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.

# APRECIAÇÃO GERAL DO PROBLEMA

## 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 | 130 | 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 | 46 | 37 | 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 | 15,7 | 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 | 119,3 | --- | 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 | 5 | 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 | 59,9 | 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 | 23,3 |
| % 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 | 13 | 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 | 31 | 28 | 19 | 25 |
| % 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 | 0,22 | 1,15 | 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 | 4 |

(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

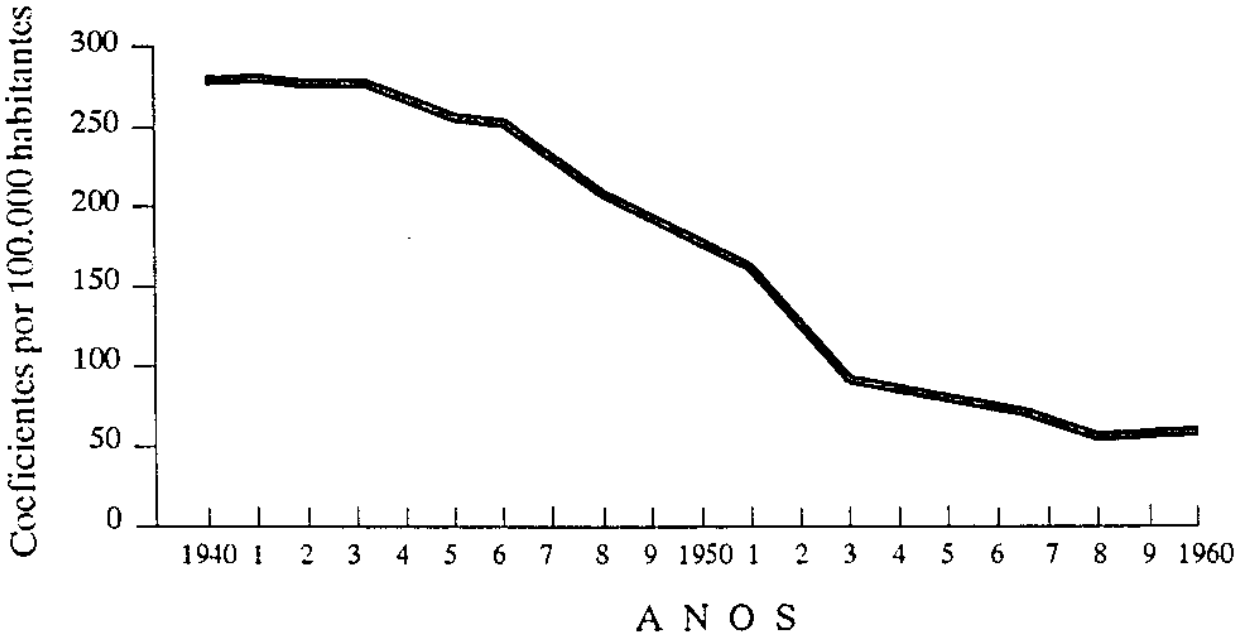
# GRÁFICO Nº 1

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 |

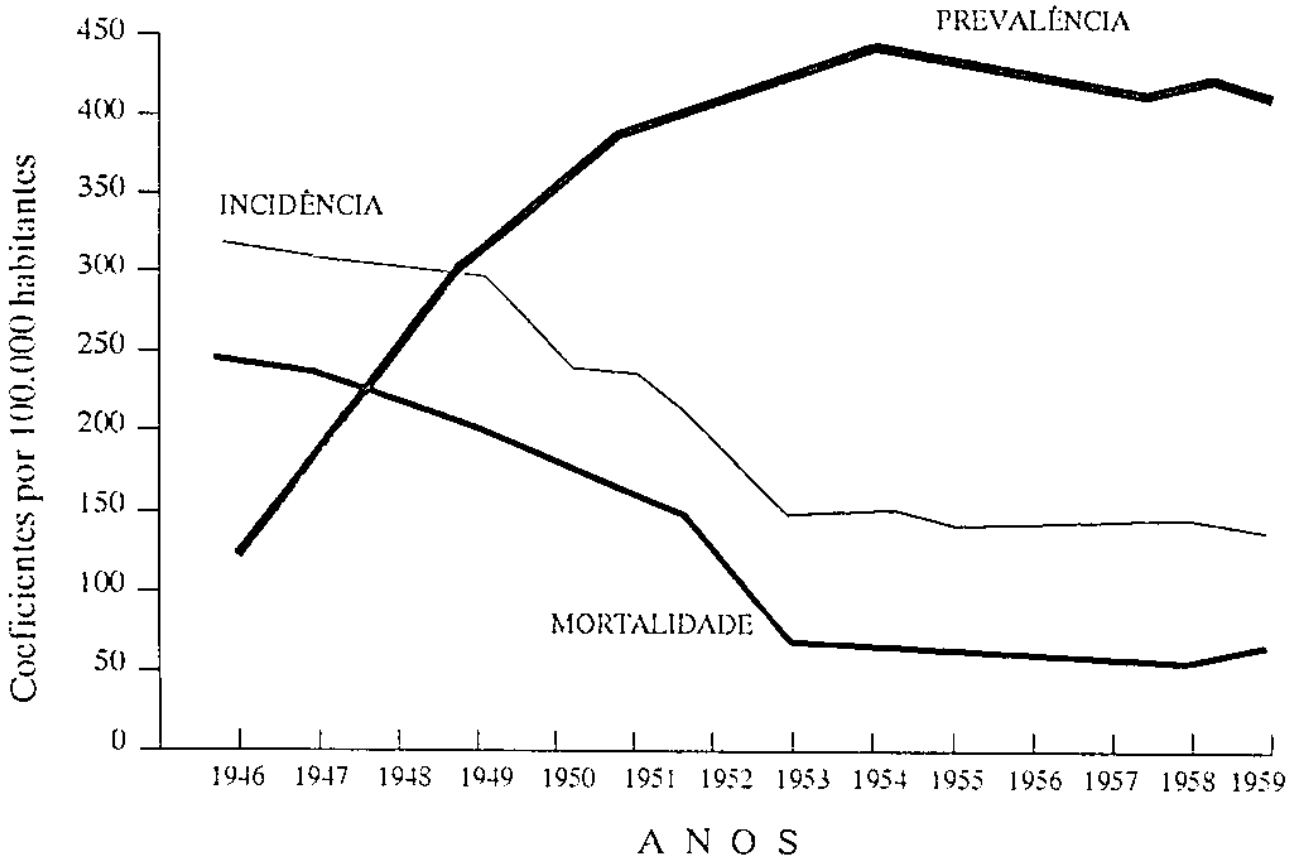
# GRÁFICO Nº 2

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 |

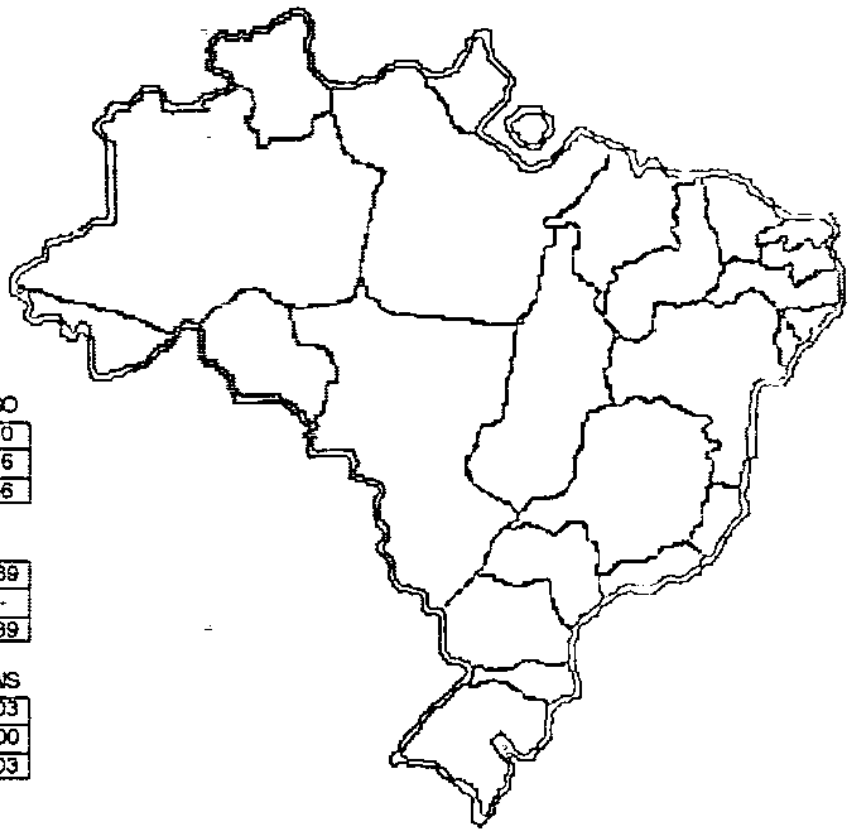
| AMAPÁ | |
|---|---|
| C | 16 |
| I | - |
| T | 16 |

| 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.

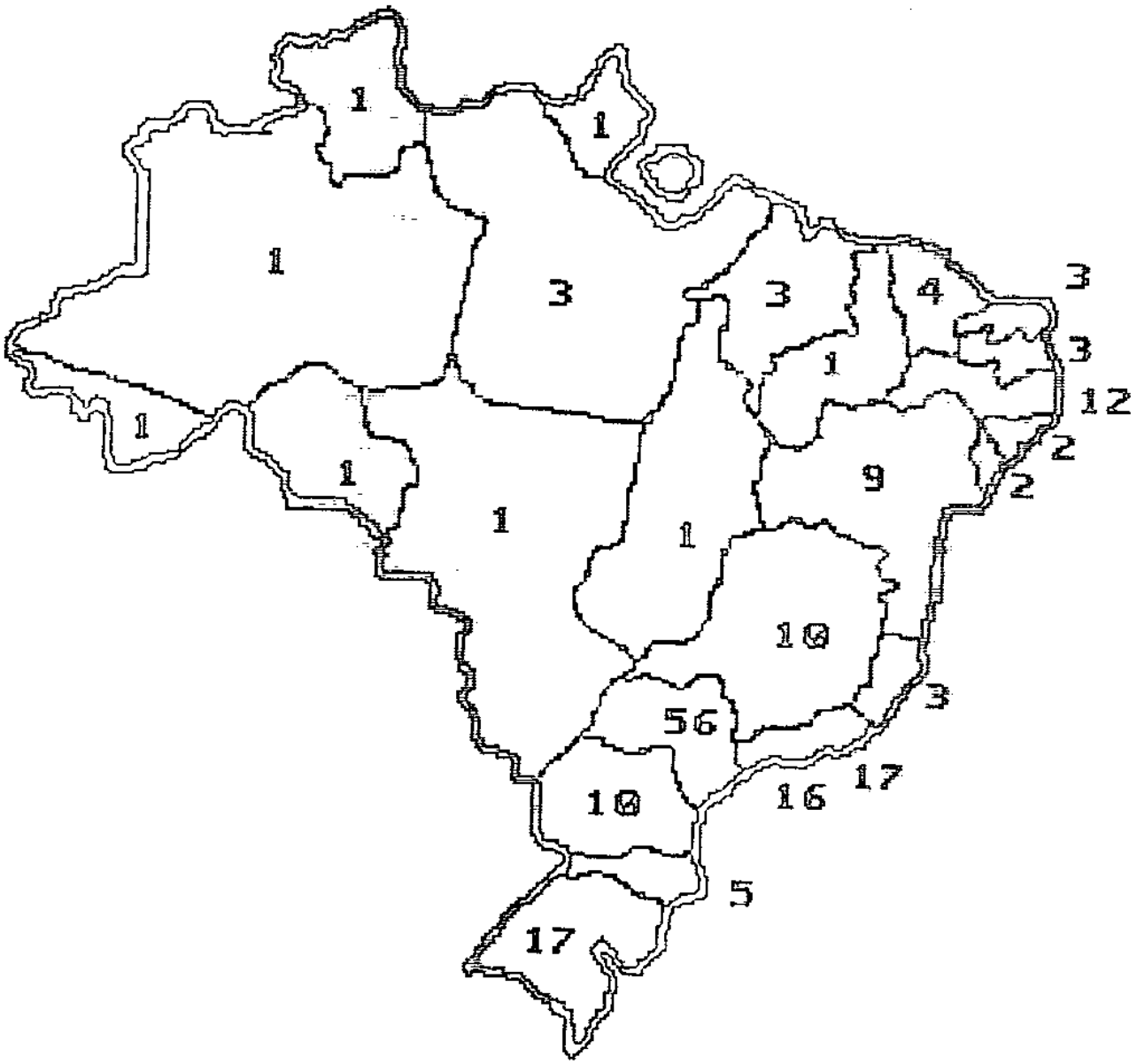
# GRÁFICO Nº 4

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

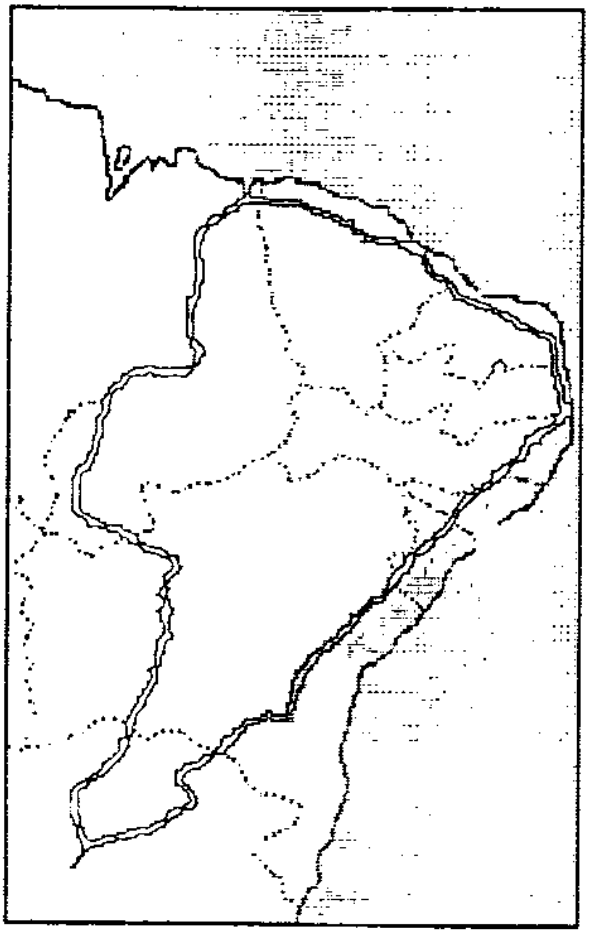
Paulo (Ipiaçu, Ourinho, Caçapava, Campinas, Itariri, Jambeiro, Pindamonhangaba, Roseira, Santos, São José dos Campos, Taubaté e Tremembé), Paraná (Curitiba, Uraí, Jacarezinho, Santo Antônio da Platina e Jataizinho), atingindo, portanto 16 unidades da federação.

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

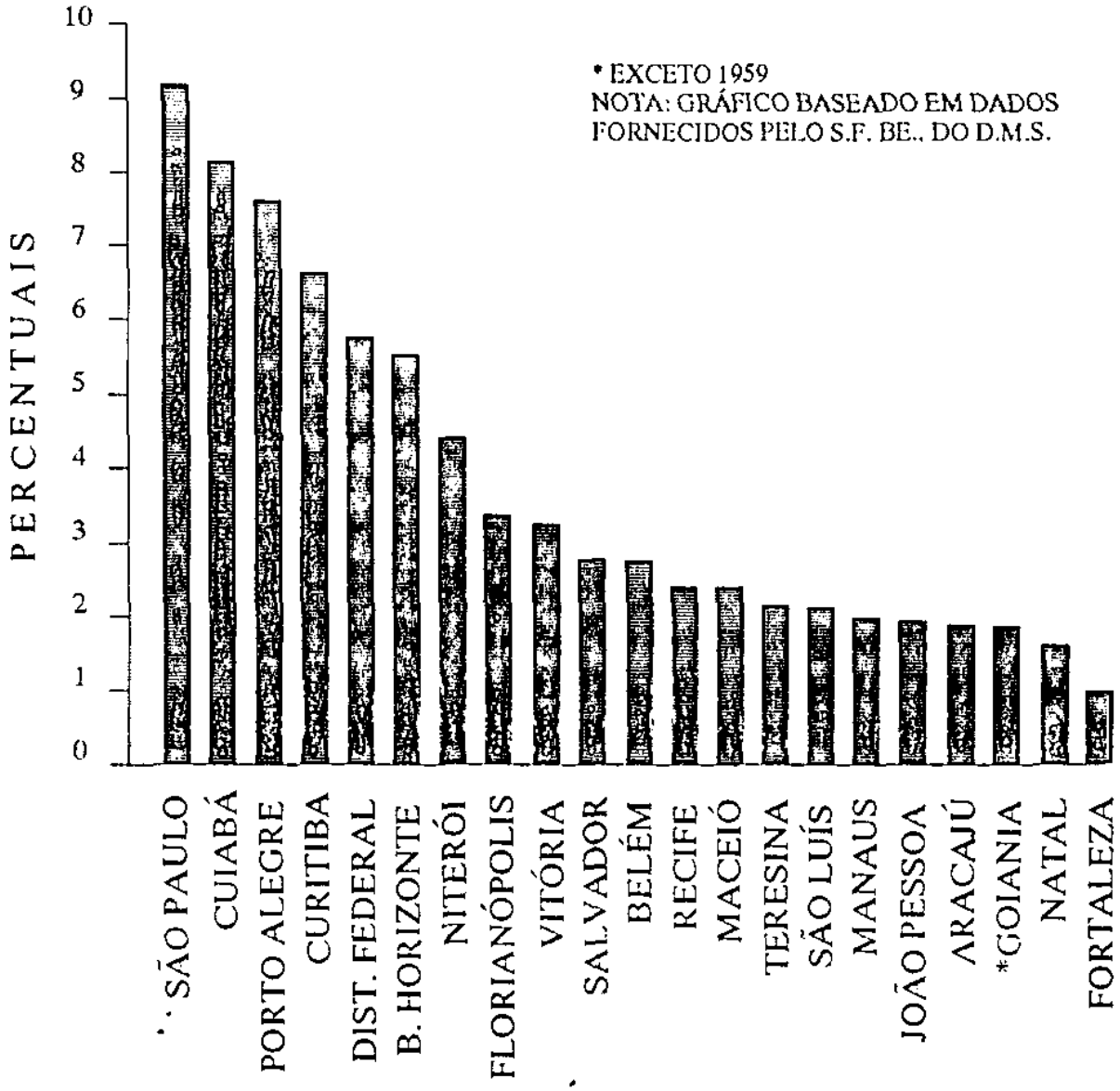
## AS CINCO PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE POR GRUPOS DE IDADE E TODAS AS IDADES, NO ESTADO DA GUANABARA, EM 1960

| 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.

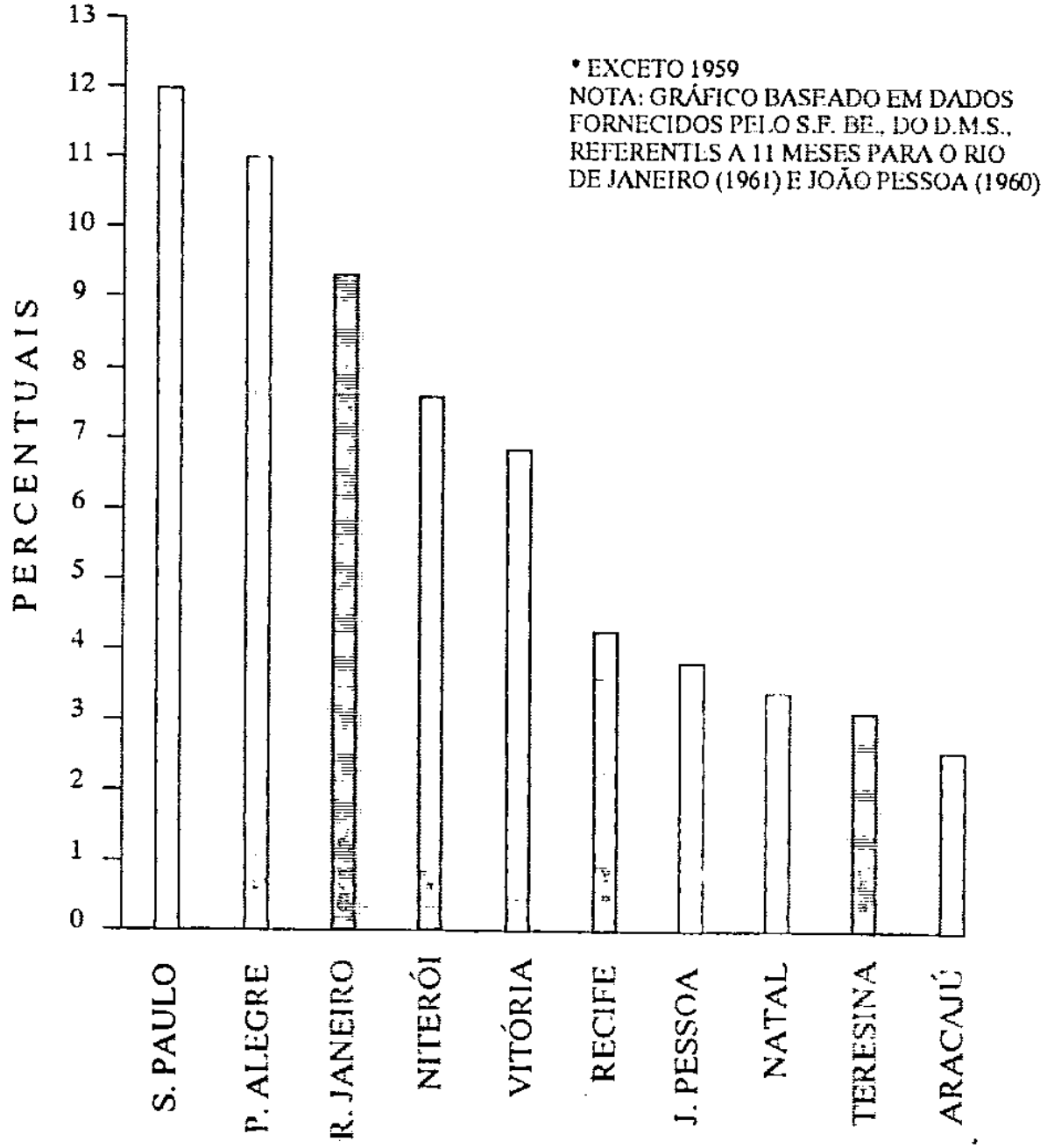
GRÁFICO Nº 6

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




* EXCETO 1959
NOTA: GRÁFICO BASEADO EM DADOS FORNECIDOS PELO S.F. BE., DO D.M.S., REFERENTES A 11 MESES PARA O RIO DE JANEIRO (1961) E JOÃO PESSOA (1960)

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.