5	4	3	2
ENERGIA PER CAPITA	10	10	10	10	10	10	10	10	9	10	8	9	7	8	9	1	7	5	6	5
CONSUMO DE CIMENTO	10	10	10	7	9	9	10	10	7	9	7	9	8	5	8	1	6	6	5	6
CONSUMO DE PAPEL DE JORNAL	10	10	10	10	10	9	10	10	9	9	9	9	8	6	8	8	4	5	2	1
CONSUMO DE CALORIAS	---	---	---	---	---	---	---	---	10	---	---	7	8	---	---	8	---	5	1	1
% DE OCUPAÇÃO AGRÍCOLA EM FORÇA DE TRABALHO	10	9	10	8	8	7	5	5	7	5	5	7	6	5	6	3	3	1	1	1
POPULAÇÃO URBANA	10	8	9	9	7	8	8	7	7	8	6	7	5	6	8	4	5	3	1	3
% DE OCUPADOS NOS NÍVEIS MÉDIOS E ALTOS EM GERAL	10	9	10	---	---	8	7	9	---	8	5	7	6	7	5	6	5	5	1	1
% DE OCUPADOS NOS NÍVEIS MÉDIOS E ALTOS (SETOR PRIMÁRIO)	10	10	10	---	---	10	9	10	---	10	5	10	9	10	6	9	10	10	1	1
% DE OCUPADOS NO SETOR SECUNDÁRIO E TERCIÁRIO	10	8	10	---	---	7	6	8	---	4	5	7	---	5	5	3	4	1	---	1
% DE OCUPADOS NA INDÚSTIA PROPRIAMENTE DITA(X)	10	6	9	6	10	5	9	8	7	10	7	3	2	5	5	1	3	4	2	2
% DE ANALFABETISMO	10	8	7	6	7	7	3	8	6	4	4	5	4	3	1	5	2	1	1	1
% DE MATRICULAS NO ENSINO PRIMÁRIO	10	10	9	2	8	7	2	7	6	5	7	7	5	3	3	6	4	2	3	1
% DE MATRÍCULAS NO ENSINO MÉDIO	10	10	10	10	10	9	9	9	9	9	9	9	10	5	6	9	9	6	5	1
% DE MATRÍCULAS EM UNIVERSIDADES POR 10.000 HABITANTES	10	10	10	9	10	10	8	9	8	9	9	9	8	7	8	9	6	6	5	1
% DE TIRAGEM DE JORNAIS	10	9	9	9	6	8	9	9	6	8	7	7	---	4	5	5	3	3	3	1
% DE APARELHOS DE RÁDIO	10	10	10	9	10	10	8	8	7	10	2	8	7	6	8	6	5	7	1	4
% DE LUGARES EM CINEMA	10	8	8	9	4	8	9	9	9	6	6	6	3	3	3	2	1	3	5	3
MÉDICOS POR 100.000 HABITANTES	10	10	10	10	9	10	7	9	9	9	8	8	8	9	8	7	3	7	4	1
Nº DE HABITANTES POR LEITO HOSPITAL	10	4	5	2	3	3	4	3	3	3	2	2	6	1	1	1	1	1	1	1
% NATALIDADE	10	9	8	10	9	8	8	8	8	8	6	8	7	8	8	8	4	6	1	1
% MORTALIDADE	10	10	7	9	8	9	7	8	9	7	5	8	6	7	5	7	4	4	1	1
% ESTRANGEIROS	10	10	9	10	10	10	9	10	---	10	10	9	10	7	8	8	8	10	1	1
% ÍNDIOS E NEGROS	10	6	2	2	2	2	1	8	7	5	2	2	4	3	1	2	2	1	1	1
POLÍTICA	10	10	10	10	10	10	9	9	7	8	6	6	4	8	4	5	5	2	1	3

(X) Estabelecimentos com mais de 5 empregados

QUADRO Nº 2

	I						II		III			IV		V				VI		
	HAITI	GUATEMALA	HONDURAS	R. DOMINICANA	NICARAGUA	EL SALVADOR	PARAGUAI	BOLÍVIA	PERU	EQUADOR	COLOMBIA	BRASIL	MEXICO	PANAMA	COSTA RICA	VENEZUELA	CUBA	CHILE	URUGUAI	ARGENTINA
RENDA PER CAPITA	64	160	150	162	129	139	140	75	120	150	250	230	220	250	181	510	310	360	440	460
ENERGIA PER CAPITA	0,03	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,03	0,16	0,33	0,14	0,47	0,35	0,65	0,36	0,32	1,65	0,62	0,98	1,78	1,00
CONSUMO DE CIMENTO	19	33	22	113	42	49	10	15	97	49	107	62	88	157	78	270	125	130	166	131
CONSUMO DE PAPEL DE JORNAL	0,1	0,6	0,3	0,4	0,6	1,0	0,2	0,6	1,1	1,1	1,3	1,6	2,2	3,6	1,8	2,0	4,8	4,2	6,5	7,8
CONSUMO DE CALORIAS	---	---	---	---	---	---	---	---	2080	---	---	2360	2270	---	---	2284	---	2390	2910	2954
% DE OCUPAÇÃO AGRÍCOLA EM FORÇA DE TRABALHO	83,2	79,4	93,1	69,6	67,7	63,2	53,8	49,4	62,5	53,2	53,9	50,5	57,8	49,8	51,7	41,3	41,5	29,6	21,7	25,2
POPULAÇÃO URBANA	17	30	25	28	37	35	35	37	41	39	48	57	50	47	36	61	52	66	81	68
% DE OCUPADOS NOS NÍVEIS MÉDIOS E ALTOS EM GERAL	3,0	7,7	4,5	---	---	10,5	14,2	7,6	---	10,5	21,9	15,2	16,9	15,2	22,3	18,2	21,7	21,1	33,0	35,9
% DE OCUPADOS NOS NÍVEIS MÉDIOS E ALTOS (SETOR PRIMÁRIO)	1,4	2,7	0,7	---	---	2,0	3,8	1,0	---	1,5	17,0	3,1	6,5	1,1	15,0	4,8	1,4	2,3	31,0	29,7
% DE OCUPADOS NO SETOR SECUNDÁRIO E TERCIÁRIO	5,9	15,7	7,2	---	---	20,4	21,9	13,3	---	29,2	24,2	19,3	---	24,5	26,9	33,6	30,1	12,1	---	33,7
% DE OCUPADOS NA INDÚSTIA PROPRIAMENTE DITA(X)	18	38	22	37	19	42	22	26	30	15	30	52	59	43	43	64	51	49	55	59
% DE ANALFABETISMO	89	71	65	57	62	61	34	68	53	41	38	51	43	30	21	46	22	7	15	11
% DE MATRÍCULAS NO ENSINO PRIMÁRIO	24,7	26,7	31,6	30,0	36,3	40,6	62,6	39,7	35,0	50,0	39,2	33,6	50,9	59,0	59,7	48,3	53,9	61,5	58,2	58,6
% DE MATRÍCULAS NO ENSINO MÉDIO	1,7	2,2	2,3	2,8	2,8	4,0	4,3	5,3	5,2	4,9	4,6	5,4	8,3	12,6	10,9	3,5	8,9	10,6	12,7	13,3
% DE MATRÍCULAS EM UNIVERSIDADES POR 10.000 HABITANTES	2,4	10,2	6,1	12,5	8,5	7,3	21,9	13,9	17,6	16,1	11,9	13,1	21,7	27,0	22,3	14,8	39,8	37,2	45,3	31,9
% DE TIRAGEM DE JORNAIS	0,3	2,2	2,5	2,9	9,0	4,3	3,7	3,4	7,6	5,4	5,9	6,3	---	12,5	9,2	10,2	12,9	12,8	18,0	18,1
% DE APARELHOS DE RÁDIO	0,6	1,1	2,4	3,4	2,6	1,6	6,3	6,1	10,5	3,9	21,7	7,6	8,7	13,1	7,0	12,2	15,5	9,6	23,1	16,5
% DE LUGARES EM CINEMA	0,2	1,9	2,0	1,3	4,2	1,7	1,3	1,0	1,4	3,0	3,1	3,9	5,1	5,0	5,4	6,1	6,8	5,1	3,9	4,1
MÉDICOS POR 100.000 HABITANTES	9	17	15	20	32	17	46	25	22	26	36	133	42	31	36	53	133	59	91	125
Nº DE HABITANTES POR LEITO HOSPITAL	1500	660	750	390	510	480	615	565	495	400	556	320	833	245	200	290	370	185	175	125
% NATALIDADE	46	46	43	50	47	45	45	43	45	43	43	43	43	42	41	43	33	28	19	23
% MORTALIDADE	25	25	20	22	21	22	19	21	23	20	19	21	17	7	10	20	13	15	10	11
% ESTRANGEIROS	0,61	0,68	2,49	1,62	0,96	1,01	4,08	1,31	---	0,73	0,41	2,31	0,71	6,22	4,15	4,15	3,15	1,75	18,0	15,31
% ÍNDIOS E NEGROS	95	51	12	15	15	10 20	4	65 75	50 6	30 44	4	11	20 30	25	---	15	12 1	6	4	2

(X) Estabelecimentos com mais de 5 empregados

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 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	2.460
Canadá	Desenvolvido	1.680
Austrália	Desenvolvido	1.280
Inglaterra	Desenvolvido com recursos naturais aproveitados cabalmente	1.145
Venezuela	Intermediário	730
Uruguai	Intermediário	545
Itália	Intermediário mas culturalmente desenvolvido com recursos naturais aproveitados cabalmente	395
Argentina	Idem, Idem	375
Colômbia	Subdesenvolvido	298
Brasil	Subdesenvolvido	260
México	Subdesenvolvido	240
Peru	Subdesenvolvido	170

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 Dólares (oficial)	
	1950	1960	1950	1960
Norte	2.688,84	16.264,30	149,38	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 as suas necessidades de subsistência, em alimentação, vestuário e moradia; assim, não há por que estranhar 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 idéia 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: Diversos

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		
	194[illegible]	195	1960	194[illegible]	1950	1
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 de mão-de-obra empregada nos setores secundários (indústria) e terciários (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 ECONÓMICA (%)		
	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 subdesenvolvidas - 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 aquele percentual (1950) em 52%; nos países desenvolvidos, essa proporção não ultrapasse 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 altos índices de repetência 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 emprego 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

PAÍSES	RENDA "PER CAPITA" (US$)	% DA POPULAÇÃO ALFABETIZAÇÃO
Haiti	-100	10,4
Bolívia	-100	32,1
Nicarágua	100-150	38,4
República Dominicana	150-200	42,9
Brasil	150-200	49,4
México	250-300	62,0
Chile	300-350	80,1
Argentina	+400	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 do sudesenvolvimento que apresenta, o Brasil é, por assim dizer, um verdadeiro mosaico de aspectos sócio-econômicos, caracterizando-os 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 às evidentes distorções que o mesmo apresenta e que cumpre corrigir, conforme preve o "Plano Trienal".

1.4.3.7 — **Níveis de saúde (alguns aspectos)**

Vários indicadores tem 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 - 1959

PAÍS	Esperança de 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

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 caracteristicamente 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 as 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 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, percalços esses que prejudicam 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 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 esses coeficientes a renda "per capita".

TABELA VII

Esperança de vida ao nascer, razão de mortalidade proporcional e coeficientes de mortalidade geral (por 1000 habitantes), mortalidade infantil (por 1000 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)
América do Norte					
Canadá	70,72	76,7 g	7,7 h	27,3 g	9,6 g
Estados Unidos	71,2	79,6 f	9,3 h	25,2 h	12,6 f
México	54-57	27,7 f	11,4 g	75,1 g	168,3 e
América Central					
Guatemala	43-47	22,0 g	17,5 g	91,9 g	424,8 g
Nicarágua	54-57	24,5 f	8,6 f	64,2 f	153,3 f
Salvador	48,52	25,2 g	11,4 g	76,3 g	147,0 e
Antilhas					
Rep. Dominicana	43-47	22,3 e	10,5 f	108,3 g	109,2 f
Porto Rico	71,0	53,4 g	6,7 h	41,3 h	47,5 f
América do Sul					
Argentina	66-67	58,7 e	8,1 g	61,1 g	34,3 d
Bolívia	43-47	--------	8,5 g	90,7 b	--------
Brasil (3)	prox. 50	44,8 g	11,9 f	94,4 f	67,1 g
Chile	54-57	35,5 e	11,9 g	127,9 g	99,6 g
Colômbia	48-52	27,8 g	12,0 h	99,8 g	150,1 g
Equador	43-47	21,6 e	14,3 f	105,8 e	305,3 e
Paraguai	54-57	44,9 e	11,2 a	--------	--------
Peru	48-52	24,8 f	11,3 g	103,4 g	205,2 g
Uruguai	66-67	68,7 c	8,1 g	49,1 c	44,3 c
Venezuela	54-57	31,2 e	8,0 g	45,1 g	59,4 g

Notas:

(1) Estimativas baseadas em estudos da CELAPE.

(2) Excluídos óbitos por gripe.

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

a-1949/51
b-1955
c-1956
d-1956/1957
e-1957
f-1958
g-1959
h-1960

TABELA VIII

Esperança de vida ao nascer, razão de mortalidade geral (por 1000 habitantes), mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos) e mortalidade por doenças transmissíveis (por 100 000 habitantes) nas capitais dos Estados do Brasil.
1951 / 1961

Capital	Esper. vida ao nascer (anos)g (1)	Razão mort. proporcional (2)	Coef. mort. geral	Coef. mort. infantil	Coef. mort. por doenças transm.(3)
Manaus	--------	--------	14,1	124,6 g	303,5
Belém	44.7 e	23,9 e	10,9	138,9 g	199,4
São Luís	43,6 e	25,7 e	14,0	168,8 g	201,2
Teresina	42.7 e	14,4 e	10,8	168,8 g	210,6
Fortaleza	--------	--------	17,8	197,8 g	330,8
Natal	--------	--------	16,3	426,8 g	291,4
João Pessoa	--------	--------	18,7	131,4 f	213,8
Recife	42,6 e	22,0 e	15,8	276,5 f	410,7
Maceió	--------	--------	21,0	225,9 h	298,5
Aracajú	46,2 b	23,0 c	14,1	277,7 g	87,2
Salvador	43,6 a	25,0 c	13,4	170,7 e	287,3
Belo Horizonte	48,8 a	26,7 e	11,8	96,1 g	140,5
Vitória	39,2 d	29,2 c	13,8	96,9 e	234,9
Niterói	50,6 a	34,2 a	12,0	84,1 g	220,5
Rio de Janeiro	54,9 d	41,3 d	9,1	94,4 g	163,5
São Paulo	62,9 f	44,2 f	7,9	65,4 g	74,9
Curitiba	47,3 e	30,4 e	11,4	135,3 g	95,1
Florianópolis	--------	--------	11,1	130,8 g	105,7
Porto Alegre	53,3 e	39,9 e	11,4	104,4 g	173,1
Cuiabá	--------	--------	11,8	93,1 g	131,3
Goiânia	37,5 e	22,4 e	11,1	144,9 f	174,4
Brasília	--------	--------	10,2	--------	--------

Notas:

(1) População estimada para 1961.

(2) Excluídos óbitos por gripe.

a-1949/51
b-1955
c-1956
d-1956/1957
e-1957
f-1958
g-1959
h-1960

TABELA IX

COEFICIENTE DE MORTALIDADE GERAL (POR 1.000 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 as capitais brasileiras. Dados mais recentes, do Serviço Federal de Bioestatísticas, 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 coeficientes de mortalidade por doenças transmissíveis - permitindo observar a correlação que evidenciam os seus valores com estágio de desenvolvimento sócio-econômico dos países e cidades relacionados. O indicador de mortalidade proporcional (Swaroop 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 apreço 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 computo da mortalidade em países desenvolvidos, que as tem como características maior do seu quadro nosológico.

Finalmente, a Tabela XI ressalta os mesmos aspectos em relação as capitais brasileiras, mostrando como em São Paulo, Rio de Janeiro e 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 a constatação dos vínculos existentes entre os indicadores dos níveis de saúde e o estágio de desenvolvimento econômico-social vigorante nos países, regiões e cidades a que se referem.

TABELA X

ÓBITOS POR GRUPOS DE CAUSAS, NO BRASIL E OUTROS PAÍSES (COEFICIENTE POR 100.000 HABITANTES), EM ANOS DIFERENTES

PAÍSES	ANOS	GRUPOS DE CAUSAS DE MORTE. POR 100.000 HABITANTES						
		Doenças infec. e parasit.	Neoplasias	Doenças do ap. circulatório	Doenças do ap. respiratório	Doenças doap. digestivo	Todas as outras causas	Total de óbitos
E.U.A	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	1.091,6
	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	1.197,0
	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	1.207,4
ARGENTINA	1956	34,3	124,7	226,7	39,8	23,9	366,5	815,9
BRASIL	1950	287,2	85,2	254,7	134,4	234,2	399,3	1.395,0
	1959	142,9	94,6	234,1	96,1	166,2	342,2	1.086,1

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

TABELA XI

ÓBITO POR GRUPOS DE CAUSAS EM ALGUMAS CAPITAIS BRASILEIRAS
(COEFICIENTES POR 100.000 HABITANTES)
1940, 1950 E 1969

CAPITAIS	ANOS	GRUPOS DE CAUSAS DE MORTE, POR 100.000 HABITANTES						
		Doenças infec. e parasit.	Neoplasias	Doenças do ap. circulatório	Doenças do ap respiratório	Doenças do ap. digestivo	Todas as outras causas	Total de óbitos
BELÉM	1940	978,0	47,5	212,7	216,2	472,6	333,3	2.260,0
	1950	2.451,5	42,7	185,2	148,2	306,3	336,1	1.470,0
	1959	196,7	50,3	121,1	142,3	217,1	348,1	1.111,6
FORTALEZA	1940	514,5	30,6	261,2	155,0	890,6	248,7	2.100,6
	1950	439,3	25,9	205,2	101,5	840,0	876,2	2.488,1
	1959	406,8	32,4	184,8	53,1	434,2	634,7	1.746,0
RECIFE	1940	820,6	70,8	300,0	314,2	675,4	709,2	2.890,2
	1950	586,2	64,2	134,9	300,7	441,4	824,7	2.352,1
	1959	287,7	63,6	161,4	188,2	332,5	670,1	1.703,5
SALVADOR	1940	851,8	59,3	356,0	295,1	425,6	592,2	2.580,0
	1950	461,8	65,2	275,1	216,9	363,0	520,5	1.902,5
	1959	251,6	64,3	233,6	139,6	300,5	388,0	1.902,5
BELO HORIZONTE	1940	487,0	75,8	285,4	220,8	411,7	487,4	1.968,1
	1950	298,0	86,5	295,3	90,2	245,0	432,6	1.447,6
	1959	158,0	94,0	261,7	131,1	366,3	346,5	1.236,5
RIO DE JANEIRO	1940	503,2	72,0	298,9	247,9	289,4	385,9	1.770,3
	1950	287,7	81,1	271,9	140,5	274,9	340,2	1.302,1
	1959	136,3	103,2	311,4	87,4	136,3	288,6	1.063,2
SÃO PAULO	1940	248,5	90,5	212,4	184,4	256,9	297,7	1.290,4
	1950	133,3	98,6	257,8	85,6	148,7	289,1	1.013,1
	1959	52,7	104,8	225,8	73,6	81,4	260,4	798,7
PORTO ALEGRE	1940	534,5	110,6	292,4	278,4	376,5	427,6	2.020,0
	1950	338,8	131,5	292,7	112,8	185,8	357,0	1.418,6
	1959	157,1	139,2	208,3	78,3	125,3	406,2	1.114,4
TOTAL DE ÓBITOS NAS 8 CAPITAIS	1940	498,9	76,2	271,3	233,4	360,6	378,7	1.827,5
	1950	287,2	85,2	254,7	134,4	234,2	399,3	1.395,0
	1959	142,9	94,6	234,1	96,1	166,2	342,2	1.086,1

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

2.0.0.0 — **Situação sanitária da população brasileira**

2.1.0.0 — **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

2.2.1.0.0 — Generalidades

O quadro nosológico da população brasileira mostra nítida predominância das doenças transmissíveis, as quais, no Brasil, assumem o aspecto 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 infra-estrutura 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, bouba, filariose, doenças carenciais, diarréias 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 e 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.

2.2.2.0.0 — **Doenças de massa**

2.2.2.0.1 — **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 a 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 a consideração de que a área malarígena brasileira era quase igual a 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 exacerbação mais severa 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 da 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 assinalada 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 medicamentosa, bem como interromper ciclos de rociamento. Ao lado disso, procurou-se coletar, com êxito, o máximo de informes da malária pregressa, 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 a 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 encontradiça 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 da malária no Brasil é feita, principalmente, 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) albitarsis 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 em programa de 144.259 prédios. Um ano após, as borrifações atingiam 610.156 domicílios, elevando o número para 774.980, em 1961.

TABELA XII

CASOS DE MALÁRIA, POR AMOSTRAS POSITIVAS DE SANGUE, OCORRIDOS NOS ESTADOS E TERRITÓRIOS

1956 A 1961

ESTADOS E TERRITÓRIOS	ANOS					
	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	--	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
BRASIL	17.973	18.488	22.906	42.661	36.627	40.349

Fonte: S.F.Be.

(x) Distrito Federal até 21 de abril de 1960

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 as borrificações.

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 área malárica brasileira.

Teoricamente, a Campanha deverá finalizar em 1971, caso não ocorram surpresas ou imponderáveis tão comuns à programas de tal magnitude. Leve-se em conta, igualmente , que esse 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 lacunas do Decreto 3.672, de 01/10/41. 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 donominação 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 provável fornecimento de sal sem cloroquina, por parte do comércio, afetando áreas diversas. Patenteou-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. Nossos 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", 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 a Campanha, a fim de não sujeitá-la à prejudiciais interrupções, fazendo-se, obviamente, necessário eximir tais recursos a incidência dos planos de contenção de despesas.

2.2.2.0.2 — **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 mantem-se praticamente estacionária.

Há pleno acordo em atribuir, na maior parte, a ação dos modernos quimioterápicos, empregados na terapêutica da tuberculose, o acentuado declínio evidenciado no Gráfico nº 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 mui 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, tem agravadas suas condições de vida, já de si tão precárias.

QUADRO Nº 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
GOVERNO DO BRASIL	10.414.3(1)	9.643.4	10.371.2	10.435.4	10.496.8	10.423.5	6.299.0	4.566.1	2.177.8	75.127.5
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	3.522.4	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
ÓRGÃOS INTERNACIONAIS	4.562.2	2.050.2	2.198.6	1.940.0	1.511.8	742.7	432.2	299.4	73.1	13.810.2
Material	4.292.2	1.905.1	2.048.6	1.789.4	1.361.8	622.7	336.2	275.4	61.1	12.692.7
Outras despesas	270.0	145.1	149.6	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 Nº 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
Cargos de Chefia	224.6	175.4	188.6	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	416.1	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 Form. 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	1.822.6	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

TABELA XIII

COEFICIENTES DE MORTALIDADE POR TUBERCULOSE (POR 100.000 HABITANTES) EM DIVERSOS PAÍSES

1959

PAÍS	MORTALIDADE
Canadá	4,8
Estados Unidos	6,1
Holanda	3,0
Suécia	7,3
Dinamarca(*)	4,3
Inglaterra	7,7
Israel	5,4
Austrália	5,1
Nova Zelândia	5,2

(*) 1958

Fonte: Diversas

Doença eminentemente de caráter social, sua difusão e a gravidade de suas manifestações, reveladas na incidência e coeficientes de mortalidade, não tem 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 1930 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			
	1958	1959	1960	1961
MANAUS	199,3	245,7	194,8	--
BELÉM	--	512,0	269,1	108,3
SÃO LUIZ	255,4	310,0	169,3	69,3
TERESINA	43,2	302,2	320,9	64,6
FORTALEZA	206,9	270,9	214,3	--
NATAL	192,6	210,8	193,0	76,8
JOÃO PESSOA	--	301,9	240,2	--
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
CURUTIBA	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	--

Fonte: (7)

(1) Distrito Federal até 21/04/1960

(2) Existente em 1930

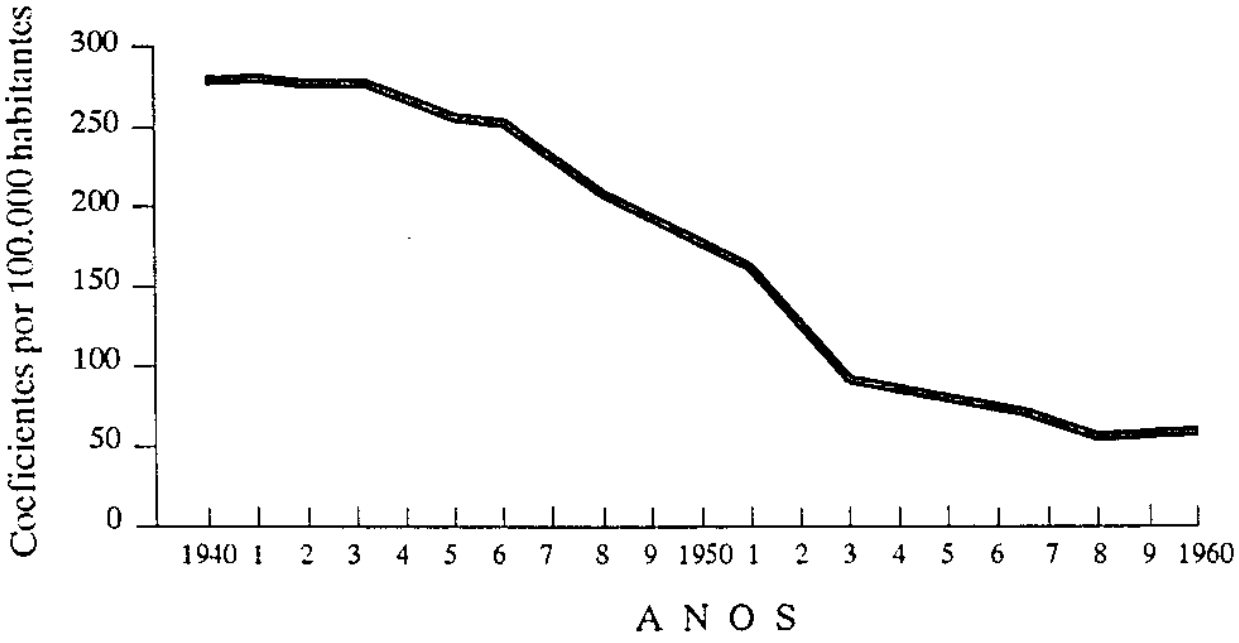
GRÁFICO Nº 1

M.S. S.N.T. D.N.S.

BRASIL

MORTALIDADE, INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE NAS CAPITAIS BRASILEIRAS

1946 A 1959



Os coeficientes de incidência mostram-se também siginificativos, 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 tuberculose existente 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 tuberculose, 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, paraestaduais 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 tuberculose 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 Goiânia(Goiânia)	53
Pavilhão anexo a Santa Casa (P. Alegre)	93
Clínica Tisiológica (P. Alegre)	57
Clínica Tisiológica (B. Horizonte)	18

GRÁFICO Nº 2

M.S. S.N.T. D.N.S.

BRASIL

MORTALIDADE, INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE NAS CAPITAIS BRASILEIRAS

1946 A 1959

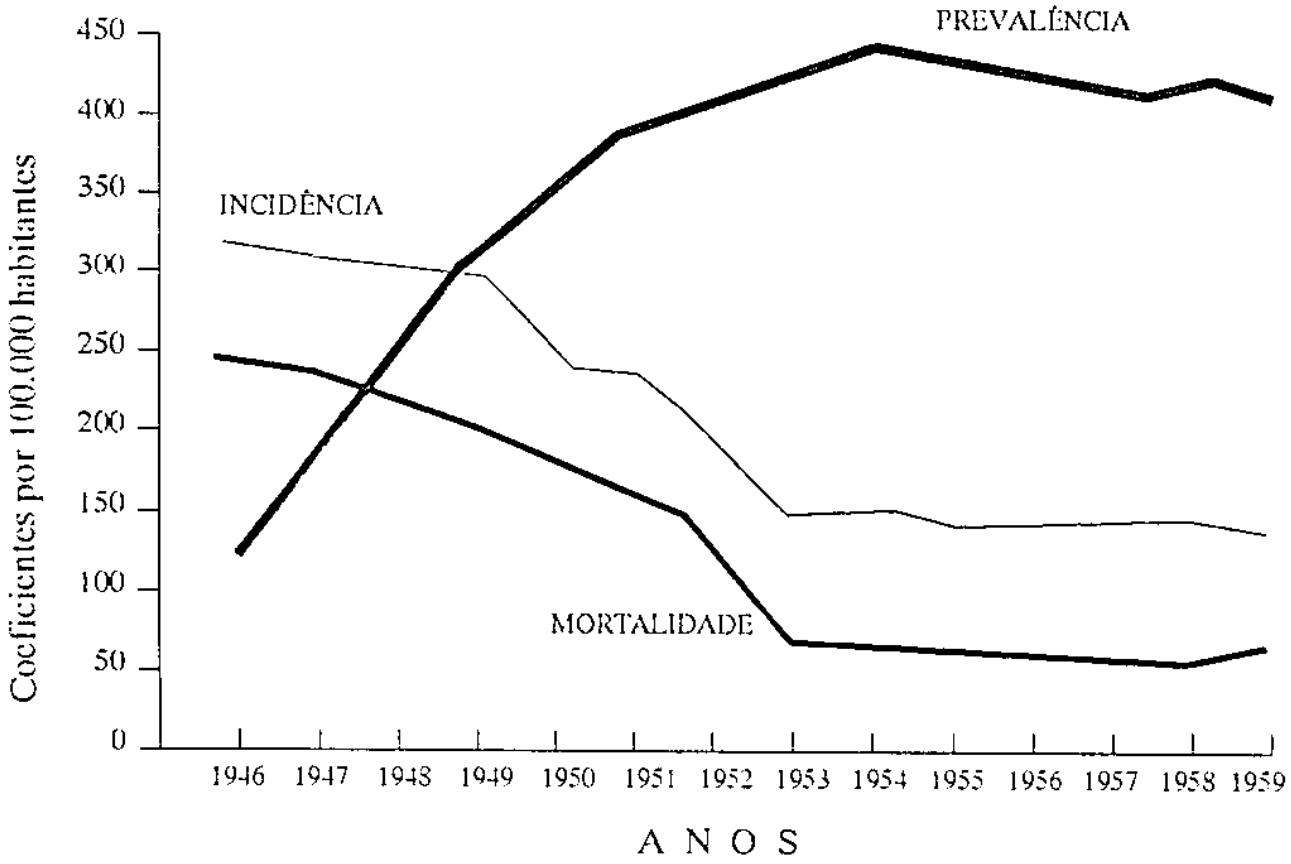


GRÁFICO Nº 3

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	
C	175
I	-
T	175

PARÁ	
C	336
I	-
T	336

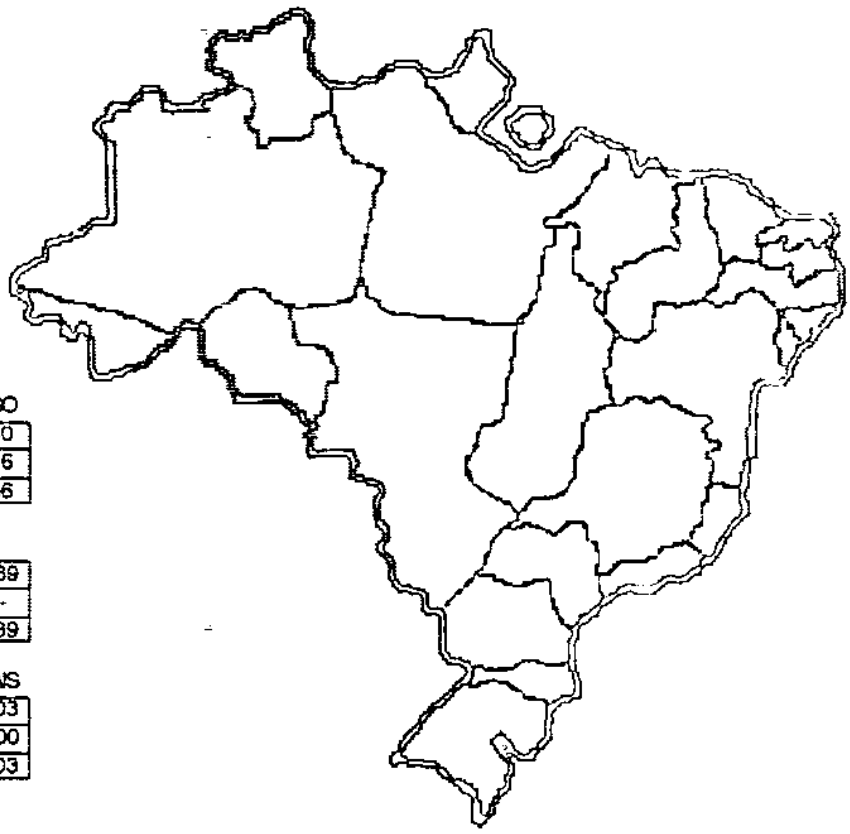
AMAPÁ	
C	16
I	-
T	16

MARANHÃO	
C	224
I	-
T	224

PIAUÍ	
C	94
I	-
T	94

CEARÁ	
C	162
I	438
T	600

R.G.NORTE	
C	80
I	28
T	108



PARAÍBA	
C	132
I	11
T	143

PERNAMBUCO	
C	175
I	-
T	175

ALAGOAS	
C	224
I	68
T	292

SERGIPE	
C	120
I	-
T	120

BAHIA	
C	789
I	10
T	799

ESP. SANTO	
C	256
I	56
T	324

MATO GROSSO	
C	40
I	16
T	56

GOIÁS	
C	189
I	-
T	189

MINAS GERAIS	
C	1603
I	900
T	2503

PARANÁ	
C	341
I	623
T	964

STA CATARINA	
C	177
I	120
T	297

R.G DO SUL	
C	1395
I	714
T	2109

SÃO PAULO	
C	1331
I	5595
T	7989

GUANABARA	
C	5245
I	-
T	5245

R. DE JANEIRO	
C	590
I	1846
T	2436

C - CAPITAL 14472
I - INTERIOR 11498
T - TOTAL 25970 LEITOS

A "Campanha Nacional Contra a Tuberculose", considerando 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 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.

GRÁFICO Nº 4

M.S. S.N.T. D.N.S.

BRASIL

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

1962

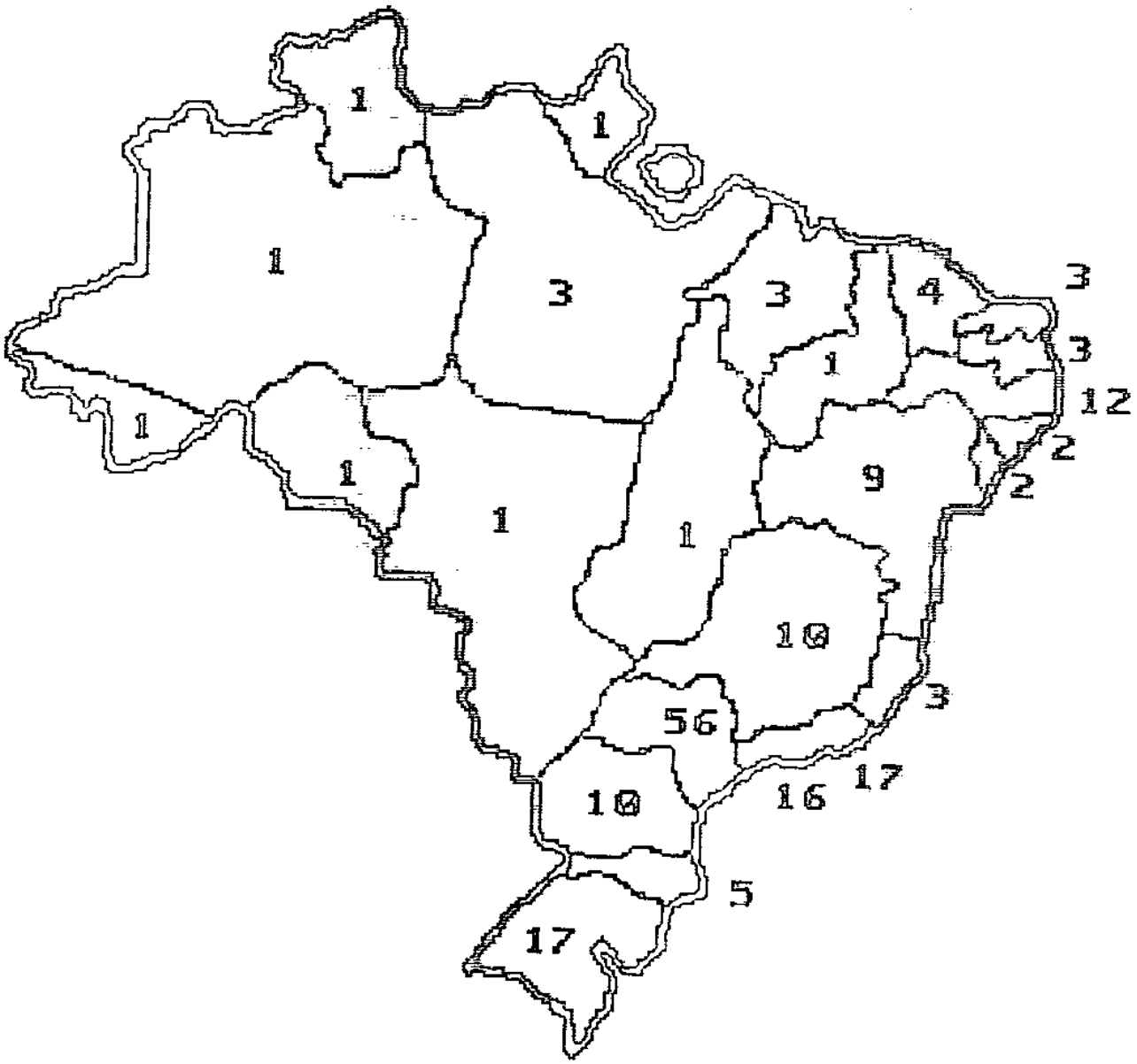


TABELA XV

NÚMERO E PERCENTUAL DE ALTAS E TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA NOS HOSPITAIS DE TUBERCULOSE EM TODO O BRASIL

1952 / 1959

ANOS	ALTAS		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
1057	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)

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 a demanda atual neste setor.

2.2.2.0.3 — **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 precípuos 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 a 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.

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, onde o mesmo índice não ultrapassa 0,4 por 1.000 habitantes, não havendo explicações convincentes que justifiquem a discrepância assinalada, se bem que esteja 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

PREVALÊNCIA DA LEPRA (Coeficiente por 1.000 habitantes) NAS DIFERENTES REGIÕES FISIOGRÁFICAS NO BRASIL

1962

REGIÕES	coeficientes
NORTE	3,7
NORDESTE	0,4
LESTE	1,5
SUL	1,9
CENTRO OESTE	2,6
BRASIL	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 a 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 a lepra, o antigo tripé "leprosário-preventório-dispensário", cuja ação baseava-se, com maior ênfase, no internamento sistemático dos hansenosos. Desse fracasso, 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 de 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 indisfarçável 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 de 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 a 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 ambulatorial dos pacientes. Para a efetivação da política formulada, promoveu-se a utilização dos serviços de lepra nas unidades médicas locais não especializadas. 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 leprogista (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 (Posto 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 indica os dados constantes das TABELAS XVII, XVIII e XIX, os quais mostram, na área coberta pela Campanha, a maior oportunidade de 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 só, 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.
1956-1962

ANOS	Total Doentes Fichados	DESCOBERTOS POR				
		NOTIFICAÇÃO OU DENÚNCIA	REEXAMES DE COMUNICANTES	APRESENTAÇÃO EXPONTÂNEA	OUTROS MEIOS	INQUÉRITO EM COLETIVIDADE
	Nº	%	%	%	%	%
1956-1962	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 HAB.
		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.

FORMAS CLÍNICAS	Distribuição %					
	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 C.N.C.L., EM RELAÇÃO AO BRASIL

1962

Anos	Unid. Federadas		Municípios(1)		Área (mil Km2)		População mil. hab.(2)	
	Abrangidas Nº	% do Brasil	Abrangidas Nº	% do Brasil	Abrangidas Nº	% do Brasil	Abrangidas Nº	% do Brasil
1962	18	69,23	1.290	46,39	1.580	18,56	35.345	47,21

2.2.2.0.4. **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 endemicidade corresponde à faixa litorânea que se estende do Rio Grande do Norte à Bahia (Gráfico nº 5), onde tem 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 (Curuputu, São Bento e São Vicente Ferrer), Piauí (alguns casos na capital), Ceará (Pacoti, Redenção, Acarapé, Quixadá e Juazeiro), Rio de Janeiro (Niterói e Duas Barras), Guanabara (Jacarepaguá), São

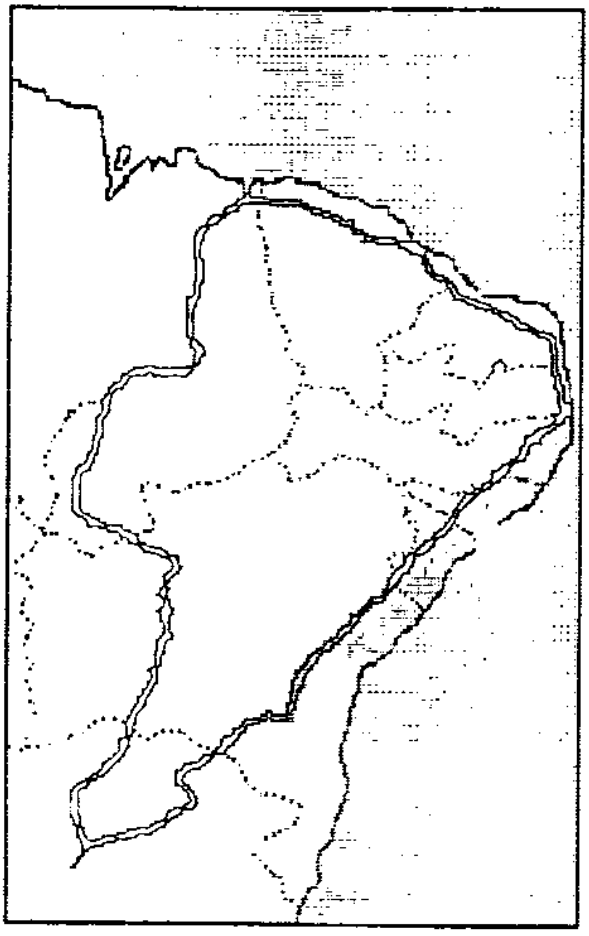
Paulo (Ipiaçu, Ourinho, Caçapava, Campinas, Itariri, Jambeiro, Pindamonhangaba, Roseira, Santos, São José dos Campos, Taubaté e Tremembé), Paraná (Curitiba, Uraí, Jacarezinho, Santo Antônio da Platina e Jataizinho), atingindo, portanto 16 unidades da federação.

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

NORDESTE DO BRASIL



Polígono das secas

Limite estadual

Esquitossomose (alta endemicidade)

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

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)	350	33,1	611	32,8
(Varjão)	138	60,1	247	50,3
Maceió (Orlandim)	168	45,9	386	41,1
Pilar	171	63,7	305	71,1
Atalaia	102	81,3	220	81,8
Freixeiras	542	73,3	726	

Fonte: (22)

Patenteada a inexequibilidade 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 empreendidos 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 soerguimento 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 1953 - 1954

ESTADOS	Nº de localidades investigadas	Nº de localidades c/ exames positivo	Nº de localidades c/ positivid. superior 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)

2.2.2.0.5 **Doença de Chagas**

A endemia chagásica é prevalente em vasta área 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 infectados 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, prevalente 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 a doença de Chagas fica restrito 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 nos seguintes critérios:

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 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.magistus" 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, excluído o Estado de São Paulo que tem autonomia no combate a doença de Chagas.

TABELA XXIII

NÚMERO DE MUNICÍPIOS COM TRIATOMÍNEOS INFECTADOS E ÍNDICE DE INFECÇÃO NATURAL DE 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 POSITIVIDADES PARA "T.CRUZI" (VALORES MÁXIMOS)EM INQUÉRITOS SOROLÓGICOS, 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	Sangés	18,42
Santa Catarina	S. Miguel do Oeste	3,12
Rio Grande do Sul	Itaque	31,92
Goiás	Itaboraí	32,04

Fonte: D.N.E.Ru.

2.2.2.0.6 **Tracoma**

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

A endemia reflete o problema social do pauperismo, coincidindo as áreas de mais elevadas 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.

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

Atualmente está sendo completado o levantamento da distribuição do tracoma na Região Amazônica.

Com o emprego da moderna químio-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 conduziam a cegueira.

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 (Km2) EM 1960	POPULAÇÃO EM 1960	PREVALÊNCIA			
				PERCENTUAL DE CONTAGIOSIDADE (Tr I - Tr II - Tr III)			
				0,0% NEGATIVA	0,1% - 10,0% FRACA	10,1% - 30,0% MODERADA	ACIMA DE 30,0% FORTE
NORTE							
Território de Rondônia	2	243.044	70.783	--	--	1	1
Território do Acre	4	65.108	103.438	--	1	3	--
Pará	2	2.125	50.904	--	--	--	2
NORDESTE							
Maranhão	10	30.074	650.377	--	--	3	7
Piauí	48	189.211	1.099.819	--	6	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	1.470.280	--	19	16	7
Pernambuco	53	72.481	1.922.487	2	20	18	13
Alagoas	13	10.030	389.472	--	3	5	5
LESTE							
Sergipe	25	7.553	408.620	--	14	9	2
Bahia	46	271.993	1.156.260	--	14	20	12
Minas Gerais	49	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	--	--	--
SUL							
Paraná	29	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
CENTRO - OESTE							
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	--	--	--	--
NORTE	8	310.277	225.125	--	1	4	3
NORDESTE	218	384.633	6.683.547	3	62	91	62
LESTE	123	444.266	3.730.049	11	53	39	2
SUL	82	190.693	3.006.875	7	34	28	13
CENTRO-OESTE	48	424.459	1.117.807	8	23	12	4
BRASIL	479	1.754.328	14.763.403	29	173	174	104

Fonte: D.N.E.Ru.

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.

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

2.2.2.0.7. **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 dispondo 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 semi-árida do Nordeste (Tabela XXVI).

TABELA XXVI

INCIDÊNCIA DE ANCILOSTOMOSE EM 20 ESTADOS DA FEDERAÇÃO - BRASIL

ESTADOS	INCIDÊNCIA (%)
Rondônia	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.

Convêm ressaltar que as perturbações observadas nos pacientes de ancilostomose não são devidas exclusivamente à ação patogênica do helminto, mas decorrente em grande parte do mau estado de nutrição dos indivíduos que vivem nas zonas de alta endemicidade da moléstia e das associações mórbidas (máxime 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, além da 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 à fatores de ordem econômico-social que até agora não puderam ser modificados.

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

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

2.2.2.0.8. **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 verificam 84% do total de casos registrados de 1953 a 1962 (Tabela 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.Norte	-	-	-	8	3	3	-	3	1	3	21
Paraíba	-	-	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	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAIS	141	366	482	406	348	259	248	238	112	107	2.707

Fonte: D.N.E.Ru.

Nota: Não foram incluídos 36 casos diagnosticados antes de 1953

Com base no combate ao flebótomo 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
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 Cressiuma).

2.2.2.0.9. **Bouba**

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

Atualmente, prossegue a Campanha contra a Bouba 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 bouba em amostra de 14.480 habitantes de área anteriormente com alta endemicidade.

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

2.2.2.1.0. **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 microfilárias, o que faz baixar a taxa de

microfilaremia à nível impeditivo de transmissão.

TABELA XXVIII

LOCALIDADE 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	BALEM	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	S. CATARINA	3.663	51	1.4
1951	PONTA GROSSA	S. CATARINA	122	17	13.9
1954	BARRA (LAGUNA)	S. CATARINA	1.195	112	9,4
1954	PORTO ALEGRE	S. CATARINA	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

2.2.2.1.1. **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 inumeros 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 PROTEÍINAS "PER CAPITA" E POR DIA , NO BRASIL E OUTROS PAÍSES

1960

PAÍSES	RENDA (US$)	CALORIAS	PROTEÍNAS ANIMAIS (gramas)
E.U.A.	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 a seguir:

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, às 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 cerca 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 as 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 da ordem de 30% no valor calórico e de 50% no total protéico, com a alarmente particularidade de que a ingestão de proteínas animais não atinge senão a metade da cota recomendada."(25)

Embora não 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 da dieta com o quadro que estas enfermidades apresentam".(24)

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

"Exames pediátricos revelam 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 tireóide. 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 tireóide foi observado em Natal, Catende , Itabuna , Ilhéus 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 e 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 ENDÊMICO

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 bocígenas:

a) Área de prevalência elevada, comprendendo 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 iodatação de todo o sal produzido para consumo humano.

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

2.2.2.1.2. **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 em relatório apresentado a 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 (todas 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 dá 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 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, agravadas, nessa região, pela falta d'água generalizada, pelas más práticas alimentares, entre as quais o abandono precoce do aleitamento natural, e pela falta de conhecimento 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 precarias 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 as causas higiênico-sociais, é óbvio que o seu controle está na dependência do soerguimento das condições sócio-econômicas do país.

2.2.2.1.3. **Outras**

HIDATIDOSE

A área de prevalência da hidatidose, doença causada pela larva da tênia "Echinoccocus granulosus" está limitada as zonas de pecuária da Região Sul, principalmente na zona fronteiriça com Uruguai.

Por ser zoonose dos rebanhos, hidatidose tem o seu controle 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 de gado vacum, ovino, caprino e suíno, sua ocorrência no homem é mais frequente entre os indivíduos que trabalham nos matadouros, frigoríficos e indústria de laticínios, representando um risco profissional nas áreas 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.

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

Reações de soro aglutinação	17.760
Percentagem de reações positivas	3,8%
Casos tratados	57

2.2.3.0.0. **Doenças Pestilenciais**

2.2.3.0.1. **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, registram-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 minor, 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 introduzida no país. Recomenda-se que os países submetidos a um grande risco de introdução da varíola, por exemplo, quando a enfermidade for 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 de trânsito internacional e enquanto 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 equipado 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 da 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 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.

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.

TABELA XXX

Nº DE CASOS DE VARÍOLA E COEFICIENTE POR 100.000 HB, NAS CAPITAIS BRASILEIRAS, NO PERÍODO 1956 - 1960

CAPITAIS	1956		1957		1958		1959		1960	
	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
Aracajú	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	—	—

Fonte: S.F.Bc.

Nº - Nº de casos

Cf - Coeficiente por 100.000 hab.

2.2.3.0.2 **Peste**

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

As espécies de maior responsabilidade na manutenção da doença no país, são os ratos domésticos, principalmente do gênero Rattus (alecandrinus, 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 municipios são controlados 280 focos de peste, distribuídos conforme tabela seguinte:

2.2.3.0.3 **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 antiamarílica das pessoas que vivem ou vão às matas da região enzoótica ou em áreas onde ocorrem surtos epizoóticos.

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

I- VIGILÂNCIA ANTI-AEGYPI

a)- Inspeção realizadas em prédios	13.213.099
b)- Prédios com "Aedes aegypti"	—

CIRCUNSCRIÇÃO	MUNICÍPIO	ÁREA	Nº DE FOCOS DE PESTE	Nº DE PRÉDIOS NO FOCO
Ceará	10	8.707 Km2	18	30.256
R.G. do Norte	1	229 Km2	2	3.745
Pernambuco	22	17.907 Km2	64	80.331
Paraíba	7	5.939 Km2	17	25.561
Alagoas	10	5.577 Km2	21	23.322
Bahia	27	78.087 Km2	86	23.269
Minas	9	22.370 Km2	70	21.469
Rio de Janeiro	1	849 Km2	2	809
TOTAL	87	139.665 Km2	280	208.762

II-VISCEROTOMIA

Amostras de fígado colhidas	21.937

III- VACINAÇÃO ANTIAMARÍLICA

Pessoas vacinadas	7.822.743

2.2.4.0.0 **Outras doenças transmissíveis**

2.2.4.0.1 **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 vigentes 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, permite atestar a importância do problema dessas doenças transmissíveis nas coletividades brasileiras.

2.2.4.0.2 **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 exposta a um risco de infecção rábica cerca de 43 vezes maior do que aquele calculado para a população norte-americana.

2.2.4.0.3 **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

TABELA XXXI

COEFICIENTES ESPECÍFICOS DE MORTALIDADE (por 100.000 habitantes), POR FEBRE TIFÓIDE, DIFTERIA, COQUELUCHE, TÉTANO, POLIOMIELITE, VARÍOLA, SARAMPO, RAIVA E MALÁRIA, NAS CAPITAIS BRASILEIRAS

1959

CAPITAIS	COEFICIENTES (por 100.000 habitantes)								
	F. Tifóide	Difteria	Coqueluche	Tétano	Poliomielite	Varíola	Sarampo	Raiva	Malária
Manaus	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
Teresina	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	6,4
Goiânia (1958)	3,6	2,2	2,2	19,0	0,7	1,5	6,6	—	0,7

Fonte: Serviço Federal de Bioestatística — (1) Distr. Federal até 21/04/60

TABELA XXXII

COEFICIENTES ESPECÍFICOS DE MORTALIDADE (por 100.000 habitantes), POR DIFTERIA, COQUELUCHE, POLIOMIELITE, MALÁRIA, FEBRE TIFÓIDE, EM DIVERSOS PAÍSES

1959

PAÍSES	COEFICIENTES (por 100.000 habitantes)					
	Difteria	Coqueluche	Varíola	Poliomielite	Malária	F.Tifóide
Canadá	—	0,3	—	1,0	—	0,0
E.U.A.	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
Colômbia	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: Serviço Federal de Bioestatística e "Annual Epidemiological and Vital Statistics" (WHO)

TABELA XXXIII

INCIDÊNCIA DA RAIVA CANINA (números absolutos), COEFICIENTES DE CÃES RAIVOSOS POR 100.000 (população canina) e COEFICIENTE DE CASOS POSITIVOS DE RAIVA CANINA POR 100.000 (população humana)

1959

PAÍSES	Incidência da raiva canina (nº absoluto)	Coef. cães raivosos por 100.000 (população canina)	Coef. de casos positivos de raiva canina por 100.000 (pop. 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)

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 praticamente 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 recobraram tendência ascencional similarmente como 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 quanto ao controle da gonorréia.

Entre as causas que contribuiram 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 cuidados e 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 tem 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 alcançada 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, mui 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)

2.2.4.0.4 **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 a 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 / 09 / 63)	2.078.800
Total	7.183.100
Vacinas de outros Estados:	
Ano:1962	3.016.000
1963 (até 27 / 09 /63)	35.000
Total	3.051.000
Total geral de vacinas empregadas até 27 / 09 /63	10.234.100

Número de pessoas vacinadas no país:	
Ano: 1961	1.584.162
1962	5.566.439
1963 (até 27 / 09 /63)	1.913.525
Total	9.064.126

2.2.5.0.0 **Doenças Degenerativas e Mentais**

2.2.5.0.1 **Doenças Cardiovasculares e Câncer**

Os trabalhos epidemiológicos mostram que a mortalidade pelas doenças cardiovasculares e por câncer vem aumentando continuamente, atingindo, nos maiores centros urbanos, níveis que se aproximam aos dos países considerados desenvolvidos (Gráficos nº 6 e nº 7). Na Guanabara, por exemplo, em 1960, as doenças cardiovasculares constituiram 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; o mesmo sucede em relação a São Paulo.

A luta contra o câncer vem sendo coordenada e incentivada pelo Ministério da Saúde, através do Servico Nacional de Câncer, de tal forma a aproveitar ao máximo a colaboração dos vários setores de atividades, sejam oficiais ou privadas. 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 1.422 em entidades privadas. Muitas das Unidades Hospitalares que dispõem desses leitos, nem sempre estão aparelhados para oferecer um serviço técnico realmente eficiente. Essa falha é muito séria em se tratando de câncer, pois só se consegue bons resultados com a aplicação exata dos métodos diagnósticos e terapêuticos.

TABELA XXXIV

COEFICIENTES ESPECÍFICOS DE MORTALIDADE (por 100.000 habitantes), POR NEOPLASMAS MALÍGNOS NAS CAPITAIS BRASILEIRA

1930 - 1940 - 1950 - 1960

CAPITAIS	COEFICIENTES			
	1930	1940	1950	1960
Manaus	18,8	32,1	29,4	—
Belém	—	55,6	44,8	55,0
S. Luís	23,2	48,0	33,9	34,8
Teresina	8,0	26,1	62,2	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
Aracajú	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
B. 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)	—	—	—	—
Cuiabá	—	31,9	63,2	—

Fonte: Serviço Federal de Bioestatística

QUADRO Nº 6

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

ORDEM	1 ANO	1-4 ANOS	5-19 ANOS	20-49 ANOS	50+ ANOS	TODAS AS IDADES
1ª	GASTRITE, DUODENITE, ENTERITE E COLITE	GASTRITE	ACIDENTES, ENVENENAMENTO E VIOLÊNCIAS	TUBERCULOSE	DOENÇAS ARTERIOSCLERÓSTICAS E DEGENERATIVAS DO CORAÇÃO	DOENÇAS ARTERIOSCLERÓSTICAS E DEGENERATIVAS DO CORAÇÃO
2ª	OUTRAS DOENÇAS PARTICULARES A 1ª INFÂNCIA E IMATURIDADE	PNEUMONIA	PNEUMONIA	ACIDENTES, ENVENENAMENTO E VIOLÊNCIAS	LESÕES VASCULARES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	NEOPLASIAS MALÍGNAS
3ª	PNEUMONIA	SARAMPO	TUBERCULOSE	DOENÇAS ARTERIOSCLERÓSTICAS E DEGENERATIVAS DO CORAÇÃO	NEOPLASIAS MALÍGNAS	GASTRITE, DUODENITE, ENTERITE E COLITE
4ª	INFECÇÕES DOS RECÉM-NASCIDOS	TODAS AS OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÓRIAS	NEOPLASIAS MALÍGNAS	NEOPLASIAS MALÍGNAS	HIPERTENSÃO COM DOENÇA DO CORAÇÃO	LESÕES VASCULARES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL
5ª	LESÕES DEVIDAS AO PARTO, ASFIXIA E ATELECTASIA PÓS-NATAIS	GRIPE	TODAS AS OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÓRIAS	LESÕES VASCULARES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	OUTRAS DOENÇAS DO CORAÇÃO	ACIDENTES, ENVENENAMENTOS E VIOLÊNCIAS

Fonte: S.F.Be.

GRÁFICO Nº 6

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

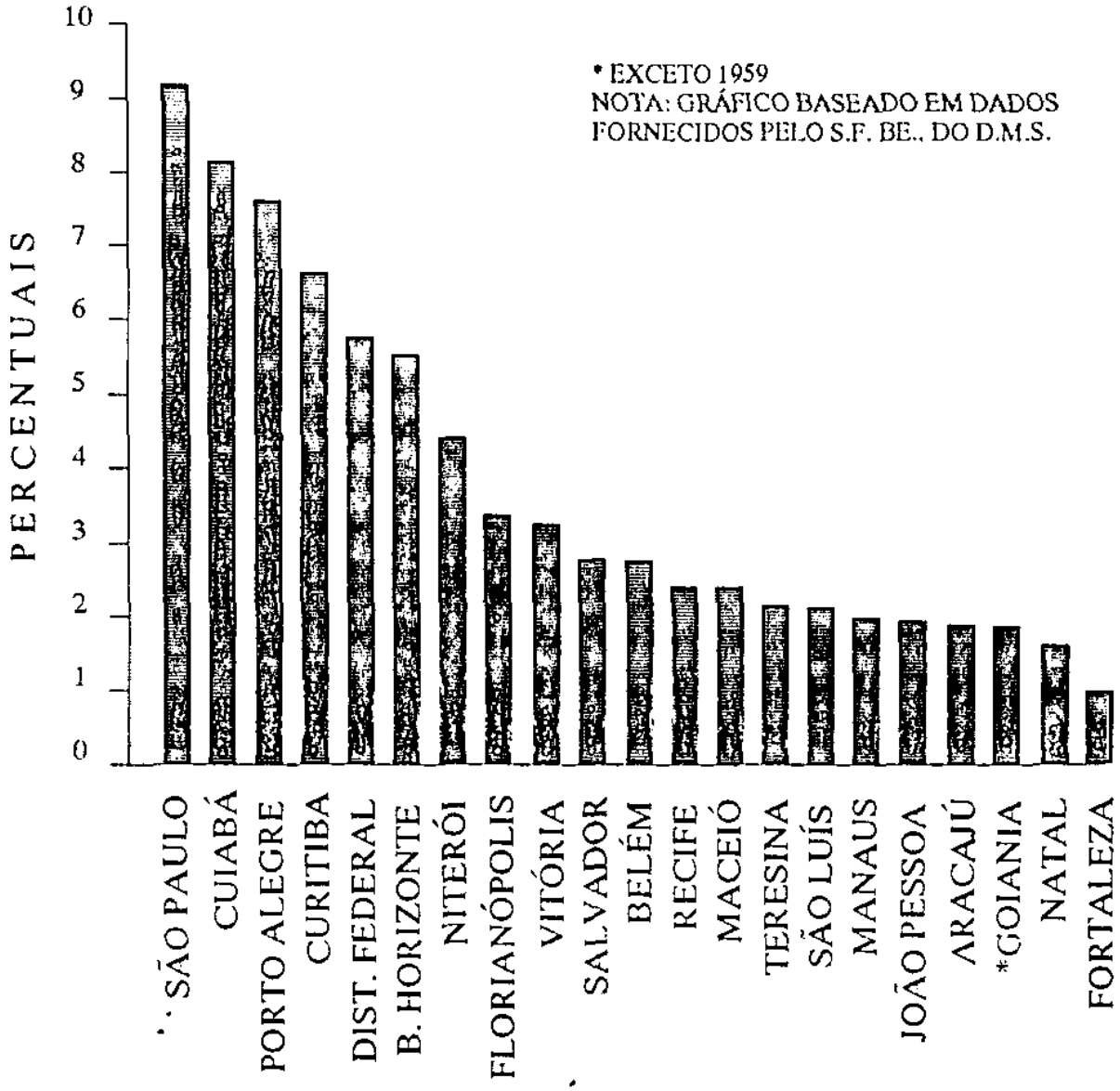
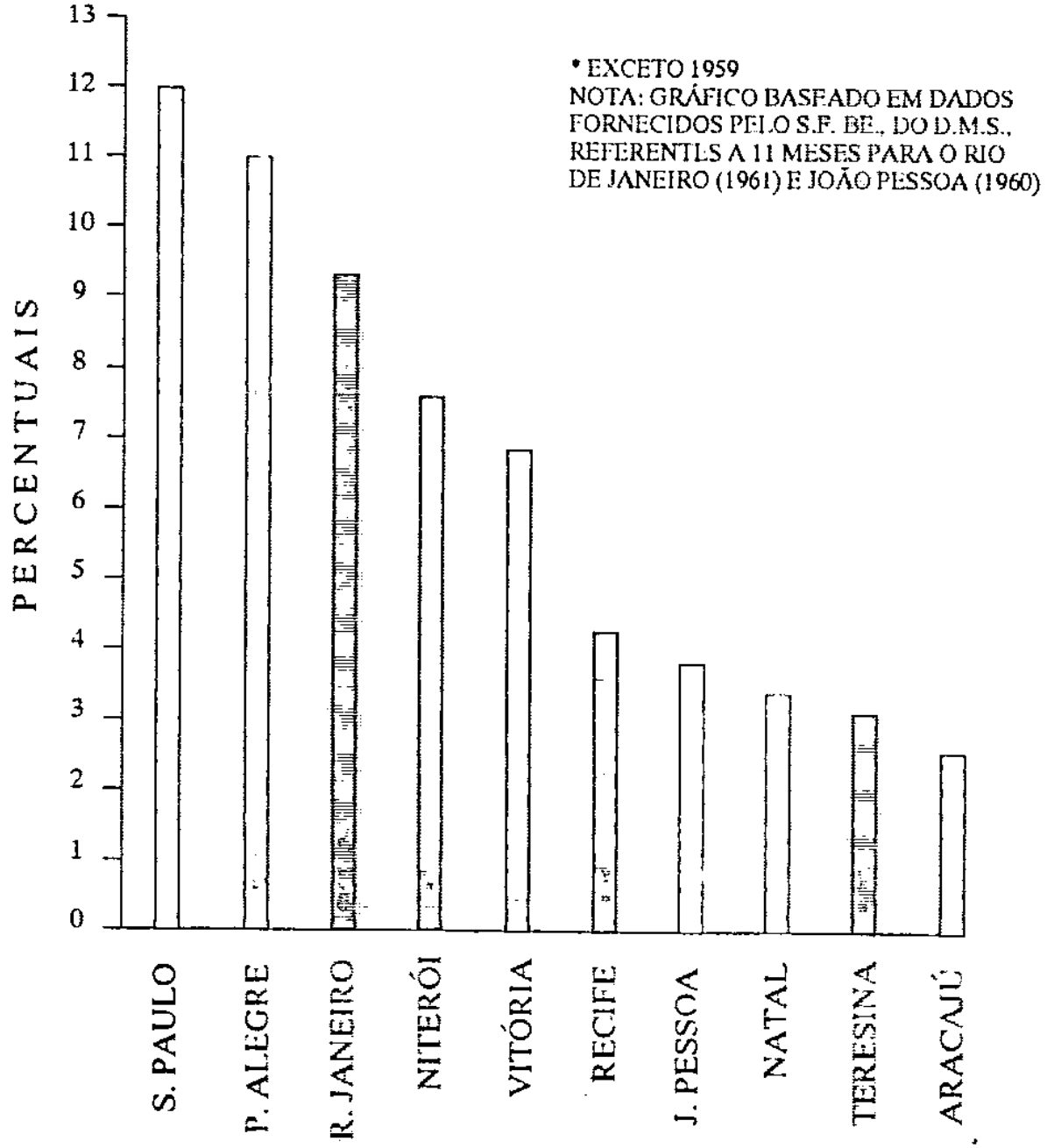


GRÁFICO Nº 7

PERCENTUAIS MÉDIOS DE ÓBITOS POR NEOPLASIAS MALÍGNAS SOBRE O TOTAL DE ÓBITOS, PARA 10 CAPITAIS ESTADUAIS BRASILEIRAS, NO PERÍODO DE 1959 A 1961



Convêm 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.

2.2.5.0.0 **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. A 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 (alcoolismo e toxicomanias) em número de 5.426 (1962) internações; entre os bancários enfermos mentais encontram-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 Nº 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 a 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 vinculações 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

QUADRO Nº 7

DISTRIBUIÇÃO DE DOENTES ADMITIDOS (1ª ENTRADA) NOS HOSPITAIS MENTAIS NO BRASIL - 1962

DIAGNÓSTICOS	BRASILEIROS				ESTRANGEIROS				TOTAL DO GRUPO
	HOMENS	MULHERES	CRIANÇAS		HOMENS	MULHERES	CRIANÇAS		
			HOMENS	MULHERES			HOMENS	MULHERES	
I-PSICOSES POR INFECÇÕES E POR INFESTAÇÃO:									680
1A-Desordens agudas	163	197	9	23	5	1	--	--	
1B-Estados mentais consecutivos	55	88	9	7	--	1	--	--	
1C-Formas não especificadas	49	68	3	2	--	--	--	--	
II-PSICOSES DEVIDAS À SÍFILIS:									562
2A-Paralisia geral	352	63	--	1	3	--	--	--	
2B-Outras formas	107	31	3	1	1	--	--	--	
III-PSICOSES EXOTÓXICAS:									5.426
3A-Alcoolismo	4.588	353	4	2	154	15	--	--	
3B-Toxicomania	177	47	4	--	4	4	--	--	
3C-Profissionais	12	3	--	1	--	--	--	--	
3D-Acidentais	16	11	--	--	2	--	--	--	
3E-Formas ainda não especificadas	27	2	--	--	--	--	--	--	
IV-PSICOSES ENDOTÓXICAS:									913
4A-Por desvios funcionais viscerais	80	85	--	--	3	3	--	--	
4B-Por desvios do metabolismo	141	162	5	1	6	1	--	--	
4C-Por desvios do endocrinismo	41	262	3	1	1	1	--	--	
4D-Outras formas	28	57	1	--	--	1	--	--	
V-PSICOSES POR LESÕES CEREBRAIS.									1.63[illegible]
5A-Demência senil	351	283	--	--	29	36	--	--	
5B-Arterio-esclerose cerebral	500	293	--	1	52	26	--	--	
5C-Traumatismo craneano	45	10	2	--	3	3	--	--	
5D-No curso de tumores intra-craneanos	14	11	1	--	3	--	--	--	
5E-Outras formas (doenças de Alzheimer, etc.)	87	69	7	2	6	2	--	--	
VI-OLIGOFRENIAS:									1.93[illegible]
6A-Debilidade mental	507	468	111	66	5	4	--	--	
6B-Imbecilidade	148	117	62	35	--	2	--	--	
6C-Idiotia	74	68	24	29	--	--	--	--	
6D-Forma não especificada	91	101	11	10	1	--	--	--	
VII-EPILEPSIAS:									2.42[illegible]
7A-Psicose epiléptica	783	663	42	48	12	4	--	1	
7B-Outras formas	422	332	50	37	7	7	--	1	

continua

DIAGNÓSTICOS	BRASILEIROS				ESTRANGEIROS				TOTAL DO GRUPO
	HOMENS	MULHERES	CRIANÇAS		HOMENS	MULHERES	CRIANÇAS		
			HOMENS	MULHERES			HOMENS	MULHERES	
VIII-ESQUIZOFRENIAS:									11.636
8A-Formas simples, hebefrênica e catatônica	3.585	3.223	55	41	90	68	1	--	
8B-Formas paranóides e parafrênicas	1.591	1.334	8	7	52	66	--	--	
8C-Paranóia	148	76	1	--	3	1	--	--	
8D-Não especificadas	718	563	1	1	1	2	--	--	
IX-PSICOSE MANÍACO-DEPRESSIVA:									3.527
9A-Formas maníacas	604	823	7	10	23	43	--	--	
9B-Formas melancólicas	471	649	2	5	23	41	--	--	
9C-Formas mistas	198	208	1	2	--	6	--	--	
9D-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 desenvolvimento psicopatológicos):	375	555	17	13	17	15	--	--	992
XII-NEUROSES:									2.797
12A-Estados histéricos de conversão	158	697	6	11	8	8	--	--	
12B-Estados ansiosos	477	488	5	5	15	17	--	--	
12C-Estados fóbicos	68	87	1	1	2	1	--	--	
12D-Estados compulsivos	106	51	3	--	--	1	--	--	
12E-Estados neurastênicos	192	156	2	2	2	1	--	--	
12F-Outras formas	116	99	4	--	2	5	--	--	
XIII-PERSONALIDADES PSICOPÁTICAS:	388	186	14	40	6	--	1	--	635
*ESTADOS MENTAIS NÃO CLASSIFICADOS:									5.666
*A-Em observação	2.732	2.020	27	14	77	43	--	--	
*B-Por falta de elementos diagnósticos	337	386	2	12	11	5	--	--	
*SEM PERTUBAÇÕES 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

como órgãos de manutenção de pacientes e egressos, dentro da vida social, e ao mesmo tempo disciplinando a internação nosocomial.

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 superlotação, 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, Juqueri, Barbacena e a 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 são 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 fora a sua má distribuição e excesso de centralização, exemplificada pelo "Juqueri", 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 ambulatórios 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, aos seus ambientes familiares e são mantidos em tratamento ambulatorial sob controle de assistentes sociais.

QUADRO Nº 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

Unid. Federadas	Nº DE LEITOS			Nº DE ESTABELECIMENTO		
	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
R. G. doNorte	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
Esp. 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
R. G. 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 pertencente 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 Picanço.
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-praxisterapia extra-hospitlar - 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 propiciará 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 à 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 , saindo 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, adotando-se 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 Nº 9

AMBULATÓRIOS DE SAÚDE MENTAL

1962

Unid. 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	—
R. G. doNorte	1	—	2
Paraíba	2	—	1
Pernambuco	—	1	—
Alagoas	1	—	—
Sergipe	1	—	—
Bahia	2	1	—
Minas Gerais	1	2	1
Esp. Santo	1	—	—
Rio de Janeiro	1	10	—
Guanabara	5	6	1
São Paulo	—	2	2
Paraná	1	—	—
Santa Catarina	1	1	—
R. G. 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.

2.2.6.0.0 Influência da Investigação dos Órgãos de Pesquisas 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 e 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 asiática, a peste bulbônica, 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 Soroterápico, também destinado a 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 procurava implantar uma política de estudos e técnicas brasileiras para a solução dos problemas médico-sanitários dos 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 captulatum, e mais tarde, em Hamburgo, descobriu as Rickettsias.

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

Gaspar 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 emprego 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 esquistossomose.

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 microbactérias humanas foram estudadas por Cardoso Fontes (M. tuberculosis) e Sousa Araújo (M.leprae), com dedicação realmente sacerdotal. Magarinos Torres descreveu o 1º caso de toxoplasmose congênita da literatura universal (1927), assunto cuidado por outros técnicos do Instituto Marques da Cunha e Júlio Muniz, reproduziram em rhesus a chamada verruga peruana. Ainda na patologia humana, saiu de Manguinhos o trabalho pioneiro sobre o tratamento da bouba pela penicilina (1944) como também foi estudada a profilaxia da treponematose com esse poderoso antibiótico nos focos endêmicos. Tais estudos serviram de base para a vitoriosa campanha contra a bouba, desencadeada em 1956 pelo Ministério da Saúde. No campo veterinário, cumpre citar rapidamente dois fatos da maior importância econômica: a descoberta da vacina contra a "espiroquetose das aves" que dizimava as criações de galináceos; e a vacina contra a "manqueira" dos bovinos. A 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 de café". Grande desenvolvimento foi dado aos estudos da entomologia, da helmintologia e protozoologia por Costa Lima, Lauro Travassos e Marques da Cunha, respectivamente. Como é obvio, especial referência cabe à descoberta da tripanossomíase americana, que foi a maior demonstração de 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.

QUADRO Nº 10

ABASTECIMENTO D'ÁGUA DAS UNIDADES DA FEDERAÇÃO

MUNICÍPIOS SERVIDOS, REDE E LIGAÇÕES - 1960

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	Nº DE MUNICÍPIOS EM 31-XII		EXTENSÃO TOTAL DAS LINHAS DISTRIBUIDORAS (M)	Nº DE LOGRADOUROS PUBLICOS COM CANALIZAÇÃO	LIGAÇÕES À REDE DISTRIBUIDORA			
	TOTAL	COM ABASTECIMENTO			HIDRÔMETROS	PENA D'AGUA	LIGAÇÕES LIVRE	BICAS TORNEIRAS, CHAFARIZES, ETC
RONDÔNIA	2	2	27.669	49	65	850	355	22
ACRE	7	1	5.970	35	--	--	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
PIAUÍ	71	9	37.438	126	52	--	3.593	58
CEARÁ	148	33	146.288	280	6.963	679	6.061	885
R.G.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	177
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	465	409	4.006199	12.113	13 397	272.261	22.190	1.695
ESPÍRITO 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
R.G.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	2779	1354	20.940.158	58.064	850.514	943.946	790.206	69.296

Fonte: S.F.Be.

QUADRO Nº 11

ABASTECIMENTO D'ÁGUA NAS CAPITAIS D0S ESTADOS E TERRITÓRIOS MANANCIAIS, LOGRADOUROS, REDE E LIGAÇÕES - 1960

CAPITAIS	Nº DE MANANCIAIS CAPTADOS	EXTENSÃO DAS LINHAS ADUTORAS	EXTENSÃO TOTAL DAS LINHAS DISTRIBUIDORAS (M)	Nº DE LOGRADOUROS PÚBLICOS COM CANALIZAÇÃO	LIGAÇÕES À REDE DISTRIBUIDORA			
					HIDRÔMETROS	PENA D'AGUA	LIGAÇÕES LIVRE	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
BOA 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	---	6.383	---	2.800	4
NATAL	5	14.000	173.545	169	14.142	51	---	46
JOÃO PESSOA	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	238.654	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
GOIÂNIA	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.

Fato da maior significação foi a influência que Manguinhos exerceu para a criação de novas instituições de pesquisas do teritório 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 São 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 Otávio Mangabeira Filho; o Instituto de Higiene do Maranhão, por longos anos dirigidos por Cássio Miranda, além de vários Postos de estudos do Instituto, como os de Lassance e Bambuí, em Minas Gerais.

Por outro lado, vários técnicos do IOC foram chamados para organizar e prestar assistência técnico-científica à 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 dirigia 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 Ageu Magalhães, em Recife, o Centro de Estudos de Endemias Rurais de Belo Horizonte, ambos integrando hoje o DNRu, que tem realizado importantes pesquisas e inquéritos epidemiológicos sobre as endemias rurais. Os trabalhos do DNRu vem 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 Lepra, 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 tem mandato para universitários. Seus campos de atividade distribuem-se na pesquisa pura e aplicada, no ensino especializado e na fabricação de produtos biológicos, para apoio das campanhas profiláticas do M.S..

O Instituto Oswaldo Cruz possue 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, entrevírus, malacologia, brucelose e enterobacterioses, dispondo também de coleções padrões de bacteriologia, micologia, entomologia, helmintologia e outros.

Sua revista "Memórias do Instituto Oswaldo Cruz", figura entre os 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 a 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 o IOC para os anos imediatos obedecerá ao seguinte planejamento:

1) Desenvolvimento das pesquisas atualmente em realização, e planejamento e execução de outras;

QUADRO nº 12

MUNICÍPIOS BRASILEIROS COM REDE DE ÁGUA E SISTEMA DE ESGOTOS (Nº ABSOLUTOS E PERCENTUAIS), POR REGIÕES FISIOGRÁFICAS E UNIDADES FEDERADAS, NO BRASIL

1960

Região e Estado ou Território	MUNICÍPIOS				
	Total	Servidos por			
		Rede de água		Sist. de esgôto	
		Nº	%	Nº	%
NORTE	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
NORDESTE	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	38	21	24,0	14	15,9
Pernambuco	102	49	48,0	27	26,4
Alagoas	64	17	26,6	19	29,6
LESTE	843	580	68,8	401	47,6
Sergipe	62	11	17,7	5	8,1
Bahía	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
SUL	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
CENTRO-OESTE	244	48	19,6	57	23,7
Mato Grosso	64	21	32,8	10	15,6
Goiás	179	26	14,5	47	26,2
D. Federal	1	1	100,0	—	—
BRASIL	2.780	1.355	48,7	910	32,7

Fonte: S. F. Be.

2) Ampliação das tarefas concernentes à formação de pessoal técnico especializado;

3) Incremento da produção das vacinas necessárias à imunização em massa promovidas 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, imonoquímica, farmocodinâmica e outros.

2.3.0.0. **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, consequentemente, 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. **Água (Abastecimento de)**

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, 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 7,15% de seus municípios servidos por rede de água, seguindo-se-lhe o Rio Grande do Norte, o Piauí, Acre, Goiás, Sergipe, 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 desejado, se bem que essa melhoria esteja, por certo, condicionada as injunções sócio-econômicas locais. Embora o problema seja de alçada municipal (30), grande parte das edilidades brasileiras dele tem-se descurado, de modo a recair todo o encargo do custeio desses melhoramentos 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 de obras e 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	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.Sudoeste.	110.300.000,00
	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 Cr$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 15 m3 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 vasão controlada). Refere-se às cidades ou núcleos entre 1.000 e 5000 habitantes, considerando-se uma base de consumo mínimo mensal de 5m3 por familia de 5 pessoas.

Custo "per capita" de Cr$ 8.000,00

TABELA XXXVI

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

1956 e 1960

UNIDADES	1956			1960		
	Total	Oficial	Particular	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
Piauí	1.208	795	413	1.421	754	667
Ceará	4.141	1.447	2.694	5.662	2.027	3.635
R. G. 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
Espírito 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
R.G. 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	216.236	90.000	126.228	216.378	76.340	139.579

(+) Distrito Federal até 21/04/1960
Fonte: Serviço Federal de Bioestatística

TABELA XXXVI-A

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				Nº DE LEITOS	LABORAT. EXISTENTES			PESSOAL EM ATIVIDADE EM 31-XII						
	TOTAL	Func. Sem Médico	FINALIDADE			Análise Clínica	Sorologia	Microbiologia	Médicos	Dentistas	Enfermeiros diplomados	Atendentes	Visitadoras	Guardas	Outros auxiliares
			Geral	Especializado											
RONDÔNIA	33	28	30	3	-	-	-	-	5	-	-	1	-	22	24
Porto 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	2	-	9	5	13	59
AMAZONAS	43	19	37	6	25	11	-	7	40	17	20	57	26	36	50
Manaus	19	3	16	3	-	2	-	3	28	17	10	37	20	20	17
RORAIMA	17	13	14	3	8	1	-	1	8	1	6	1	-	11	35
Boa Vista	13	9	10	3	-	1	-	1	8	1	2	1	-	11	35
PARÁ	109	51	105	4	-	15	4	13	84	16	52	442	62	132	185
Belém	16	4	15	1	-	1	-	2	44	11	16	379	24	15	97
AMAPÁ	14	13	14	-	26	3	1	2	10	6	7	14	4	4	27
Macapá	5	4	5	-	-	1	1	1	10	3	5	10	4	4	10
MARANHÃO	56	37	25	31	-	8	1	13	35	13	11	78	23	119	83
S.Luís	5	3	1	4	-	-	-	2	15	2	-	31	7	33	23
PIAUÍ	42	4	31	11	10	5	1	4	79	14	13	84	25	78	121
Teresina	5	-	1	4	-	1	-	1	35	4	3	38	9	40	52
CEARÁ	69	17	50	19	17	18	2	15	189	33	16	223	132	248	197
Fortaleza	3	-	2	1	-	3	1	3	124	25	2	130	68	238	106
R.G.NORTE	33	3	31	2	20	11	1	6	67	14	17	70	55	250	370
Natal	3	1	1	2	3	1	1	3	27	3	1	23	8	230	317
PARAÍBA	65	7	53	12	53	8	4	6	106	35	41	174	38	64	229
João Pessoa	4	-	1	3	-	2	1	2	28	8	1	56	14	6	98
PERNAMBUCO	154	12	114	40	19	34	6	17	234	94	63	26	98	411	320
Recife	4	-	4	-	-	2	1	2	59	35	20	26	21	45	10
ALAGÔAS	65	16	50	15	6	22	3	6	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	10	135	18	25	171	41	126	173
Aracajú	17	4	10	7	-	5	1	2	85	13	12	123	24	91	79
BAHIA	225	33	160	65	13	58	6	38	412	137	109	97	167	598	451
Salvador	30	-	13	17	-	3	-	3	207	89	70	257	104	33	121
MINAS GERAIS	323	44	282	41	65	182	34	143	561	102	128	483	123	784	720
B.Horizonte	11	-	4	7	-	8	2	5	125	7	60	123	12	31	263
ESPÍRITO 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	6	23	3	19	290	62	47	207	24	598	544
Niterói	5	-	3	2	-	3	-	1	38	16	23	19	6	57	91
GUANABARA	93	10	21	72	6	13	2	15	288	104	412	366	95	265	629
SÃO PAULO	1.211	95	519	692	13	119	22	110	1.508	75	168	2.144	430	778	2.647
São Paulo	119	1	21	98	-	23	14	14	338	25	87	436	106	81	499
PARANÁ	180	18	124	56	61	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.SUL	138	2	132	6	50	61	5	42	301	85	25	332	206	197	335
Porto 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	48	11	6	13	50	3	21	60	39	21	49
Goiânia	1	-	1	-	-	1	1	1	10	2	9	23	22	3	4
DISTR. FEDERAL	4	-	1	3	-	-	-	-	10	2	2	3	-	58	47
BRASIL	3.360	520	2.175	1.185	451	689	120	520	5.110	996	1.275	6.087	1.970	5.727	8.535
CAPITAIS(1)	447	76	193	254	9	84	31	70	1.771	464	761	2.494	831	1.700	3.151

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

TABELA XXXVI - B

SERVIÇOS OFICIAIS DE SAÚDE PÚBLICA

ESTABELECIMENTOS, SEGUNDO A ATIVIDADE MANTENEDORA, POR ESPECIALIZAÇÃO EM TODO PAÍS

BRASIL — 1960

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
Esquitossomose	15	14	—	1
Lepra	80	18	61	1
Malária	70	37	32	1
Oftalmologia	17	1	15	1
Pediatria	23	2	17	4
Puericultura	625	19	541	5
Tracoma	55	25	30	—
Tuberculose	80	16	61	3
Outros	10	1	9	—
TOTAL	3.360	578	2.463	319

Fonte: (10)

TABELA XXXVI - C

SERVIÇOS OFICIAIS DE SAÚDE PÚBLICA

ESTABELECIMENTOS, 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	—
Esquitossomose	2	1	—	1
Lepra	15	3	12	—
Malária	1	1	—	—
Oftalmologia	2	—	2	—
Pediatria	9	2	6	1
Puericultura	142	4	118	20
Tracoma	—	—	—	—
Tuberculose	22	2	18	2
Outros	5	—	5	—
TOTAL	447	104	299	44

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

Fonte: (10)

TABELA XXXVI - D

SERVIÇOS OFICIAIS DE SAÚDE PÚBLICA

ESTABELECIMENTOS, SEGUNDO A ATIVIDADE MANTENEDORA, POR ESPECIALIZAÇÃO NAS CAPITAIS

BRASIL — 1960

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
Maranháo	45	2	3
Piauí	23	14	4
Pernambuco	50	—	23
R. G. 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
R. G. do Sul	20	8	6
Santa Catarina	22	10	10
Paraná	122	6	—
Minas Gerais	174	25	62
Esp. Santo	20	2	9
Goiás	31	—	—
Guanabara	64	1	3
Rio de Janeiro	72	—	2
TOTAL	1.484	151	179

Fonte: Departamento Nacional da Criança

QUADRO Nº 13

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

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	Nº DE MUNICÍPIOS EM 31-XII		CARACTERÍSTICAS DA REDE EM 31-XII					
			EXTENSÃO (M)		Nº DE LOGRADOUROS SERVIDOS		Nº DE PRÉDIOS ESGOTADOS	
	TOTAL	SERVIDOS DE ESGOTO	DA REDE	DO EMISSÁRIO	DE ESGOTOS DE DESPEJOS	DE ESGOTOS DE ÁGUAS SUPERFICIAIS	POR FOSSAS	PELA REDE
RONDÔNIA	2	2	6.045	1.805	11	15	812	190
ACRE	7	---	---	---	---	---	---	---
AMAZONAS	44	3	60.800	100	66	2	8.212	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
PIAUÍ	71	2	3.413	---	15	20	---	---
CEARÁ	148	7	38.175	300	83	48	23.077	7.580
R.G.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	284.475	16.164	69	294	41.115	28.759
ALAGOAS	64	19	51.957	3.945	363	356	5.924	3.323
SERGIPE	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
ESPÍRITO 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
GUANABARA	1	1	1.029.165	---	---	---	---	328.870
SÃO PAULO	504	287	5.862.675	438.277	10.100	7.567	131.062	573.491
PARANÁ	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
R.G.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	447	5.153
BRASÍLIA, D.F.	---	---	---	---	---	---	---	---
BRASIL	2.779	910	12.615.013	864.666	24.924	18.723	470.789	1.370.172

Fonte: S.F.Be.

QUADRO Nº 14

ESGOTOS SANITÁRIOS NAS CAPITAIS DOS ESTADOS E TERRITÓRIOS CARACTERÍSTICAS DA REDE

CAPITAIS	CARACTERÍSTICAS DA REDE EM 31-XII					
	EXTENSÃO (M)		Nº DE LOGRADOUROS SERVIDOS		Nº DE LIGAÇÕES DE ESGOTO	
	DA REDE	DO EMISSÁRIO	DE ESGOTOS DE DESPEJOS	DE ESGOTOS DE ÁGUAS SUPERFICIAIS	POR PRÓPRIOS	PELA REDE
PORTO VELHO	5.755	1.550	10	15	902	1.40
RIO BRANCO	---	---	---	---	---	---
MANAUS	60.000	---	61	---	232	9.320
BOA VISTA	3.650	---	---	6	---	---
BELÉM	62.215	---	140	140	15.900	5.000
MACAPÁ	16.241	500	25	---	3.111	595
SÃO LUÍS	39.676	200	134	---	---	4.552
TERESINA	3.263	---	15	---	---	---
FORTALEZA	87.000	100	55	---	22.672	7.100
NATAL	46.674	2.904	87	---	233	3.684
JOÃO PESSOA	87.530	2.000	156	---	4.010	5.666
RECIFE	231.953	---	---	---	35.984	18.596
MACEIÓ	21.190	3.750	312	---	---	312
ARACAJU	18.300	1.900	22	---	---	2.113
SALVADOR	23.528	3.422	172	---	-	6.361
BELO HORIZONTE	630.130	4.500	---	---	-	---
VITÓRIA	30.520	---	120	---	7.235	2.046
NITERÓI	159.285	250	700	---	7.763	31.463
RIO DE JANEIRO	1.029.165	---	---	---	---	329.873
SÃO PAULO	1.512.900	12.000	---	---	---	144.150
CURITIBA	215.132	2.800	165	---	17.041	16.634
FLORIANÓPOLIS	34.070	882	143	---	3.140	4.361
PORTO ALEGRE	420.373	18.854	341	543	---	-
CUIABÁ	5.780	---	32	32	-	---
GOIÂNIA	85.050	5.000	120	---	-	4.318
BRASÍLIA, D.F.	---	---	---	---	---	-
CAPITAIS	4.782.650	60.592	2.813	736	126.[illegible]	615.766

Fonte: S.F.Be.

"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 d'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), que oferecem uma experiência vitoriosa neste campo, a ser aproveitada em maior escala.

2.3.2.0. **Esgostos 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 do 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 e 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 atendida 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, prevalece em largas áreas do país, pesquisas recentes evidenciam a 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 São 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 a organização hospitalar e estabelecimentos oficiais de saúde pública, nos seus aspectos quantitativos globais, é a seguinte:

a) Instituições hospitalares	2.547
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, as 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, particularmente no que se refere aos estabelecimentos mantidos pelas entidades estatais e para-estatais.

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 a distribuição regional equânime desses estabelecimentos e aos tipos de construção e capacidade de atendimento adaptáveis às necessidades locais.

É assim que constituem fatores por demais conhecidos 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 a 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 há muito tempo. Essa ociosidade é ainda manifesta na "multiplicidade de órgãos descoordenados, com a mesma finalidade e atendendo a clientelas 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, ressente-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, funcionamento e fiscalização de instituições de

TABELA XXXVII

POPULAÇÃO E NÚMERO DE HABITANTES POR MÉDICO
NAS CAPITAIS E NO INTERIOR DOS ESTADOS NORDESTINOS

Estados	Área	População em 01/09/1960	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
R. 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	140	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

Fonte: Departamento Nacional da Criança

TABELA XXXVII - A

COEFICIENTES GERAIS DE MORTALIDADE (POR 1.000 HAB.)
NAS CAPITAIS BRASILEIRAS

1930 - 1940 - 1950 - 1960

CAPITAIS	COEFICIENTES			
	1930	1940	1950	1960
Manaus	15,5	17,9	15,0	13,0
Belém	—	28,5	16,6	11,1
S. Luís	17,8	21,2	17,1	11,2
Teresina	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
B. 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	10,3
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)
Goiânia (2)	—	41,9	17,1	11,3
Brasília (3)	—	—	—	—

(1) Distrito Federal até 21/04/60
(2) Existente em 1930
(3) Existência em 21/04/1960
(x) Dado estimado

Fonte: Serviço Federal de Bioestatística

assistência médico-social no País", baixadas pelo recente Decreto nº 52.464.

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 aquela finalidade, e consignadas ao Departamento Nacional de Saúde:

3.1.0.1.- Saúde e Higiene - Para manutenção, obras e equipamentos de instituições hospitalares e para-hospitalares	2.453.900.000,00
3.1.0.8.- Fundo de Assistência Hospitalar	800.000.000,00
4.1.0.3.- Prosseguimento e conclusão de obras	143.000.000,00
TOTAL	3.396.900.000,00

Os serviços oficiais de saúde pública (centros de saúde, postos de higiene, centros de puericultura, postos de puericultura, lactários, postos especializados de várias naturezas), 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, elevou a diversificação exagerada e contra producente 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 - polivalências das unidades sanitárias, integração de atividades preventivas e curativas-aliadas a um planejamento criterioso, representa a solução indicada para superar esse estado de cousas, maxime 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

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 interioranas 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.

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 interioranos que não oferecem qualquer atrativo à fixação do elemento técnico altamente qualificado.

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

Conforme fica visto, o problema está condiconado às características marcantes de subsdesenvolvimento 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 e alto padrão,a que sem dúvida, tem 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 interioranas, consubstanciando-se em:

a) medidas primárias de saneamento do meio;
b) fiscalização de gêneros alimentícios, habitação 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 de Brasil, constitui sério problema o que diz respeito a 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 igualmente e, de certo modo, com características mais sérias, de vez que sendo o Poder Público o grande consumidor desse tipo de mão-de-obra, 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 dento 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.N.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 à atender as necessidades mais prementes, mas, também, de uma forma não planificada e empírica, porque tem faltado para conduzí-la, tanto por parte do M.S., como dos órgãos estaduais de saúde, uma política real e segura de racrutamento, seleção, preparo e aproveitamento do pessoal técnico.

O preparo de pessoal, já porque resulta de uma necessidade do 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 - e 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 e com o desenvolvimento, daí resultando que na formação de um mesmo técnico, técnico-auxiliar ou para-técnico, há vários graus e, consequentemente, custo de formação, conforme o profissional se destine a essa ou aquela coletividade, a um meio primitivo, subdesenvolvido ou desenvolvido. Infere-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 médicos 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:

- Evitar desajustamentos técnicos em relação aos recursos do meio;
- O desnível do pagamento do técnico em relação a capacidade de pagar do meio e;
- Evitar a fuga do técnico do seu próprio meio.

Verifica-se, assim, que cabe as 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 as 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 onde 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 de à Escola Nacional de Saúde Pública condições reais que lhe permitam trabalhos efetivos, 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 do 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, mantem 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 entrosados, assunto ainda não bem compreendido mesmo nos meios universitários. Entretato, é óbvio que, acurados "currícula" e laboratórios bem aparelhados, são fundamentais para o ensino técnico-científico, mas por si mesmo 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 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 ideias "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 e, assim também, o trabalho em tempo integral; isto é, em dedicação exclusiva.

Para a seleção de possíveis pesquisadores, o Instituto Oswaldo Cruz mantem 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 tem 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, renovadas anualmente, de acordo com o parecer do orientador de cada bolsista. As bolsas são distribuidas 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 as 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 de soro e da vacina contra a peste bulbônica. Desde então, manteve o seu fundador, ao lado dos trabalhos de pesquisa pura e aplicada, os serviços de preparo de produtos biológicos, necessários a 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, e 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 I.O.C. nestes 3 últimos anos tem sido as seguintes:

Vacina glicerinada

1959	7.680.836 doses
1961	6.719.800 doses
1962	3.181.400 doses
1963	1.370.870 doses (até novembro)

Vacina liofilizada

1960(experimental)	
1961(vitelo)	414.300 doses
(embrião)	500.000 doses (início em outubro)
1962 (vitelo)	4.462.550 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 distribuida pelo IOC, de modo a conter em 0,1ml (1 gota) as doses de vírus dos tipos I, II, III necessários 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 as vacinas contra a gripe, coqueluche, anti-colérica e anti-piogênica, de reduzidas solicitações; toxoides diftérico e tetânico; soro anti-tetânico; tuberculina e vários soros

aglutinadores e antigenos para reações dignósticas.

Pela Lei nº 2.743 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 1962 distribuiu 14.055.307 doses do Rodenticida "1080".

Diversos são os produtos farmacêuticos de sua fabricação, incluindo-se anti-helmínticos, anti-térmicos e analgésicos, e anti-maláricos, anti-anêmico, anti-infecciosos (sulfas), anti-tóxicos, vitaminas, pomadas oftálmicas etc., representados pelas seguintes especialidades: Adipato de Piperazina, Anti-gripal, Anti-tóxico, Clorcem, Colizim, Gliconato Ferroso, Quinacim, Sulfa Edulcorada, Tracomicina, 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. deverão estar capacitados para cooperar ao lado da indústria privada e de acordo com as normas estabelecidas pelo GEIFAR, em prol do barateamento dos remédios para consumo popular, em obediência a política traçada pelo Governo Federal, através do Decreto nº 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 dos produtos químico-farmacêuticos reduzindo os gastos em moeda estrangeira;
b) a ampliação da produção de medicamentos, mediante facilidades de acesso as matérias-primas pela indústria nacional;
c) a redução do custo dos medicamentos.

II- A elaboração de normas para comercilização 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 a terapêutica das doenças mais frequentes, para fins 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 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, com recursos a serem providos, entre outros por tributação específica sobre "royalties" ou taxas de assistência técnica, pagos ao exterior, pelas empresas desse setor industrial;

VII - Proceder estudos, em colaboração com os Ministérios competentes, visando a reforma do Código de Propriedade Industrial e a revisão da posição do Brasil em face da convenção de Paris de 1883, a qual aderiu em 6 de setembro 1939. e propôr outras medidas, a fim de possibilitar a produção no 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 rexaminando 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, organização de mostras e exposições, assim como

todos os demias aspectos relacionados com o desenvolvimento da indústria químico-farmacêutica;

XII - Proceder , a curto prazo, o levantamento das necessidades dos laboratórios estatasis, 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 acclerar 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 intruções e que forem baixadas pelo GEIFAR.

3.0.0.0. **Apreciação geral do Problema**

3.1.0.0. **Considerações Gerais**

A situação sanitária da população brasileira exposta no item 2.0.0.0., de maneira tanto quanto possível detalhada, dentro dos limites impostos pelas disponibilidade de informações, ressente-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 súmula 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.

3.2.0.0. **Os dados estatísticos**

Os Serviços de Estatísticas existentes na estrutura de cúpula do Ministério da Saúde foram criados e mantidos, prevalencendo à idéia, em tese certa, de que caberia às Unidade da Federação, não só coletar e apurar os dados

biostatísticos para uso próprio, como também remeter para os órgãos federais aqueles que fossem imprescindíveis para a organização de uma estatística de âmbito nacional.

Acontece, entre tanto, 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 a totalidade das suas respectivas áreas. Da maioria 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 aos sanitaristas os elementos de que carecem 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 dispôr, senão 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 limitação 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 benefícios 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 Biostatística e do Serviço de Estatística de 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 serviço antes dispersos na estrutura administrativa. Representará, acima de

tudo, uma mudança radical na filosofia do trabalho que de a estática tornar-se-á dinâmica, promovendo a coleta de dados ao invés de aguardadas 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 restruturação prevista no Ante-projeto de Lei da Reforma Administrativa, atende parcialmente a este esquema.

No que se refere ao Programa de Trabalho propriamente dito, e incluída sob este 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 de dados bioestatísticos que lhes dizem respeito.

Esse programa envolve em particular, a revisão da legislação sobre o registro civil atualmento em vigor, o que já foi feito. Envolve também a organização de um sistema adequado de apuração e análise dos dados coletados, tanto a nível das Unidades da Federação, quanto a 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 através de 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 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 naqueles que por apresentarem-no deficentes 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 as correlações entre saúde e desenvolvimento econômico, torna-se necessário voltar a estes aspectos, visando primacialmente 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 a 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 Brasil, os quais em 1960, baixam a 13,5 por 1.000 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 mantêm-se ainda em nível elevado.

Além disso, análise dos mesmos coeficientes em relação as diversas regiões fisiográficas (Tabela XLI), 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 - indício de acentuada melhoria nas condições gerais de saúde de suas populações, beneficadas pelo surto de progresso por que vem passando a região.

Os Gráficos nº 8 a 16 mostram a evolução dos coeficientes de mortalidade em algumas capitais brasileiras, durante o período de 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 pelo exame da Tabela XXXIX. Ainda aqui o país está representado apenas pelos dados referentes as 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 1.000 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 infante. Não deve ser esquecido todavia, que a reconhecida evasão do registro civil de nascimentos ainda não convenientemente coibida no Brasil, concorre para o aumento aparente desses índices, com um percentual em torno de 20%.

Na apreciação das cifras relativas a Região Norte (122,7) deve ser levado em consideração que as mesmas referem-se apenas aos municípios de Belém e Manaus, circunstância que implica na aparência de melhores níveis que os referidos para a Região Leste (140,9).

Os Gráficos nº 17 a 25 registram a curva referente aos coeficientes de mortalidade infantil em algumas capitais brasileiras no período de 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, 25,2,61,1,49,1, por 1.000 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, Aracajú, Florianópolis e Goiânia apresentam percentuais que variam de 22,8 a 46,8, o que significa quase metade do total de óbitos sem precisa definição da "causa mortis".

Sabendo-se que os altos valores dos coeficientes de mortalidade por doenças transmissíveis traduzem precário padrão de saúde, conforme já foi dito, 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 causa ainda presentes em extensas áreas do país (Tabela XLII).

O exame daqueles dados evidencia à 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, enquantos que em Belém, São Luiz, Teresina, Natal, Recife e Maceió o mesmo coeficiente está sempre acima de 100 por 100.000 habitantes.

Mas uma vez constata-se a realidade da correlação entre níveis de saúde e desenvolvimento.

3.4.0.0 - **Conclusões:**

Do que fica exposto, ressalta a melhoria sensível, em relação a situações pregressas, 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 otimisno 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 desenvoivimento 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 - Focos 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 as 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 MÉDIOS DE MORTALIDADE GERAL (POR 1.000 HAB.)
NO BRASIL

1930 - 1940 - 1950 - 1960

ANOS	COEFICIENTES
1930	20,3
1940	23,6
1950	18,0
1960	13,5

Fonte: S.F.Be.

TABELA XXXIX

COEFICIENTES MÉDIOS DE MORTALIDADE INFANTIL
(POR 1.000 NASCIDOS VIVOS) NO BRASIL

1941 - 1950 - 1960

ANOS	COEFICIENTES
1941	252,1
1950	181,0
1960	162,5

Fonte: S.F.Be.

TABELA XXXIX - A

COEFICIENTES GERAIS DE MORTALIDADE INFANTIL (POR 1.000 NASCIDOS VIVOS) NAS CAPITAIS BRASILEIRAS

1941 - 1950 - 1960

CAPITAIS	COEFICIENTES		
	1940	1950	1960
Manaus	302,9	171,1	102,5
Belém	189,6	104,7	142,9
S. Luís	230,8	165,8	145,9
Teresina	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
Maceió	355,4	225,1	225,9
Aracajú	243,5	221,5	343,0
Salvador	249,8	220,6	145,9
B. 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	128,8
Cuiabá	282,7	152,7	93,1 (xx)
Goiânia	278,8	118,2	111,0 (x)
Brasília (2)	—	—	—

(1) Distrito Federal até 21/04/1960
(2) Existência em 21/04/1960
(x) Dados estimados
(xx) Dados de 1959
Fonte: Serviço Federal de Bioestatística

TABELA XL

COEFICIENTES MÉDIOS DE MORTALIDADE INFANTIL (POR 1.000 NASCIMENTOS VIVOS) POR REGIÕES FISIOGRÁFICAS, NO BRASIL

1941 - 1950 - 1960

Regiões Fisiográficas	COEFICIENTES		
	1941	1950	1960
Norte	246,2	137,9	122,7 (x)
Nordeste	317,0	270,1	229,2
Leste	204,6	150,5	140,9
Sul	198,3	115,4	99,7
Centro-Oeste	280,7	135,4	103,5

(x) Dados referentes a Belém e Manaus

Fonte: S.F.Be.

TABELA XLI

COEFICIENTES MÉDIOS DE MORTALIDADE GERAL (POR 1.000 HAB.) POR REGIÕES FISIOGRÁFICAS, NO BRASIL

1940 - 1950 - 1960

Regiões Fisiográficas	COEFICIENTES		
	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.Be.

TABELA XLII

COEFICIENTES DE MORTALIDADE (POR 1.000 HAB.) POR TODAS AS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS, EXCLUINDO TUBERCULOSE, NAS CAPITAIS BRASILEIRAS

1930 - 1940 - 1950 - 1960

CAPITAIS	COEFICIENTES			
	1930	1940	1950	1960
Manaus	620,0	605,6	302,9	—
Belém	—	710,6	281,1	104,3
S. Luís	121,9	385,3	196,1	106,5
Teresina	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	—	529,0	236,2	—
Recife	406,0	519,0	405,6	181,1
Maceió	—	724,9	363,7	210,8
Aracajú	266,3	201,0	116,2	26,1
Salvador	349,2	408,3	179,5	112,2
B. Horizonte	230,7	259,3	112,8	—
Vitória	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	42,1
Goiânia (2)	—	991,7	220,7	—
Brasília (3)	—	—	—	—
Cuiabá	—	420,5	181,1	—

(1) Distrito Federal até 21/04/60
(2) Inexistente em 1930
(3) Existência em 21/04/1960

Fonte: Serviço Federal de Bioestatística

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) Lacoste, Y. - "OS PAÍSES SUBDESENVOLVIDOS" - Difusão Européia 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. - "ÓBICES PARA A SOLUÇÃO DOS PROBLEMAS MÉDICO-SANITÁRIOS EM ÁREAS DE SUBDESENVOLVIMENTO" - Arquivos de Higiene e Saúde Pública - Vol. XXVIII, nº 96 - 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. - "DEMOGRÁFICA ECONÔMICA - Livraria Progresso Editora - Bahia.

(15) Scorzelli, 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. - "ALTAS EM HOSPITAIS DESTINADOS AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE" - Revista do S.N.T. - Vol. VII, nº 25 - 1963.

(19) Castelo Branco, F.G. - "CONTROLE 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 Procienx - São Paulo - 1963.

(23) Pellon e Teixeira - Cit. por Luis 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 16 - Abril, 1963.

(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 A INFÂNCIA - Jornal de Pediatria - nº 4/8 - 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.

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

9 a 15 de desembro de 1963

TEMA 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 18º: "Cada Estado se regerá pela Constituição e pelas leis que adotar, observados os princípios estabelecidos nesta Constituição". Por sua vez o Artigo 28º, alínea b, ítem II, assegurou a organização dos seviços 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, consequentemente, na ditadura financeira e administrativa da União com desconhecimento tácito da organização municipal. É 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 incovenientes, a Emenda Constitucional nº5 alterou os parágrafos 4 e 5 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 distribuição 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 395 de 18/7/1948). Sendo o Estado a unidade federativa da União, nos termos da Constituição Federal, mais razoável e 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 e 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 1 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 sua campanhas contra as doenças pestilenciais no Rio de Janeiro, limitaram-se a 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 dos 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 ação executiva direta e muitas vezes intempestiva.

O advento da "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 da "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 doenças mentais, os já superados centros de tratamento rápido de doenças venéreas e várias outras instituições foram sendo gradativamente passados a 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 a 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 à 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 distribuidos, 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 e 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 consequências negativas para as outras, que seriam forçadas a aguardar melhores oportunidades, se aceitassemos, 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 conscenciosa e honesta dos recursos que nos são outorgados dentro da técnica, e ajustando à qualidade e a quantidade dos serviços a ministrar numa área o 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 adquirí-la e mantê-la, e imprescindível, todavia, que não se exagere essa preliminar, indiscutivelmente correta. 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 encaminhamennto 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 e o resultado indiscutível da técnica e da organização sanitária brasileiras. Evidencia-se que a existência de uma estrutura adequada foi e continua sendo essencial a 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 bouba 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 criteriosa 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, a 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 fins de caridade ou filantropia.

Os responsáveis pelas repartições estaduais de saúde se limitavam a copiar os organogramas federais, em decalque muitas vezes pouco feliz, ignorando a realidade, não atendendo as 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.

E 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 problema 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 as comunidades rurais, e clara evidência da evolução dos métodos ora adotados, substituindo a política inicial das Campanhas que se limitam aos grandes grupamentos 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 esses 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 a 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 vem 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 13/11/1937, 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 continua 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 instalação 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 podera 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.

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, simultâneamente ao esforço de implantação das indústrias de base e de modernização da agricultura, vem 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 à Organização de Serviços Epidemiológicos e seu Papel no Controle 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 subdesenvolvimento, agravado pelas lutas internas, secas 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".

Aceita a necessidade de inversões para a criação da infra-estrutura sanitária local, o que importa agora e planejar sua ação, através da redistribuição de 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 a consideração da 3ª 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 acordo 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 controle sobre sua utilização;

6)Regulamentar a produção, distribuição e venda de produtos terapêuticos;

7)Estabelecer as normas técnicas gerais a serem cumpridas em 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 a sua análise e;

10) 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 de 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; e

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 as 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 a organização municipal e a criar uma infra-estrutura permanente.

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

9 a 15 de dezembro de 1963

TEMA C

Munipalização 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 no princípio 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 consequentemente desaparecendo do quadro nosológico do país as doenças infecciosas de longa incidência e de grande repercursão 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 eminente. Da mesma forma outras enfermidades de menor importância pelas suas consequências internacionais, porém, nem por isto menos graves no que diz respeito aos sofrimentos que determinavam às nossas populações, também vêm sendo submetidas a uma ação decisiva das autoridades sanitárias e entrando em rápido declínio, tais como malária, tracoma, bouba, poliomielite, bócio, sífilis, gonorréia e febre tifóide.

É, pois, evidente e merecedor de reconhecimento nacional, o esforço, a dedicação e o trabalho daqueles que anonimamente, 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 da maior importância:

a) ainda hoje grande parte da população brasileira não é servida, em caráter permanente, por nenhum serviço de saúde pública que lhe atenda às 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 de nossa zona rural não dispõe do 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 crêndice e ao empirismo.

c) não conhecemos no Brasil quantos morrem, nem quantos nascem por ano. A organização sanitária brasileira trabalha, assim, sem bússula, pois, com absoluta razão, já no início do século, afirmava o nosso ilustre patrono Oswaldo Cruz: "A Estatística Sanitária é a bússula 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 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, nas suas fugas para o nosso País, perseguido pelo exército Junot, 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 inteiramente 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 atividade 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 da situação momentânea. O mais lúcido de todos os administradores da Saúde Pública, do 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 pelo 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 aos municípios, cabendo-lhes, por conseguinte, a organização e administração dos serviços locais do seu interesse. É evidente que, dentre esses, 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 tenham como finalidade quase exclusiva a luta contra as doenças transmissíveis. Este sentido é bastante elucidativa a leitura do livro de Harry S. Mustard - Government in Public Health - que examinam 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 estendendo-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 o 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, como modelo aquele país. É curioso assinalar, e não vai nisto a menor crítica aos eminentes líderes da Saúde Pública na época,

como 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 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. P. 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 todas 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 Municipios 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 todo os Estados - mais estreitos se tornarão os laços que unem as Unidades da Federação, contribuíndo para firmar a indissolubidade 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 no 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. A despeito 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 Unidos e o Federal dão auxílio financeiro e técnico.

Diante destes dados não é difícil concluir que a crição 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 Candido, 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 de Janeiro 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 corresponda orientação administrativa que melhor convenha às suas necessidade e às suas possibilidades.

Os elementos disponíveis, como já foi referido, não deixam dúvidas, entretanto, quanto ao precário funcionamento desta rede de serviços de assitência médico-sanitária dos Estados. Prova disto, dentro de numerosos outros elementos, a atuação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública. Desde que iniciou suas atividades, a FSESP 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 Nacional.

O QUE SE PRETENDE COM MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICO-SANITÁRIOS

A municipalização dos serviços médico-sanitário 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 acentuada da política. Todos esses argumentos já têm sido largamente debatidos e não convencem de modo a invalidar a proposição, sobretudo pelas seguintes raízes:

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 rúbrica 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 discordam, certamente, apresentarão argumentos que, na aparência, são decisivos no combate à tese:

1 - A impontualidade 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, como se disse, é 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 prende, 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 consequente redução da cota, a verdade 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.

Quanto à incapacidade técnica-administrativa, também não nos parece argumento definitivo. Não há dúvida que existem muitos municípios brasileiros que apresentam precárias condições administrativas; não há que ser, porém, negando o direito de administrar os serviços do 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 que quem trabalha comete erros, nos dá a FSESP, que sendo uma organização que sempre contou com os 73 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 da FSESP 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 nossa 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, entretando, não se dá, pois a experiência obtida numa época em que quase nada se sabia, de muito nos servir para a escolha do 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

este 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 se 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-se 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.

Relativamente à influência política, convem não esquecermos que a política uma constante em todos os níveis da administação 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, no 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 furtarão de auxiliar àqueles que tomem à sua conta estes encargos, ou que os criem onde os Estados ainda não puderam 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 frequentemente nas condições atuais, quando os Postos de Saúde do Estado localizados nas cidades, sedes municipais, dão uma cobertura muito reduzida aos habitantes das vila, 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 a 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 da 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, ser 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 endemia 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 e 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 a dar o alarme toda vez que anormalidades sanitárias ocorram na região;

d) prestação dos primeiros socorros de assitência 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 de 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 da Saúde acredita que mantendo os municípios os serviços convenientemente distribuídos e com os recursos terapêuticos que lhes serão fornecidos, muitos desses problemas poderão ter soluções satisfatórias.

O pessoal do serviço médico-sanitário dos Municípios que será devidamente preparado para prestar os primeiros socorros, poderá resolver a maioria dos casos, e tomar as providências necessárias encaminhando para centros mais adiantados aqueles à que apresentarem 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 dispor de melhores informações a respeito do movimento demográfico nacional. A situação atual por todos os títulos, lamentável. Em largas regiões do país, em virtude da falta de controle dos cemitérios, se desconhece 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 indispensável 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 , na verdade, é o único elemento real de fora.

O sentido efetivo de instalação de uma rede básica de serviços de Saúde Pública, à 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 continuadamente 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, auxílio para a construção de prédios para alojar repatições sanitárias, e pequenos recursos para a sua manutenção. Os problemas de saúde local são, de acordo com o artigo 28 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?

A observação do que vem ocorrendo, as informações esparsas disponíveis, levam entretanto, a uma resposta negativa.

Com raras exceções, as redes 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 atendidos.

Não será exageiro afirmar que os Municípios das capitais absorvem a maior parte dos recursos totais destinados às atividades sanitárias, observando-se, como uma constância, que os Municípios muitas vezes em maior número, por suas condições de terem menores rendas, nada recebem. Desta forma constata-se que a filosofia em que hoje se baseia a imposição tributária, 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 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 fora de 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 fora 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, um verdadeiro contrasenso. As populações locais 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 mostrar 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 e 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 de vista administrativo, o único incoveniente da estadualização ou federalização dos serviços sanitários. Outro de não menor importância é o de permanência dos funcionários. De um modo geral os funcionários federais têm a tendência para vir 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 documentação a respeito das condições sanitárias do interior do Brasil. Os médicos da Saúde Pública têm uma curta permanência média no interior, não 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 irrespondível 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 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 aperceberem desde logo da situação e ficaram em estado de perplexidade e, consequentemente, 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 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 como 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 capita trouxe as seguintes consequências:

I - Possibilidade da produção atender 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 dispor 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 da economia brasileira e das condições econômico-sociais de sua população determinaram, como era natural, um extraordinário aumento da demanda de serviços médicos e, consequentemente, 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 deficiência 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 assim é 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 se podem ser aceitos, pois, assim, o que se deveria fazer era propor 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 é ajudar os municípios a superá-las.

Por outro lado, ninguém tem o poder de, do dia para 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 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 estatística vital - controle dos cemitérios.

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, 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 dos mais o Ministério da Saúde não pretende que se multipliquem unidades médico-sanitárias idênticas para todo o território nacional, muito pelo contrário, o que parece mais conveniente é a diversificação dos sistemas, de modo que diversas maneiras de enfrentar os problemas sejam aplicados, 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.

Esta orientação geral, não significará o abandono das organizações médico-sanitárias municipais à sua própria sorte, nem deixar 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 ao 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 metrópoles, 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.

Toma 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 da 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, liberarão parte do 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.

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

TEMA D

FIXAÇÃO DE UM PLANO NACIONAL DE SAÚDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Relatório Oficial apresentado a
3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Introdução

Ao oficializar a inclusão do Plano Nacional de Saúde, no temário da 3ª 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 a 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 prescreve 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 assistênciais, 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 e estabelecer uma hierarquia de prioridades que permita atender, a médio e longo prazo, ao pressuposto do crescimento econômico, sem descurar os infortúnios que, a curto prazo, a doença acarreta aos agrupamentos mais expostos aos seus riscos.

PRÉ-REQUISITOS 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 advém de várias origens e redunda, 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 de 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 repercursões 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, representam 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, atentar-se-á para a complexidade dos dados que se exigem no planejamento.

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

A tentativa de estabelecer uma analogia com o que ocorre na mensuração dos fenômenos econômicos cria uma indisfarçável 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 empecilhos 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 outra grave escolha. 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 caso fossem devidamente satisfeitas as indagações contidas nos mesmos. Sucede, todavia, que as entidades informantes não estão aparelhadas para atender aos quesitos formulados e, deste 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 relevo, 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 acordo 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 todas estas vicissitudes e ordenar as medidas que visam a implantação de um sistema de planejamento, no âmbito da administração federal, foi instituída, pelo Decreto nº 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 naional, providência em estudo nos círculos governamentais, abrirá a possibilidade de se consolidar e ampliar a experiência iniciada e possibilitará 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, pode 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 acordo com a demanda real dos programas;

g) fortalecimento da indústria farmacêutica estatal para atender a ampliação da assistência medicamentosa e;

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 da meta que se pretende lograr a curto prazo, dentro dos setores de atividades em que se desdobra o trabalho dos diversos órgãos do Ministério.

PLANO DE METAS DE SAÚDE

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

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 impôs-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 a fixação de metas dentro do presuposto de que as atividades atuais se desenvolverão em 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 desajustamentos. 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 rendimentos 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 planejamento estabeleceu alguns critérios para a 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 simultâneo planejamento de três metas, subordinadas aos três critérios citados,deixando-se as unidades administrativas o empenho de atingi-las, conforme as condições específicas do trabalho executivo e sob os estímulos salutares de uma emulação, que se poderia fomentar com a variação das metas.

Outros critérios, que poderão ser introduzidos no estabelecimento das metas, dizem respeito as características econômicas dos projetos. Deste modo, se poderia estabelecer uma taxa mínima de investimento, que corresponda ao crescimento demográfico e uma taxa mínima, que atenda a 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 este 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 técnica-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 apoio 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. Este foi o objetivo fundamental da apresentação deste plano de metas de saúde, reconhecidamente inquinado das deficiências assinaladas. A discussão ampla que ele suscitará deverá contribuir para enriquecê-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 selecionadas 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 cambiantes, a melhoria do estado sanitário, 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 coeficientes 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 de mortalidade em torno deste ano, mediante cálculo das tábuas de sobrevivência. É de presumir que tenha havido um apreciável 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 possivel 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 de 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 fatorés 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 da 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 aquelas 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, respondem, ainda, por 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 de 1960, havendo áreas do nordeste onde esta percentagem é ainda mais elevada.

Uma estimativa grosseira permite prever a mortalidade infantil, no Brasil, no ano de 1960, em redor de 130 a 135 por 1.000 nascidos vivos, havendo dados fidedignos que são para o Estado de São Paulo uma taxa de 77/1.000 neste 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 consequente 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 de1950, 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 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 pressupor que, tendo havido no período 50/60 uma queda da mortalidade, idêntica aquela verificada na década anterior, senão 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 a mortalidade geral e a 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, e 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 prédeterminar 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 Sinopse 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 em 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, indistintamene, 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 vem sendo adotadas, na luta contra cada uma dessas enfermidades, permitirá ajuizar o notável esforço que o Ministério da Saúde realiza, com objetivo de dar cumprimento ao dispositivo constitucional e corresponder ao imperativo humano e patriótico de preservar os contingentes expostos aos infortúnios destas doenças.

FILARIOSE

Identificada em 14 localidades de 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 a 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 eliminas os focos secundários, dos quais, Florianópolis e Castro Alves, na Bahia, apresentavam 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, extendendo-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 débeis, abaixo de 1%. Nas sucessivas revisões realizadas, comprovou-se o seu progressivo declínio, não significando mais problemas 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 periodo de 1964/65.

BRUCELOSE

O combate a esta zoonose exige controle da brucelose animal e medidas preventivas complememtares que objetivam 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 soro-aglutinação, com positividade de 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 soro-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 mantém intercâmbio com países ainda infestados. A modalidade silvestre da febre amarela, transmitida por mosquitos que tem 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 antiamarílica confere proteção as pessoas vacinadas, constituindo a parte principal do esforço desenvolvido contra esta epidemia pelo Ministério da Saúde, completado com inspeções em prédios para vigilância contra a reintrodução do vetor da febre amarela urbana e visceretomia 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 as zonas de pecuária da região sul, principalmente aquela que é contigua ao Uruguai. Trata-se de uma zoonose, cuja profilaxia se realiza com a fiscalização sanitária dos matadouros, tratamento dos cães portadores de parasitas e a identificação 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 preve 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 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 relevaram 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 1953 a 1962, dos quais 211 foram registrados no quinquênio 1958 a 1962. Incluída entre as doenças quarentenárias, a peste exije medidas de profilaxia na zona endêmica e também vigilância nos centros de transportes. 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 antipestosa e 4.102.308 despulizações com 8.139.411 aplicações de cianogas 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 decorrentes 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 ancilostomos. As diversas medidas propostas para o combate a esta endemia, com aplicação extensiva de antihelmínticos, programa de saneamento visando a eliminação de dejetos, a disseminação do uso de calçados, a correção da anemia que lhe é habitualmente associada, esbarram em dificuldades diversas, dadas às peculiares condições que enfretem a prevalência da parasitose entre os

grupos da população mais atingidas 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 de 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 a 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 à evitar o contacto com águas poluídas de parte da população indene. O programa de saneamento básico, que DNERu empreende, está incluido 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 epectativa, impondo o emprego 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 endêmicas do País.

No ano de 1961, procedeu o Ministério da Saúde a unificação do comando da campanha de erradicação fixando duas etapas, uma de emergência, que marca a gradativa expansão do combate a 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 acentuado no orçamento de despesa da campanha e 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 dotação 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 inseticidas 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 cepa de plasmodium falcifarum resistentes a 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 da escassez de fundos e da necessidade de apelar para métodos suplementares, impostos pelas peculiaridades ecológicas, decidiu o Ministério da Saúde constituir um Grupo Técnico que procederá a uma avaliação do trabalho até aqui realizado e sugerirá modificações na campanha, inclusive para torná-la factível com o emprego exclusivo de recursos nacionais, em face das dificuldades que vem sendo crescentemente opostas a doação de ajuda exterior.

LEPRA

Enfermidade de evolução crônica, a lepra encontra no homem o seu reservatório e vem sendo combatida através de medidas racionais, tanto de sentido preventivo, como aquelas outras visando ao controle de pacientes, de contactos e do meio ambiente imediato. Entre as providências que o Ministério da Saúde desenvolve no particular, citam-se: a integração com as unidades sanitárias, a análise da situação epidemiológica, com verificação dos métodos profiláticos que objetivam avaliar a eficiência das medidas técnico-administrativas em vigor; o emprego da ação dispensarial nos grandes focos; a intensificação das pesquisas em torno da terapêutica da doença, a ampliação da assistência proporcionada às instituições públicas e privadas que se dedicam ao problema e a campanha de tratamento extensivo. A previsão do plano de metas estabelece a continuidade deste esforço, suplementado pela inflexível decisão de obter o máximo de rendimento para os recursos que vem sendo encaminhados ao combate a 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 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 especializado do Ministério da Saúde. O incentivo da ação dispensarial, a cooperação com as instituições públicas e particulares, a ação hospitalar conjugada com o esforço dispensarial, o adestramento de pessoal especializado nas técnicas de diagnóstico, tratamento e quimioprofilaxia de tuberculose e 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 abreugrafias 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 de vacinações pelo BCG e 2.000.000 de abreugrafias.

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 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 planificado para estender a vacinação a um mínimo de 80% 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 DOENÇAS TRANSMISSIVEIS

O combate às febres tifoídes, 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 entretem a sua prevalência, a indagação sobre os problemas epidemiológicos associados, o estudo da sua profilaxia e tratamento, a consideração dos aspectos administrativos, objetivando coordenar, fiscalizar, orientar e assistir às entidades governamentais e às 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 antitífica, 800.000 doses de bacteriostáticos e antibióticos e 63.870 doses de vacina tríplice contra a coqueluche, prevendo o plano de metas os seguintes acréscimos, para o período 1964/65: vacina antitífica 8.000.000; antibióticos e bacteriostáticos 2.000.000; vacina tríplice 200.000.

DOENÇAS NÃO TRANSMÍSSIVEIS

Este capítulo engloba diferentes enfermidades que mobilizam o

esforço do Ministério da Saúde, absorvendo largas parcelas do seu orçamento de despesas. 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 distribuídos 423.000 toneladas de sal iodatado, 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 manisfestações 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 instalações 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 à 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 a 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 palo 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, prevê-se o atendimento anual de 200.000 pessoas nos ambulatórios e 40.000 doentes hospitalizados.

A assistência dos doentes cardio-vasculares e aqueles 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 a diferentes atividades de estímulo, orientação e cooperação as iniciativas públicas e privadas que objetivam protejer 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 a manutenção de clubes de mães, a realização de estudos médico-sociais sobre a maternidade e a infância, a assistência à família, com o estímulo à colocação familiar, a recreação infantil e sadia orientação da juventude, a alimentação de gestantes, nutrizes e pré-escolares, visando a conceder, a estes grupos vulneráveis da população, suplementos alimentares, particularmente a parcela proteica da dieta e a correção dos déficits de vitaminas, o combate a mortalidade materna com a melhoria da assistência prestada 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, nutrizes e pré-escolares. Foram distribuídos 6.734.488 quilos de leite em pó e 34.938.000 cápsulas de vitaminas A-D. Com a vigência do programa "Alimentos para a Paz", prevê-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 distribuidas - 33.750; clubes de mães mantidos - 763 (sendo 130 instalados em 1962).

O preparo de pessoal mereceu igual interresse em 1962, tendo sido aprovados, nos 28 cursos de adestramento e especialização que o DNCr realiza, cerca de 417 pessoas, figurando entre estes 137 bolsistas. No Instituto Fernandes Figueira, foram realizados 15 cursos patrocinados pelon 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 vacinadas, 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 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 contemplados 637, com 7.748 leitos. Os auxílios destinados às instiutições que cooperam com a Campanha de Proteção à Maternidade e à Infância beneficiaram 1.060 entidades em 1961 e 2.146 em 1962.

O Instituto Fernando 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 laboratórios, 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 refeitos ítens das atividades do DNCr possibilita entrevêr a complexidade das suas atribuições e o vasto esforço que desenvolve para lhes dar cumprimento. O plano de metas ter 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 nòs tópicos diversos em que se desdobra 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 esgotos, que vêm sendo executados por sete agências da adminstração federal. O Ministério da Saúde está contemplando com a parcela insignificante de 4% nos dispêndios que o orçamento de 1963 consigna a execução de projetos de abastecimentos d'água. O quadro das metas inclui, apenas, os serviços a cargo do DNERu tanto no que se refere aos sistemas de abastecimentos d'água, como a 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 as vastas áreas do nosso território, tornam imperiosa a necessidade de uma coodenação 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 a conceituação do tema. A identificação dos serviços de abastecimento d'água como empresa, 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 entender a dimensão dos recursos efetivamente disponíveis bem como a capacidade de utilização econômica por parte da população beneficiada. Estes 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 DNERu e a FSESP. No ano corrente, o DNERu construirá 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 construirem 30.000 fossas em cada ano do próximo biênio. A FSESP iniciou em 1963 a construção de 80 serviços de abastecimento d'água e deu prosseguimento a 45 outros, sendo também construido 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 adestramento de pessoal técnico, o aperfeiçoamento e a especialização de profissionais que se dedicam ao trabalho sanitário, representam tópico de relêvo no programa executado pelo Ministério da Saúde. A Escola Nacional de Saúde Pública mantêm diferentes cursos para médicos e outras categorias de técnicos exigidos pelo trabalho sanitário. A política que o Ministério pretende desenvolver, neste particular, pressupõe um alargamento da colaboração com as instituições universitárias e de educação básica, que se destinam especificamente à preparação dos técnicos necessários a administração

de saúde. A revisão dos currículos, com o objetivo de ajustar 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 apoio 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 nível médio, 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 realização dos seus diversos cursos para médicos sanitaristas 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.

PESQUISAS

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 a política de pesquisa uma fundamentação adequada, que permita o aproveitamento dos nossos escassos recursos na investigação dos problemas de saúde peculiares as áreas geográficas brasileiras, 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 frustações. Neste sentido, muito deve ser esperado do Instituto Nacional de Saúde, órgão a ser criado na projetada reestruturação do Ministério.

O Ministério da Saúde mantem 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 Osvaldo Cruz

realiza, no ano corrente, 9 cursos visando a 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 Doença 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, representarem aspectos 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 administrativa o programa de distribuição de leite desengordurado, fornecido pelos Alimentos para a Paz, que projetou distribuir 15.000 toneladas de leite em pó de Pelotas, que 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 Metas a elevação 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 determinismo do desenvolvimento econômico.

ASSISTÊNCIA-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 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 ser executado depois de processado o levantamento em curso visando disponibilidade das informações indispensáveis 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 a base em diferentes critérios, que se alteram 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, 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 indicar as medidas necessárias à intesificação do programa. O conveniente aparelhamento da máquina administrativa visando a incrementar a eficiência operacional, e contínua preparação do pessoal reclamado pela 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 indene 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 consequente cortejo de ignorância, desnutrição, desamparo assistencial e promiscuidade, ser ilusório obterem-se resultados seguros e definitivos na luta contra a esquitossomose. 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 d'água não poluída. Sucede, todavia, que o Ministério da Saúde não executa 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 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 inseticida de ação residual, necessários às campanhas profiláticas em desenvolvimento no País, de acordo com os projetos aprovados pelo GEIFAR.

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 guiza de amostragem a fim de se examinarem detidamente os complexos problemas suscitados pela municipalização e buscar-se solução adequada às peculiaridades locais, objetivo básico entrevisto no programa. No ano de 1964, pretende o Ministério implantar 150 unidades-piloto e, em 1965, mais 450, de molde a dispôr-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 afetos ao serviço de saúde dos portos, empreende o Ministério da Saúde um trabalho profícuo e tenaz que no se 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 ao planejada.

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

TEMA A

RELATÓRIO

A Comissão Técnica incumbida do estudo do Tema A "Situação sanitária da população brasileira. Apreciação geral do problema." recebeu para exame os trabalhos relacionados a seguir:

1- Situação sanitária do Estado do Pará - Secretaria de Saúde do Estado do Pará;

2- Consideração sobre o obituário geral no Estado da Paraíba - Departamento de Saúde da S.S.A.S. do Estado da Paraíba;

3- Nutrição em Saúde Pública - Professor Nelson Chaves - Faculdade de Medicina da Universidade do Recife;

4- Situação sanitária no Estado de Alagoas - Secretaria dos Negócios de Saúde e Assistência Social do Estado de Alagoas;

5- Contribuição à 3ª Conferência Nacional de Saúde - Diretoria Geral de Saúde Pública no Estado do Sergipe;

6- Situação sanitária da população fluminense - Apreciação geral do problema - Secretaria de Saúde e Assistência do Estado do Rio de Janeiro;

7- Saúde Pública no Rio Grande do Sul - Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul;

8- A Saúde Pública no Estado do Ceará - Secretaria de Saúde do Estado do Ceará;

9- Situação sanitária da população brasileira - Apreciação geral do problema - Relatório Oficial do Ministério da Saúde.

Examinados os trabalhos e ouvidos os debates pertinentes, a Comissão Técnica, considerando:

Que a atual situação sanitária da população brasileira ainda não apresenta nível satisfatório, condicionada que está à situação de subdesenvolvimento do país, e caracterizada em linhas gerais por:

1) Quanto aos indicadores do nível de saúde:
a) vida média curta;
b) mortalidade geral, infantil e por doenças transmissíveis elevadas;

2) Quanto ao quadro nosológico:
a) predominância nítida das doenças ditas de massa;
b) persistência de doenças transmissíveis controláveis por recursos imunitórios;
c) focos residuais de pestilências.

3) Quanto ao saneamento do meio:
a) deficiência de serviços de abastecimento de água potável e de remoção adequada dos dejetos para grande parte da população;
b) precárias condições habitacionais em áreas subdesenvolvidas e mesmo em centros urbanos das áreas em desenvolvimento.

4) Quanto alimentação:
a) deficit calórico;
b) déficit de proteínas animais, incidindo, particularmente, nos grupos populacionais de mais baixo poder aquisitivo.

5) Quanto aos recursos médicos-sanitários:
a) insuficiência de pessoal médico e para-médico;
b) carência de serviços de assitência médico-sanitária em grande número de municípios e em populações rurais;
c) baixo rendimento dos recursos hospitalares e serviços de Saúde Pública em geral;
d) dificuldade de utilização por parte da população, de medicamentos necessários à terapêutica das doenças mais frequentes.

RECOMENDA

1) Como medidas gerais:
a) todas as que objetivarem impulsionar o processo de desenvolvimento econômico do país;
b) integrar os programas de Saúde Pública no programa global de desenvolvimento;

c) incentivar os programas de preparo e aperfeiçoamento de pessoal técnico de Saúde Pública, bem como adotar efetivamente uma política de aproveitamento desse pessoal;
d) elaborar um plano de pesquisa aplicada aos problemas de saúde da populacão brasileira, em cuja solução tenham destacada participação seus próprios cientistas, para se atender as peculiaridades que os caracteriza.

2) Como medidas setoriais:
a) intensificar a luta contra as doenças de massa, prevalecentes no país;
b) incentivar ao máximo o emprego dos recursos imunitórios disponíveis;
c) incrementar a implantação dos serviços de saneamento básico;
d) atender às necessidades mínimas de assistência sanitária às populações do interior, promovendo a formação de pessoal auxiliar para o desenpenho de tais atividades;
e) promover a integração das atividades preventivas e curativas nas unidades sanitárias e o melhor aproveitamento da rede hospitalar existente;
f) intensificar a fabricação de produtos profiláticos e terapêuticos pelos órgãos oficiais que operam neste setor e expandir a indústria química-farmacêutica nacional, visando, principalmente, a redução de custos dos medicamentos;
g) atenção especial para os serviços de biocstatística, visando o melhor conhecimento dos dados.

Rio de Janeiro, 12 de dezembro de 1963.

A Comissão Técnica
Presidente - Dr. Isaias Silas
Secretário - Dr. Amynton Bastos
Relator - Dr. Arnoldo Beiró de Miranda
Membros - Dr. Ladislau Sales,
Dr. Akel Nicolau Akel,
Dr. Wilson Lopes de Fontoura,
Dr. Antônio de Melo Arruda,
Dr. Antônio Ferreira de Carvalho,
Dr. Lincoln de Freitas Filho,
Dr. Dagoberto de Miranda Chaves,
Dr. Kestner Sefton Neto .

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

TEMA B

RELATÓRIO

A 2ª Comissão Técnica incumbida do estudo do Tema B "Distribuição e Coordenação das Atividades Médico-Sanitárias nos Níveis Federal, Estadual e Municipal", recebeu, para exame, o Relatório base do tema, além das contribuições do SENAM, das Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, Ceará, e Espírito Santo.

Examinados os trabalhos, a Comissão:

Considerando que não é satisfatório o rendimento das atividades médico-sanitárias nos diferentes níveis administrativos do país, além de ficarem sem qualquer assistência cerca de dois terços da população do país;

Considerando por conseguinte, que é essencial modificar a estrutura sanitária vigente e sua coordenação;

Considerando que a política sanitária deve ser condizente com a realidade brasileira, e que a melhoria do estado sanitário de uma coletividade só poder ser alcançada com 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 a implantação de uma rede sanitária básica não exigirá, obrigatoriamente, a construção e instalação de prédios do 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;

Considerando que a criação e manutenção de uma infra-estrutura sanitária assim concebida importará na inversão de limitados recursos da renda nacional;

Considerando, finalmente, que se impõe delimitar atribuições, definir responsabilidade, e fixar competência na solução dos problemas de Saúde Pública recomenda:

1) À União competirá, sem prejuízo das atribuições fixadas na Constituição Federal:
a) Fixar o Plano-Diretor da Saúde Pública Nacional;
b) Orientar, coordenar e supervisionar a execução do Plano-Diretor, distribuindo os recursos, rigorosamente de acordo com os critérios estabelecidos no mesmo;
c) Preparar e aperfeiçoar pessoal especializado;
d) Realizar estudos e pesquisas aplicadas;
e) Fabricar produtos profiláticos de uso diagnóstico, padronizado e exercendo controle sobre sua utilização;
f) Regulamentar a produção, distribuição e venda de produtos terapêuticos;
g) Estabelecer normas técnicas gerais, a serem cumpridas em todo o território nacional;
h) Manter laboratórios de referência para diagnóstico, bem como fixar os padrões mínimos e normas de controle dos alimentos;
i) Estimular e supervisionar a coleta de dados estatísticos referentes à saúde em todo o território nacional, de acordo com as normas estabelecidas para esse fim e proceder sua análise;
j) Cumprir e fazer cumprir os preceitos sanitários decorrentes de entendimentos internacionais.

2) Aos Estados, além da legislação supletiva que lhes é assegurada na Constituição Federal e sem prejuízo das atribuições fixadas nas respectivas Constituições Estaduais competirá:
a) Fixar o Plano-Diretor da Saúde Pública Estadual, levando em conta os critérios estabelecidos no Plano-Diretor Nacional;
b) Orientar, coordenar e supervisionar as atividades de Saúde Pública incluídas no seu Plano-Diretor;
c) Preparar pessoal de Saúde Pública;
d) Prestar assistência médico-hospitalar, inclusive aos doentes mentais, tuberculosos e leprosos;
e) Manter hospitais e unidades mistas regionais com a colaboração dos governos municipais;
f) Manter, com a colaboração do Governo Federal, órgãos regionais de assistência técnica aos Serviços Municipais de Saúde;
g) Suplementar, técnica e financeiramente, as atividades sanitárias municipais;
h) Manter laboratórios para diagnóstico de interesse sanitário e de controle bromatológico;
i) Exercer fiscalização do exercício profissional e do comércio de drogas, na conformidade da legislação federal pertinente;

j) Coletar de acordo com normas padronizadas, assim como apurar e analisar dados de estatística de saúde.

3- Aos Municípios competirá:
a) Fixar o Programa de Saúde Pública Municipal, levando em conta os critérios estabelecidos nos Planos-Diretores Nacional e Estadual;
b) Organizar e executar os serviços locais de saúde, inclusive a fiscalização de gêneros alimentícios, de acordo com suas possibilidades;
c) Estabelecer, em lei municipal, a obrigatoriedade de participação financeira do município na manutenção das atividades de saúde e saneamento;
d) Operar e manter serviços de abastecimentos d'água, de remoção de dejetos e de lixo, diretamente ou mediante concessões;
e) Colaborar no preparo de pessoal para serviços de saúde;
f) Admitir pessoal, visando a vincular esses servidores à organização municipal e a criar uma infra-estrutura permanente;
g) Coletar de acordo com normas padronizadas, assim como apurar e analisar dados de estatística de saúde.

Rio de Janeiro, 12 de dezembro de 1963.

A Comissão Técnica:
Presidente - Dr. José Ribeiro Quadros
Secretário - Dr. Gilberto Costa Carvalho
Relator - Dr. Bichat de Almeida Rodrigues
Membros - Dr. Aloisio Sanches,
Dr. Ib Gatp,
Dr. Nilson Guimarães,
Dr. Nisomar Azevedo,
Dr. Mário Fitipaldi,
Dr. Walter Silva,
Dr. Fernando Riedy Silva,
Dr. Isnard Teixeira

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

TEMA C

RELATÓRIO

A 3ª Comissão Técnica, incumbida do estudo do Tema C - "Municipalização dos Serviços de Saúde" - examinou o Relatório Oficial do Ministério da Saúde.

Considerando a valiosa contribuição apresentada pela Secretaria de Saúde e Assistência do Estado de Pernambuco;

Considerando a sugestão do Sr. Secretário de Saúde de Estado de Mato Grosso recomendando a criação, em cada Estado, de uma comissão tripartite composta de representantes do Ministério da Saúde e de órgão representativo das Municipalidades;

Considerando a aprovação de princípio da municipalização dos serviços locais de saúde;

Considerando que, em reunião conjunta com a Comissão Técnica do Tema B - "Distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal" - foi aceita a sistematização pela mesma estabelecida, esta Comissão.

RECOMENDA:

1 - 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 defesa da vida de toda a população brasileira;

2 - Que este esforço deve ser iniciado, prioritariamente, nos municípios que ainda não disponham de qualquer medida de defesa da saúde;

3 - Que os Serviços de Saúde a serem implantados nos municípios deverão levar em conta na sua estrutura, as necessidades e possibilidades de cada um;

4 - Que os Serviços de Saúde dos Municípios terão no mínimo as seguintes atividades:
a) medidas elementares de saneamento do meio;
b) fiscalização dos gêneros alimentícios, das habitações e dos estabelecimentos que lidam com a produção e comércio de alimentos;
c) imunização contra as doenças transmissíveis;
d) prestação dos primeiros atendimentos de assistência a doentes;
e) programas de proteção à maternidade e infância;
f) educação sanitária;
g) levantamento dos dados de estatísticas vital.

Rio de Janeiro, 12 de dezembro de 1963.

A Comissão Técnica
Presidente - Dr. Aramys Athaide
Secretário - Dr. Airton Santos
Relator - Dr. Mário Magalhães da Silveira
Membros - Dr. João Ferreira Lima Filho,
Dr. Hermes P. de Alcântara,
Dr. Gilson dos Santos Moreira,
Dr. Serra Castro,
Drª Silvia Hasselmann,
Dr. Pedro Borges,
Dr. Hyde Correa Lima,
Dr. Nelson de Moraes,
Dr. Fausto Magalhães da Silveira,
Dr. Lucilio Urantigaray,
Dr. Celso Arcoverde,
Dr. Adelmo Mendonça e Silva

SUGESTÃO DE LEI MUNICIPAL

Lei Municipal Nº .....

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; e
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 criado o Fundo Municipal de Saúde, intregado 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; e
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.

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

TEMA D

RELATÓRIO

A Comissão Técnica do estudo do Tema D - "Fixação de um Plano Nacional de Saúde" - estudou e discutiu o Relatório Oficial, apresentado pelo Ministério da Saúde e os trabalhos correlatos apresentados pelas Delegações do Paraná, Amazonas, Santa Catarina, Pernambuco, Território do Amapá, Sergipe e Rio Grande do Sul, chegando a formular as seguintes recomendações:

Considerando a necessidade de ordenar e sistematizar o esforço administrativo no campo da saúde programaticamente, de modo a incrementar os níveis de eficiência dos órgãos que desenvolvem atividades neste setor;

Considerando a conveniência de adaptar o aparelhamento médico-sanitário às peculiaridades da estrutura econômico-social vigente;

Considerando a necessidade de integrar a política de saúde no esquema geral de desenvolvimento econômico do país;

Considerando a necessidade de estabelecimento de cooperação permanente entre as administrações sanitárias federais, estaduais e municipais, para-estatais e privadas.

RECOMENDA:

1 - Que se estabeleçam unidades de planejamento de saúde junto aos órgãos centrais de administração federal, estadual e municipal, coordenadas com os órgãos de planejamento global;

2 - Que sejam adotadas medidas visando a aumentar o número de técnicos de planejamento de saúde, mediante realização de cursos de adestramento;

3 - Que sejam assegurados ao setor Saúde os fundos orçamentários necessários à realização dos programas de acordo com o calendário mais conveniente a uma eficiente execução dos mesmos;

4 - Que se intensifiquem os esforços da administração federal no combate às doenças infecciosas e transmissíveis;

5 - Que se conceda a necessária prioridade aos projetos de saneamento básico, buscando-se uma coordenação dos esforços atualmente dispersos das diversas agências governamentais devotadas aos problemas;

6 - Que se confira ao programa de pesquisas a necessária importância na investigação dos problemas peculiares à nosologia brasileira;

7 - Que se empreste o máximo apoio ao problema de formação de pessoal técnico, inclusive com a colaboração das Universidades e órgãos de educação de base e incentivo aos centros de formação de pessoal auxiliar de tipo médio;

8 - Que o programa de nutrição adquira a merecida importância na administração sanitária, tornando-se necessário maior intercâmbio com as organizações dedicadas aos problemas de produção, transporte e distribuição, com o fim de conseguir-se a elevação dos níveis médios de consumo de alimentos;

9 - Que os programas de assistência médica sejam intensificados com um melhor aproveitamento das instalações existentes e a adoção de critérios racionais na administração hospitalar, de modo a assegurar maiores rendimentos;

10 - Que as administrações federais, estaduais e municipais conjuguem esforços no sentido de se proceder urgentemente ao levantamento dos laboratórios públicos, objetivando o seu reaparelhamento com a finalidade de ampliar a produção dos medicamentos necessários ao tratamento das enfermidades de massa e a dos medicamentos usuais;

11 - Que se promova a ampliação ou instalação de indústrias para produção de inseticidas de ação residual necessários às campanhas profiláticas em desenvolvimento no país, assegurando-se às fábricas, caráter estatal, para estatal ou de economia mista;

12 - Que se estudem medidas a serem adotadas no sentido de se criarem os incentivos para que as organizações privadas que se dedicam ao trabalho assistencial coordenem os seus esforços com os estabelecidos nos programas de saúde da União, dos Estados e dos Municípios;

13 - Que a distribuição dos recursos para programas de saúde se conceda prioridade às áreas geográficas onde se realizem programas de desenvolvimento regional, com participação dos órgãos regionais no financiamento de programas;

14 - Que os programas de saúde concedam atenção aos problemas materno-infantis, intensificando medidas que visem a proteção à maternidade, infância e adolescência;

15 - Que o Ministério da Saúde amplie as suas iniciativas na solução de questões sanitárias de interesse inter-estadual;

16 - Que seja assegurada alta prioridade à implantação de uma rede médico-sanitária, de caráter nacional, que atenda, primordialmente, ao combate às doenças de maior prevalência, de acordo com a política de municipalização;

17 - Que se proceda à fluoretação e outras medidas corretivas da água dos sistemas de abastecimento público;

18 - Que sejam executados como programas de ação imediata as metas setoriais incluídas no relatório oficial do Ministério da Saúde a seguir enumeradas:

1 - Malária;
2 - Doença de Chagas;
3 - Turbeculose;
4 - Esquitossomose;
5 - Saneamento básico;
6 - Produção de medicamentos necessários ao combate às enfermidades de massa;
7 - Ampliação ou instalação de indústrias para a produção de insetisidas de ação residual;
8 - Instalação de serviços-pilotos que levem à prática a descentralização das atividades de Saúde Pública.

Rio de Janeiro, 12 de dezembro de 1963.

A Comissão Técnica:
Presidente - Dr. Ernani Agrícola
Secretário - Dr. Celso Francisco Maldonado
Ralator - Dr. Menando Novaes
Membros - Dr. Joaquim Pinto de Arruda,
Dr. Mário de Mendoça Pedrosa,
Dr. Hélio Holdest,
Dr. Simões,
Dr. Raimundo de Brito,
Dr. Décio Cardoso,
Dr. Mário Pinotti,
Dr. Roland Leon Castelo,
Dr. Orestes Dinis,
Dr. Mourão Filho,
Dr. Woodrow Pantoja,
Dr. Anísio Pires de Freitas,
Dr. Alexandre Menezes

RECOMENDAÇÃO APROVADA PELA 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, INSTITUE UM CALENDÁRIO PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE CONSIDERANDO:

A necessidade de se estabelecerem as bases de uma estreita cooperação entre o Ministério da Saúde e as Secretárias de Saúde dos Estados, Territórios e Distritos Federal, com o objetivo de elaborar e executar o Plano Nacional de Saúde.

A 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE RECOMENDA:

1 - Que no decurso do primeiro semestre do ano de 1964 se procedem, no âmbito federal e estadual, aos levantamentos preliminares indispensáveis ao conhecimento das necessidades e dos recursos médico-sanitários da população brasileira;

2 - Que os citados levantamentos sejam realizados em base municipal, de acordo com formulários que cada Estado organizar, contendo as indagações mínimas aqui discriminadas, referentes ao ano de 1963:

a) Serviços de Saúde Pública, estabelecimentos hospitalares, para-hospitalares e outros serviços assistenciais existentes, com indicação dos equipamentos, pessoal em atividade, entidade mantenedora e características gerais de assistência prestada;

b) Número de pessoas atendidas, com discriminação do tipo de serviço recebido;

c) Despesas realizadas, por estabelecimento, com especificação, se possível, dos gastos com alimentação, pessoal, medicamentos, ampliação das instalações, etc. Procedência dos recursos para manutenção da entidade. Dados gerais do balanço de 1963 (saldo ou déficit);

d) Principais enfermidades que prevalecem no local e principais causas do óbito;

e) Situação do registro de nascimentos e óbitos;

f) Total dos impostos arrecadados pelo Município, Estado e União;

3 - Que cada Estado, Território e o Distrito Federal envie um representante para participar do Curso de Planejamento de Saúde que ser realizado, em maio e junho de 1964, no Rio de Janeiro;

4 - Que na segunda quinzena de junho de 1964, no Rio de Janeiro, se reunam os responsáveis pelos levantamentos realizados nos Estados, Territórios e Distrito Federal com o Grupo de Planejamento do Ministério da Saúde, a fim de confrontarem os dados obtidos e assentarem medidas para a realização da segunda etapa da elaboração do Plano, no período de agosto a novembro.

1963

3ª Conferência Nacional de Saúde

Anais

Agosto de 1992

Editoração eletrônica :	Bruno Collaço Marcelo Loyola TYPESET Editoração Ltda.
Criação e produção da capa :	Peême de Alencar Barreira ONZIÁ Comunicação Visual
Foto da capa :	Ricardo Bhering
Referências fotográficas :	Arquivo particular Wilson Fadul Arquivo "O Globo"
Fotolito cor :	Color Traço
Fotolito P/B :	TYPESET Editoração Ltda.
Impressão e encadernação :	Editora Lidador

1963

3ª Conferência Nacional de Saúde

Anais

Após 28 anos (1963 / 1991), no momento em que a Nação discute e define o processo de Municipalização da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói através da Fundação Municipal de Saúde, se sente honrada em participar do "Resgate Histórico dos Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde".

O significado deste documento no processo atual de Municipalização, não deixa dúvidas quanto à recompensa dos esforços desenvolvidos por esta Instituição para a concretização desta obra.

O Município de Niterói tem a certeza de estar nesse momento, não só contribuindo de forma significativa para o processo de Municipalização, como também pra revitalização da Memória Histórica Brasileira.