QUADRO Nº 11

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

CAPITAIS	Nº DE MANANCIAIS CAPTADOS	EXTENSÃO DAS LINHAS ADUTORAS	EXTENSÃO TOTAL DAS LINHAS DISTRIBUIDORAS (M)	Nº DE LOGRADOUROS PÚBLICOS COM CANALIZAÇÃO	LIGAÇÕES À REDE DISTRIBUIDORA			
					HIDRÔMETROS	PENA D'AGUA	LIGAÇÕES LIVRE	BICAS, TORNEIRAS, CHAFARIZES, ETC
PORTO VELHO	1	1.600	13.901	37	65	850	355	5
RIO BRANCO	1	50	5.970	15	---	---	131	5
MANAUS	1	9.560	83.400	144	150	---	---	42
BOA VISTA	1	3.400	10.768	19	---	620	60	2
BELÉM	4	4.950	383.726	310	3.200	---	68	65
MACAPÁ	7	860	19.100	38	---	---	822	20
SÃO LUÍS	5	13.242	67.876	375	8.168	---	1.109	4
TERESINA	1	2.555	28.095	89	---	---	3.593	1
FORTALEZA	1	99.463	53.000	---	6.383	---	2.800	4
NATAL	5	14.000	173.545	169	14.142	51	---	46
JOÃO PESSOA	4	11.000	120.000	263	323	13.356	---	38
RECIFE	4	80.000	550.000	1.518	20.000	---	36.000	56.000
MACEIÓ	2	16.221	87.221	210	612	---	14.181	90
ARACAJÚ	2	11.000	37.660	95	2.750	9.910	---	39
SALVADOR	7	61.665	327.748	721	3.800	32.736	137	---
BELO HORIZONTE	66	108.462	718.655	---	41.576	16.168	---	36
VITÓRIA	2	24.000	100.200	333	200	11.331	---	100
NITERÓI	14	167.000	238.654	700	4.530	16.146	18.574	61
RIO DE JANEIRO	33	742.590	3.709.226	5.565	87.615	205.895	---	1.012
SÃO PAULO	5	250.000	3.739.000	---	315.452	60.556	---	---
CURITIBA	2	36.228	452.430	220	9.546	3.000	16.239	120
FLORIANÓPOLIS	4	46.130	65.974	226	1.300	7.600	---	22
PORTO ALEGRE	5	---	900.000	1.560	34.985	---	68.257	---
CUIABÁ	1	3.500	60.000	80	---	---	3.571	15
GOIÂNIA	3	4.000	87.000	130	---	---	7.200	5
BRASÍLIA, D.F.	---	---	---	---	---	---	---	---
CAPITAIS	181	1.711.476	12.033.149	12.817	554.797	378.219	173.097	57.732

Fonte: S.F.Be.

Fato da maior significação foi a influência que Manguinhos exerceu para a criação de novas instituições de pesquisas do teritório nacional, para o amparo dos serviços de saúde pública. Algumas delas foram mesmo criadas e dirigidas inicialmente por cientistas de Manguinhos, como por exemplo o Instituto de Saúde Pública de Pelotas e o Instituto Biológico de São Paulo, fundados por Artur Neiva; o Instituto Ezequiel Dias, fundado por este pesquisador em Belo Horizonte; o Instituto de Saúde Pública da Bahia (da Fundação Gonçalo Moniz), fundado por Otávio Mangabeira Filho; o Instituto de Higiene do Maranhão, por longos anos dirigidos por Cássio Miranda, além de vários Postos de estudos do Instituto, como os de Lassance e Bambuí, em Minas Gerais.

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

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

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

O Instituto Oswaldo Cruz possue 8 Divisões Técnico-científicas (Microbiologia e Imunologia, Patologia, Fisiologia e Farmacodinâmica, Química,

Virologia, Zoologia, Nosologia e Ensino e Documentação) e 2 Serviços (Técnico-Auxiliar e de Administração). Nele trabalham cerca de 900 servidores de todos os níveis. Sua biblioteca, com aproximadamente 170.000 volumes, assina anualmente 4.500 revistas científicas. Seu hospital experimental tem capacidade para 120 leitos.

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

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

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

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

Perspectivas

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

Enquanto não se realiza esse desiderato, a programação dos trabalhos o IOC para os anos imediatos obedecerá ao seguinte planejamento:

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

QUADRO nº 12

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

1960

Região e Estado ou Território	MUNICÍPIOS				
	Total	Servidos por			
		Rede de água		Sist. de esgôto	
		Nº	%	Nº	%
NORTE	120	46	38,3	20	1,6
T. Guaporé	2	2	100,0	2	100,0
T. Acre	7	1	14,3	0	0,0
Amazonas	44	14	31,8	3	6,8
T. Rio Branco	2	2	100,0	1	50,0
Pará	60	23	38,3	12	20,0
T. Amapá	5	4	80,0	2	40,0
NORDESTE	655	145	22,1	72	11,0
Maranhão	99	7	7,1	2	2,0
Piauí	71	9	12,7	2	2,8
Ceará	148	33	22,3	7	4,7
R. G. do Norte	83	9	10,8	1	1,2
Paraíba	38	21	24,0	14	15,9
Pernambuco	102	49	48,0	27	26,4
Alagoas	64	17	26,6	19	29,6
LESTE	843	580	68,8	401	47,6
Sergipe	62	11	17,7	5	8,1
Bahía	194	64	34,0	48	24,7
Minas Gerais	485	409	84,3	285	58,7
Espírito Santo	40	35	87,5	24	60,0
Rio de Janeiro	61	60	98,3	38	62,2
Guanabara	1	1	100,0	1	100,0
SUL	918	536	58,4	360	39,2
São Paulo	504	370	60,9	287	56,9
Paraná	162	57	35,0	23	14,2
Santa Catarina	102	22	21,5	18	17,6
R.G. do Sul	150	87	58,0	32	21,3
CENTRO-OESTE	244	48	19,6	57	23,7
Mato Grosso	64	21	32,8	10	15,6
Goiás	179	26	14,5	47	26,2
D. Federal	1	1	100,0	—	—
BRASIL	2.780	1.355	48,7	910	32,7

Fonte: S. F. Be.

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

3) Incremento da produção das vacinas necessárias à imunização em massa promovidas pelo Ministério da Saúde;

4) Maior intercâmbio com instituições congêneres nacionais e estrangeiras;

5) Ampliação e instalação de novos laboratórios, tais como, de radioisótopos, vírus respiratórios, imonoquímica, farmocodinâmica e outros.

2.3.0.0. **Saneamento do meio**

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

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

2.3.1.0. **Água (Abastecimento de)**

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

Dentre os Estados, o Maranhão apresenta as cifras mais baixas de todo o país, com apenas 7,15% de seus municípios servidos por rede de água, seguindo-se-lhe o Rio Grande do Norte, o Piauí, Acre, Goiás, Sergipe, Santa Catarina, Ceará, Paraíba, Alagoas cujos percentuais não chegam, contudo a atingir 30%, índice ainda muito baixo.

Não resta dúvida, portanto, de que a situação das comunidades

brasileiras no que concerne ao abastecimento de água está ainda muito aquém do nível desejado, se bem que essa melhoria esteja, por certo, condicionada as injunções sócio-econômicas locais. Embora o problema seja de alçada municipal (30), grande parte das edilidades brasileiras dele tem-se descurado, de modo a recair todo o encargo do custeio desses melhoramentos sobre o Governo Federal, situação anômala que cumpre corrigir.

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

Sudene	6.322.000.000,00
D.N.O.S	5.504.900.000,00
D.N.O.C.S.	3.584.000.000,00
F.S.E.S.P. do M.S.	1.119.500.000,00
C.V.S.F.	1.088.000.000,00
S.P.V.E.A	935.400.000,00
F.Sudoeste.	110.300.000,00
	Cr$18.664.100.000,00

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

"TIPO A" Sistema completo, para atender aos consumos domiciliar, comercial, público e industrial. Refere-se às cidades com população superior a 5.000 habitantes, considerando uma base de consumo mínimo mensal igual a 15 m3 por família de 5 pessoas.

Custo "per capita" de Cr$ 15.000,00

"TIPO B" Sistema que se destina, apenas, ao abastecimento do consumo domiciliar (através de uma única torneira em cada casa, torneira esta de vasão controlada). Refere-se às cidades ou núcleos entre 1.000 e 5000 habitantes, considerando-se uma base de consumo mínimo mensal de 5m3 por familia de 5 pessoas.

Custo "per capita" de Cr$ 8.000,00

TABELA XXXVI

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

1956 e 1960

UNIDADES	1956			1960		
	Total	Oficial	Particular	Total	Oficial	Particular
Rondônia	324	174	150	357	343	14
Acre	503	249	254	325	172	153
Amazonas	2.635	1.994	641	1.674	943	731
Rio Branco	93	19	74	103	21	82
Pará	3.793	2.138	1.655	3.816	2.281	1.535
Amapá	166	139	27	232	204	28
Maranhão	1.355	930	425	1.124	778	346
Piauí	1.208	795	413	1.421	754	667
Ceará	4.141	1.447	2.694	5.662	2.027	3.635
R. G. do Norte	1.775	506	1.269	2.233	756	1.477
Paraíba	2.744	1.421	1.323	2.377	1.323	1.054
Pernambuco	6.422	4.314	2.108	7.598	4.680	2.918
Alagoas	1.847	316	1.531	1.840	372	1.468
Sergipe	1.399	514	885	1.117	415	702
Bahia	6.324	3.392	2.932	6.146	2.112	4.034
Minas Gerais	33.132	12.200	20.932	31.352	7.949	23.403
Espírito Santo	2.615	1.717	898	1.704	479	1.225
Rio de Janeiro	9.095	4.029	5.266	10.726	793	9.933
Guanabara (+)	29.868	18.532	11.336	28.584	17.340	11.244
São Paulo	61.684	25.853	35.831	56.682	20.370	36.312
Paraná	9.348	2.541	6.807	10.193	2.057	8.136
Santa Catarina	7.804	2.654	5.150	8.864	2.459	6.405
R.G. do Sul	22.969	2.455	20.514	26.774	3.392	23.382
Mato Grosso	1.872	557	1.315	1.763	372	1.391
Goiás	3.119	1.171	1.948	3.531	1.394	2.137
Brasília	—	—	—	270	112	158
BRASIL	216.236	90.000	126.228	216.378	76.340	139.579

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

TABELA XXXVI-A

SERVIÇOS OFICIAIS DE SAÚDE PÚBLICA

ESTABELECIMENTOS, SEGUNDO A FINALIDADE, LEITOS, LABORATÓRIOS E PESSOAL EM ATIVIDADE, POR UNIDADES DA FEDERAÇÃO E MUNICÍPIOS DAS CAPITAIS — 1960

UNIDADES DA FEDERAÇÃO E CAPITAIS	NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS				Nº DE LEITOS	LABORAT. EXISTENTES			PESSOAL EM ATIVIDADE EM 31-XII						
	TOTAL	Func. Sem Médico	FINALIDADE			Análise Clínica	Sorologia	Microbiologia	Médicos	Dentistas	Enfermeiros diplomados	Atendentes	Visitadoras	Guardas	Outros auxiliares
			Geral	Especializado											
RONDÔNIA	33	28	30	3	-	-	-	-	5	-	-	1	-	22	24
Porto Velho	27	22	24	3	-	-	-	-	5	-	-	1	-	16	24
ACRE	32	19	20	12	-	4	-	-	28	4	3	20	9	16	76
Rio Branco	13	6	9	4	-	1	-	-	18	2	-	9	5	13	59
AMAZONAS	43	19	37	6	25	11	-	7	40	17	20	57	26	36	50
Manaus	19	3	16	3	-	2	-	3	28	17	10	37	20	20	17
RORAIMA	17	13	14	3	8	1	-	1	8	1	6	1	-	11	35
Boa Vista	13	9	10	3	-	1	-	1	8	1	2	1	-	11	35
PARÁ	109	51	105	4	-	15	4	13	84	16	52	442	62	132	185
Belém	16	4	15	1	-	1	-	2	44	11	16	379	24	15	97
AMAPÁ	14	13	14	-	26	3	1	2	10	6	7	14	4	4	27
Macapá	5	4	5	-	-	1	1	1	10	3	5	10	4	4	10
MARANHÃO	56	37	25	31	-	8	1	13	35	13	11	78	23	119	83
S.Luís	5	3	1	4	-	-	-	2	15	2	-	31	7	33	23
PIAUÍ	42	4	31	11	10	5	1	4	79	14	13	84	25	78	121
Teresina	5	-	1	4	-	1	-	1	35	4	3	38	9	40	52
CEARÁ	69	17	50	19	17	18	2	15	189	33	16	223	132	248	197
Fortaleza	3	-	2	1	-	3	1	3	124	25	2	130	68	238	106
R.G.NORTE	33	3	31	2	20	11	1	6	67	14	17	70	55	250	370
Natal	3	1	1	2	3	1	1	3	27	3	1	23	8	230	317
PARAÍBA	65	7	53	12	53	8	4	6	106	35	41	174	38	64	229
João Pessoa	4	-	1	3	-	2	1	2	28	8	1	56	14	6	98
PERNAMBUCO	154	12	114	40	19	34	6	17	234	94	63	26	98	411	320
Recife	4	-	4	-	-	2	1	2	59	35	20	26	21	45	10
ALAGÔAS	65	16	50	15	6	22	3	6	117	18	13	156	96	265	262
Maceió	10	-	4	6	-	4	2	-	71	12	4	99	63	90	152
SERGIPE	80	21	60	20	5	17	2	10	135	18	25	171	41	126	173
Aracajú	17	4	10	7	-	5	1	2	85	13	12	123	24	91	79
BAHIA	225	33	160	65	13	58	6	38	412	137	109	97	167	598	451
Salvador	30	-	13	17	-	3	-	3	207	89	70	257	104	33	121
MINAS GERAIS	323	44	282	41	65	182	34	143	561	102	128	483	123	784	720
B.Horizonte	11	-	4	7	-	8	2	5	125	7	60	123	12	31	263
ESPÍRITO SANTO	59	7	46	13	-	23	5	15	81	38	7	70	83	216	273
Vitória	7	-	6	1	-	1	1	2	19	11	4	17	50	148	156
RIO DE JANEIRO	158	23	124	34	6	23	3	19	290	62	47	207	24	598	544
Niterói	5	-	3	2	-	3	-	1	38	16	23	19	6	57	91
GUANABARA	93	10	21	72	6	13	2	15	288	104	412	366	95	265	629
SÃO PAULO	1.211	95	519	692	13	119	22	110	1.508	75	168	2.144	430	778	2.647
São Paulo	119	1	21	98	-	23	14	14	338	25	87	436	106	81	499
PARANÁ	180	18	124	56	61	18	5	8	286	70	31	257	112	251	306
Curitiba	10	-	3	7	-	1	1	1	78	44	8	127	70	14	114
SANTA CATARINA	71	17	56	15	-	11	3	10	85	16	20	66	21	111	228
Florianópolis	12	9	9	3	-	1	1	1	7	4	1	-	-	17	25
R.G.SUL	138	2	132	6	50	61	5	42	301	85	25	332	206	197	335
Porto Alegre	6	-	5	1	-	4	1	4	60	20	8	134	72	37	45
MATO GROSSO	44	4	38	6	-	13	4	7	101	19	18	85	61	168	154
Cuiabá	5	-	3	2	-	2	-	1	34	4	1	26	7	104	78
GOIÁS	42	7	38	4	48	11	6	13	50	3	21	60	39	21	49
Goiânia	1	-	1	-	-	1	1	1	10	2	9	23	22	3	4
DISTR. FEDERAL	4	-	1	3	-	-	-	-	10	2	2	3	-	58	47
BRASIL	3.360	520	2.175	1.185	451	689	120	520	5.110	996	1.275	6.087	1.970	5.727	8.535
CAPITAIS(1)	447	76	193	254	9	84	31	70	1.771	464	761	2.494	831	1.700	3.151

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

TABELA XXXVI - B

SERVIÇOS OFICIAIS DE SAÚDE PÚBLICA

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

BRASIL — 1960

Especialização	Número de Estabelecimentos			
	Total	Segundo a entidade mantenedora		
		Federal	Estadual	Municipal
	RESULTADOS NACIONAIS			
De Natureza Geral	2.175	287	1.675	233
Especializados	1.185	311	788	86
Bouba	4	4	—	—
Câncer	3	2	1	—
Dermatologia	5	—	5	—
Doenças Mentais	1	1	—	—
Endemias rurais	171	171	—	—
Escolares	26	—	16	10
Esquitossomose	15	14	—	1
Lepra	80	18	61	1
Malária	70	37	32	1
Oftalmologia	17	1	15	1
Pediatria	23	2	17	4
Puericultura	625	19	541	5
Tracoma	55	25	30	—
Tuberculose	80	16	61	3
Outros	10	1	9	—
TOTAL	3.360	578	2.463	319

Fonte: (10)

TABELA XXXVI - C

SERVIÇOS OFICIAIS DE SAÚDE PÚBLICA

ESTABELECIMENTOS, SEGUNDO A ATIVIDADE MANTENEDORA, POR ESPECIALIZAÇÃO NAS CAPITAIS

BRASIL — 1960

Especialização	Número de Estabelecimentos			
	Total	Segundo a entidade mantenedora		
		Federal	Estadual	Municipal
	RESULTADOS DAS CAPITAIS (1)			
De Natureza Geral	193	49	124	20
Especializados	254	55	175	24
Bouba	—	—	—	—
Câncer	2	1	1	—
Dermatologia	1	—	1	—
Doenças Mentais	1	1	—	—
Endemias rurais	40	40	—	—
Escolares	12	—	12	—
Esquitossomose	2	1	—	1
Lepra	15	3	12	—
Malária	1	1	—	—
Oftalmologia	2	—	2	—
Pediatria	9	2	6	1
Puericultura	142	4	118	20
Tracoma	—	—	—	—
Tuberculose	22	2	18	2
Outros	5	—	5	—
TOTAL	447	104	299	44

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

Fonte: (10)

TABELA XXXVI - D

SERVIÇOS OFICIAIS DE SAÚDE PÚBLICA

ESTABELECIMENTOS, SEGUNDO A ATIVIDADE MANTENEDORA, POR ESPECIALIZAÇÃO NAS CAPITAIS

BRASIL — 1960

Unidades da Federação	Postos de Puericultura	Centro de Puericultura	Lactário
Amazonas	16	1	10
Pará	32	2	7
Rondônia	5	—	1
Acre	2	—	—
Amapá	4	—	—
Rio Branco	2	—	1
Ceará	90	1	14
Maranháo	45	2	3
Piauí	23	14	4
Pernambuco	50	—	23
R. G. do Norte	34	—	3
Paraíba	25	2	9
Alagoas	25	1	—
Fernando Noronha	—	—	—
Bahia	81	3	9
Sergipe	41	1	2
São Paulo	428	72	10
Mato Grosso	51	—	1
R. G. do Sul	20	8	6
Santa Catarina	22	10	10
Paraná	122	6	—
Minas Gerais	174	25	62
Esp. Santo	20	2	9
Goiás	31	—	—
Guanabara	64	1	3
Rio de Janeiro	72	—	2
TOTAL	1.484	151	179

Fonte: Departamento Nacional da Criança

QUADRO Nº 13

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

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	Nº DE MUNICÍPIOS EM 31-XII		CARACTERÍSTICAS DA REDE EM 31-XII					
			EXTENSÃO (M)		Nº DE LOGRADOUROS SERVIDOS		Nº DE PRÉDIOS ESGOTADOS	
	TOTAL	SERVIDOS DE ESGOTO	DA REDE	DO EMISSÁRIO	DE ESGOTOS DE DESPEJOS	DE ESGOTOS DE ÁGUAS SUPERFICIAIS	POR FOSSAS	PELA REDE
RONDÔNIA	2	2	6.045	1.805	11	15	812	190
ACRE	7	---	---	---	---	---	---	---
AMAZONAS	44	3	60.800	100	66	2	8.212	9.355
RIO BRANCO	2	1	3.650	---	---	6	---	---
PARÁ	60	12	68.716	---	171	196	15.910	5.084
AMAPÁ	5	2	19.241	500	25	9	8.119	695
MARANHÃO	99	2	40.036	200	134	1	---	4.452
PIAUÍ	71	2	3.413	---	15	20	---	---
CEARÁ	148	7	38.175	300	83	48	23.077	7.580
R.G.NORTE	83	1	46.674	2.904	87	---	283	3.884
PARAÍBA	88	44	133.430	8.725	399	110	6.519	9.588
PERNAMBUCO	102	27	284.475	16.164	69	294	41.115	28.759
ALAGOAS	64	19	51.957	3.945	363	356	5.924	3.323
SERGIPE	62	5	20.200	2.300	36	8	1.352	2.854
BAHIA	194	48	124.618	7.881	792	585	2.901	21.807
MINAS GERAIS	485	285	2.452.877	238.970	6.804	5.519	69.180	171.291
ESPÍRITO SANTO	40	24	108.072	12.867	567	254	9.819	12.774
RIO DE JANEIRO	61	38	571.812	32.562	2.214	1.461	96.347	96.999
GUANABARA	1	1	1.029.165	---	---	---	---	328.870
SÃO PAULO	504	287	5.862.675	438.277	10.100	7.567	131.062	573.491
PARANÁ	162	23	393.325	12.221	1.601	281	20.316	26.370
SANTA CATARINA	102	18	80.289	2.695	222	420	10.590	5.417
R.G.SUL	150	32	931.550	65.466	980	892	14.129	47.210
MATO GROSSO	64	10	44.617	10.364	109	147	9.680	5.007
GOIÁS	179	47	242.201	6.420	176	532	447	5.153
BRASÍLIA, D.F.	---	---	---	---	---	---	---	---
BRASIL	2.779	910	12.615.013	864.666	24.924	18.723	470.789	1.370.172

Fonte: S.F.Be.

QUADRO Nº 14

ESGOTOS SANITÁRIOS NAS CAPITAIS DOS ESTADOS E TERRITÓRIOS CARACTERÍSTICAS DA REDE

CAPITAIS	CARACTERÍSTICAS DA REDE EM 31-XII					
	EXTENSÃO (M)		Nº DE LOGRADOUROS SERVIDOS		Nº DE PREDIOS ESGOTADOS	
	DA REDE	DO EMISSÁRIO	DE ESGOTOS DE DESPEJOS	DE ESGOTOS DE ÁGUAS SUPERFICIAIS	POR FOSSAS	PELA REDE
PORTO VELHO	5.755	1.550	10	15	[illegible]	[illegible]
RIO BRANCO	---	---	---	---	---	---
MANAUS	60.000	---	61	---	232	9.320
BOA VISTA	3.650	---	---	6	---	---
BELÉM	62.215	---	140	140	15.900	5.000
MACAPÁ	16.241	500	25	---	3.111	595
SÃO LUÍS	39.876	200	134	---	---	4.552
TERESINA	3.263	---	15	---	---	---
FORTALEZA	87.000	100	55	---	22.672	7.100
NATAL	46.674	2.904	87	---	233	3.884
JOÃO PESSOA	87.530	2.000	156	---	4.010	5.666
RECIFE	231.953	---	---	---	35.98[illegible]	18.59[illegible]
MACEIÓ	21.190	3.750	312	---	---	312
ARACAJU	18.300	1.900	22	---	---	2.1[illegible]1
SALVADOR	23.528	3.422	172	---	[illegible]	6.3[illegible]1
BELO HORIZONTE	630.130	4.500	---	---	[illegible]	---
VITÓRIA	30.520	---	120	---	7.[illegible]	2.046
NITERÓI	159.285	250	700	---	7.783	31.4[illegible]
RIO DE JANEIRO	1.029.165	---	---	---	---	32[illegible]
SÃO PAULO	1.512.900	12.000	---	---	---	[illegible]
CURITIBA	215.[illegible]	2.800	165	---	17.[illegible]	16.[illegible]
FLORIANÓPOLIS	34.[illegible]	882	143	---	[illegible]	4.3[illegible]
PORTO ALEGRE	420.373	18.834	344	543	---	[illegible]
CUIABÁ	5.700	---	32	32	[illegible]	---
GOIÂNIA	85.000	5.000	120	---	[illegible]	4.3[illegible]
BRASÍLIA, D.F.	---	---	---	---	---	[illegible]
CAPITAIS	4.782.650	60.592	2.813	736	126.[illegible]	645.766

Fonte: S.F.Be.

"TIPO C" Sistema constituído, apenas por "poço-chafariz" para distribuição de água. Destina-se a núcleos de população inferior a 1.000 habitantes.

Custo "per capita" de Cr$ 5.000,00 (31)

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

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

2.3.2.0. **Esgostos sanitários**

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

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

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

A falta de dados estatísticos impede também o estudo de outros setores do saneamento do meio, principalmente quanto à melhoria da habitação e o destino do lixo. Entretanto, quanto ao problema habitacional brasileiro, prevalece em largas áreas do país, pesquisas recentes evidenciam a existência de alta percentagem (65%) de casas de madeira, pau-a-pique, palha ou adobe e, deste percentual, 82% se encontram em áreas rurais. (32)

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

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

2.4.0.0. **Recursos médico-sanitários**

2.4.1.0. **Instituições hospitalares e para-hospitalares**

Estabelecimentos oficiais de saúde pública.

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

a) Instituições hospitalares	2.547
b) Instituições para-hospitalares	2.316
c) Estabelecimentos oficiais de saúde pública	3.360
d) Leitos hospitalares	216.378
e) Leitos para-hospitalares	5.569
f) Leitos em estabelecimentos de saúde pública	451

Essa extensa rede nosocomial, com o seu apreciável número de leitos, poderia atender, até certo ponto, de maneira satisfatória, as necessidades mais agudas da população brasileira no que se refere à assistência hospitalar; não o faz, entretanto, em virtude de não apresentar o aproveitamento desejável, em decorrência de uma série de fatores adversos que prejudicam a sua adequada

utilização, particularmente no que se refere aos estabelecimentos mantidos pelas entidades estatais e para-estatais.

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

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

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

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

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

O incentivo ao melhor aproveitamento da rede hospitalar existente, constitui assim, um dos objetivos mais importantes da nova política assistencial, preconizada pelo Ministério da Saúde e fixada nas "Normas Técnicas Especiais para orientação, organização, funcionamento e fiscalização de instituições de

TABELA XXXVII

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

Estados	Área	População em 01/09/1960	Nº de Médicos em 1961	Nº de habitantes por Médico em 1961
Maranhão	Capital	159.628	127	1.257
	Interior	2.332.511	33	70.682
Piauí	Capital	144.799	93	1.557
	Interior	1.118.569	60	18.643
Ceará	Capital	514.818	284	1.813
	Interior	2.823.038	62	45.533
R. G. do Norte	Capital	162.537	120	1.354
	Interior	994.721	84	11.842
Paraíba	Capital	115.117	181	636
	Interior	1.862.906	170	10.958
Pernambuco	Capital	797.234	1.017	784
	Interior	3.339.666	153	21.828
Alagoas	Capital	170.134	140	1.215
	Interior	1.100.928	65	16.937
Sergipe	Capital	115.713	94	1.231
	Interior	644.560	29	22.226
Bahia	Capital	655.735	1.107	592
	Interior	5.334.870	504	10.585

Fonte: Departamento Nacional da Criança

TABELA XXXVII - A

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

1930 - 1940 - 1950 - 1960

CAPITAIS	COEFICIENTES			
	1930	1940	1950	1960
Manaus	15,5	17,9	15,0	13,0
Belém	—	28,5	16,6	11,1
S. Luís	17,8	21,2	17,1	11,2
Teresina	16,1	20,9	19,7	11,2
Fortaleza	21,9	26,5	24,9	19,6
Natal	27,7	31,1	27,0	18,9
João Pessoa	—	31,1	25,2	21,1
Recife	31,4	29,2	23,5	16,3
Maceió	—	29,4	22,0	19,2
Aracajú	20,9	20,0	17,9	14,4
Salvador	23,9	26,0	19,0	14,7
B. Horizonte	18,6	19,9	15,1	11,2
Vitória	25,5	25,0	21,5	15,3
Niterói	20,5	19,7	15,2	11,3
Rio de Janeiro(1)	17,1	17,8	13,0	10,3
São Paulo	14,4	13,0	10,1	8,3
Curitiba	13,7	14,4	13,0	11,6
Florianópolis	21,8	22,5	12,3	10,6
Porto Alegre	18,9	20,4	14,2	11,1
Cuiabá	—	19,7	18,9	14,7 (x)
Goiânia (2)	—	41,9	17,1	11,3
Brasília (3)	—	—	—	—

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

Fonte: Serviço Federal de Bioestatística

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

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

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

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

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

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

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

2.4.2.0. **Pessoal médico e para-médico**

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

disponibilidades em pessoal médico e para-médico.

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

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

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

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

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

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

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

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

PREPARO DE PESSOAL

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

No setor da saúde pública, o problema se apresenta igualmente e, de certo modo, com características mais sérias, de vez que sendo o Poder Público o grande consumidor desse tipo de mão-de-obra, não oferece condições que sejam suficientemente atrativas para um recrutamento fácil e seletivo que viesse facilitar a preparação adequada dos elementos selecionados.

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

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

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

elementos tecnicamente formados.

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

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

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

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

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

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

FORMAÇÃO DE PESQUISADORES

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

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

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

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

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

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

Os estágios nos laboratórios do Instituto Oswaldo Cruz tem a duração

mínima de 3 meses, podendo ser prorrogados de acordo com o pronunciamento de um orientador sobre os trabalhos executados e pelo grau de aproveitamento do estagiário.

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

2.4.3.0. **Produtos profiláticos e terapêuticos**

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

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

VACINA ANTIVARIÓLICA

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

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

Vacina glicerinada

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

Vacina liofilizada

1960(experimental)	
1961(vitelo)	414.300 doses
(embrião)	500.000 doses (início em outubro)
1962 (vitelo)	4.462.550 doses
(embrião)	4.740.350 doses
1963 (vitelo)	5.023.600 doses
(embrião)	4.834.100 doses (até novembro)

Total de doses solicitadas

1960	7,680.836 doses
1961	7.634.100 doses
1962	12.684.300 doses
1963	11.228.570 doses (até novembro)

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

VACINA ANTI-AMARÍLICA

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

A produção anual dessa vacina tem sido a seguinte:

1960	4.864.000 doses
1961	2.851.600 doses
1962	4.058.000 doses
1963	1.817.200 doses(até novembro)
Em estoque (atualmente)	3.067.800 doses

VACINA ANTI-TÍFICA

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

As solicitações dessa vacina foram as seguintes:

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

VACINA SABIN

Esta vacina é importada dos laboratórios europeus pelo M. S. e alguns Estados, sob a forma concentrada, sendo controlada, diluída e distribuida pelo IOC, de modo a conter em 0,1ml (1 gota) as doses de vírus dos tipos I, II, III necessários à imunização.

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

Até agora, foram entregues ao IOC:

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

Além dessas vacinas, o IOC produz em seus laboratórios as vacinas contra a gripe, coqueluche, anti-colérica e anti-piogênica, de reduzidas solicitações; toxoides diftérico e tetânico; soro anti-tetânico; tuberculina e vários soros

aglutinadores e antigenos para reações dignósticas.

Pela Lei nº 2.743 de 6 de março de 1956, foi criado o "Serviço de Produtos Profiláticos", órgão do DNERu, com a finalidade de preparar medicamentos, inseticidas, rodenticidas e outros produtos necessários ao desenvolvimento das diversas campanhas profiláticas daquele Departamento e de outros órgãos do M.S.

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

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

Dentro de pouco tempo, esse e outros serviços do M.S. deverão estar capacitados para cooperar ao lado da indústria privada e de acordo com as normas estabelecidas pelo GEIFAR, em prol do barateamento dos remédios para consumo popular, em obediência a política traçada pelo Governo Federal, através do Decreto nº 52.471, de 13 de setembro de 1963, que estabelece:

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

a) a substituição das importações dos produtos químico-farmacêuticos reduzindo os gastos em moeda estrangeira;
b) a ampliação da produção de medicamentos, mediante facilidades de acesso as matérias-primas pela indústria nacional;
c) a redução do custo dos medicamentos.

II- A elaboração de normas para comercilização daqueles produtos;

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

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

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

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

III - Promover o desenvolvimento da indústria químico-farmacêutica, apoiando as empresas de capitais nacionais;

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

VI - Promover o desenvolvimento da pesquisa químico-farmacêutica, com recursos a serem providos, entre outros por tributação específica sobre "royalties" ou taxas de assistência técnica, pagos ao exterior, pelas empresas desse setor industrial;

VII - Proceder estudos, em colaboração com os Ministérios competentes, visando a reforma do Código de Propriedade Industrial e a revisão da posição do Brasil em face da convenção de Paris de 1883, a qual aderiu em 6 de setembro 1939. e propôr outras medidas, a fim de possibilitar a produção no País, de qualquer produto químico-farmacêutico de base e evitar o monopólio de processos de fabricação;

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

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

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

XI - Promover e coordenar em colaboração com os demais órgãos competentes da Administração Pública, estudos sobre nomenclatura, classificação, padronização de produtos químico-farmacêuticos, preparo de técnicos e de mão-de-obra especializada, elaboração de normas técnicas, redução de custos, instituição de normas contábeis uniformes, organização de mostras e exposições, assim como

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

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

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

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

3.0.0.0. **Apreciação geral do Problema**

3.1.0.0. **Considerações Gerais**

A situação sanitária da população brasileira exposta no item 2.0.0.0., de maneira tanto quanto possível detalhada, dentro dos limites impostos pelas disponibilidade de informações, ressente-se de uma análise mais profunda, em virtude da inexistência de índices válidos que permitissem apreciar, mais objetivamente, determinados setores a ela correlacionados.

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

3.2.0.0. **Os dados estatísticos**

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

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

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

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

É supérfluo insistir sobre o papel relevante que os Serviços Federais de Bioestatística e de Estatística da Saúde devem desempenhar nesse trabalho. Infelizmente, os referidos serviços, que deveriam dispôr, senão da totalidade, pelo menos da maior parte desses dados, não estão em condições de fornecê-los e nem poderiam estar, porquanto, até bem pouco, os mesmos dispunham de verbas insuficientes que não iam além de meio milésimo da dotação global do Ministério, estando sujeita a limitação de ordem político-administrativa, tornando quase impossível a realização de qualquer tarefa de maior amplitude, mesmo em âmbito regional. Felizmente, esta situação se encontra em vias de ser corrigida, já se fazendo sentir os benefícios decorrentes da aplicação de maiores recursos nesse setor, o que se traduz, atualmente, pelo trabalho de estabelecimento das Áreas de Registro do país, primeira etapa de um programa de trabalho visando a redenção das estatísticas sanitárias, em benefícios do próprio administrador de Saúde Pública.

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

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

Convém notar que este novo serviço não constituirá uma simples soma de serviço antes dispersos na estrutura administrativa. Representará, acima de

tudo, uma mudança radical na filosofia do trabalho que de a estática tornar-se-á dinâmica, promovendo a coleta de dados ao invés de aguardadas que os mesmos lhe sejam fornecidos.

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

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

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

Esse programa envolve em particular, a revisão da legislação sobre o registro civil atualmento em vigor, o que já foi feito. Envolve também a organização de um sistema adequado de apuração e análise dos dados coletados, tanto a nível das Unidades da Federação, quanto a nível federal. Envolve ainda, a formação de pessoal devidamente treinado, para o que já se conta com a colaboração efetiva da Organização Mundial de Saúde através de seu Escritório Regional. Envolve enfim, um trabalho de educação bem orientado das populações com o objetivo de obter que os fatos vitais sejam registrados e o sejam em tempo hábil.

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

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

Concluída essa primeira fase, serão então ampliadas as

responsabilidades administrativas da nova estrutura, a fim de que sejam estabelecidas as estatísticas de morbidade, bem como as que dizem respeito ao potencial médico-sanitário do país, quer no seu aspecto estático, quer no dinâmico ou operacional.

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

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

3.3.1.0. **Mortalidade geral**

A evolução da taxa bruta de mortalidade no Brasil, é apresentada na Tabela XXXVIII. Cumpre ressaltar que as cifras ali registradas referem-se a média dos coeficientes de mortalidade geral nas capitais brasileiras tão somente pela insuficiência dos dados idênticos referentes ao interior do país, o que não prejudica contudo, o seu valor de comparabilidade histórica.

Em que pese a discrepância da taxa relativa a 1940, evidencia-se a evolução favorável dos coeficientes de mortalidade geral, no Brasil, os quais em 1960, baixam a 13,5 por 1.000 habitantes, traduzindo não só a contribuição dos modernos recursos médico-sanitários (quimioterápicos, antibióticos e inseticidas de ação residual), usados em larga escala, como também a melhoria relativa das condições sócio-econômicas no país.

Apesar da sensível redução, no curso do tempo, a taxa bruta de mortalidade geral no Brasil mantêm-se ainda em nível elevado.

Além disso, análise dos mesmos coeficientes em relação as diversas regiões fisiográficas (Tabela XLI), revela os desníveis existentes, sobressaindo a situação ainda muito desfavorável do Nordeste, com uma taxa de 16,7 em 1960, perfeitamente correspondente ao subdesenvolvimento característico da área. Por outro lado, a Região Sul apresenta o coeficiente mais baixo - 10,4 - indício de acentuada melhoria nas condições gerais de saúde de suas populações, beneficadas pelo surto de progresso por que vem passando a região.

Os Gráficos nº 8 a 16 mostram a evolução dos coeficientes de mortalidade em algumas capitais brasileiras, durante o período de 1941-1962,

oferecendo indicações sugestivas quanto ao vulto maior ou menor do problema nas áreas que as cidades representam.

3.3.2.0. **Mortalidade Infantil**

As mesmas considerações estabelecidas em referência à mortalidade geral, apresentam-se válidas no que diz respeito aos coeficientes de mortalidade infantil no Brasil, cujo declínio, entre 1941 e 1960 pode ser comprovado pelo exame da Tabela XXXIX. Ainda aqui o país está representado apenas pelos dados referentes as suas capitais, em razão dos percalços anteriormente apontados; a representatividade da amostra justifica no entanto, sua utilização com aquela finalidade.

Apesar do forte decréscimo verificado nos dois últimos decênios, Tabela XXXIX, os coeficientes de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) apresentam-se ainda muito elevados no Brasil, particularmente no Nordeste (Tabela XL), onde o problema assume maior gravidade espelhando a precariedade das condições econômico-sociais e o baixo rendimento das atividades de assistência médica a infante. Não deve ser esquecido todavia, que a reconhecida evasão do registro civil de nascimentos ainda não convenientemente coibida no Brasil, concorre para o aumento aparente desses índices, com um percentual em torno de 20%.

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

Os Gráficos nº 17 a 25 registram a curva referente aos coeficientes de mortalidade infantil em algumas capitais brasileiras no período de 1940-1962.

Atesta a profundidade e a extensão do subdesenvolvimento do país, o simples confronto dos seus índices de mortalidade infantil com os que apresentam outros países americanos em melhor situação sócio-econômica, tais como o Canadá, os E.U.A., Argentina e Uruguai, cujos coeficientes não vão além de 27,3, 25,2,61,1,49,1, por 1.000 nascidos vivos, respectivamente.

3.3.3.0. **Mortalidade por Doenças Transmissíveis**

Conforme referência anterior, os coeficientes de mortalidade por doenças transmissíveis, são utilizados como indicadores do nível de saúde, embora

sujeitos a restrições decorrentes do alto percentual de óbitos com causa de morte mal definida, ocorrência habitual em países como o Brasil. Assim, São Luiz, Fortaleza, João Pessoa, Aracajú, Florianópolis e Goiânia apresentam percentuais que variam de 22,8 a 46,8, o que significa quase metade do total de óbitos sem precisa definição da "causa mortis".

Sabendo-se que os altos valores dos coeficientes de mortalidade por doenças transmissíveis traduzem precário padrão de saúde, conforme já foi dito, infere-se que a população brasileira ainda está distante de alcançar níveis satisfatórios quanto às condições sanitárias, vistos os elevados coeficientes de óbitos por esse grupo de causa ainda presentes em extensas áreas do país (Tabela XLII).

O exame daqueles dados evidencia à sociedade, o hiato existente entre o Norte e Nordeste de um lado, e o Leste e Sul do país de outro; é assim que Niterói, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre apresentam coeficientes inferiores a 50 por 100.000 habitantes, enquantos que em Belém, São Luiz, Teresina, Natal, Recife e Maceió o mesmo coeficiente está sempre acima de 100 por 100.000 habitantes.

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

3.4.0.0 - **Conclusões:**

Do que fica exposto, ressalta a melhoria sensível, em relação a situações pregressas, das condições gerais de saúde da população brasileira, nos dois últimos decênios, refletindo os resultados benéficos da utilização dos modernos recursos médico-sanitários e do levantamento progressivo dos padrões de vida, mais acentuado em algumas áreas do país.

A constatação dessa melhoria, contudo, não deve implicar em otimisno exagerado, sendo obrigatório reconhecer que a situação sanitária da população brasileira, como um todo, continua distanciada dos níveis considerados meramente satisfatórios, como estão a indicar as taxas ainda elevadas de mortalidade geral e infantil, tradutores sensíveis dessa situação. Importa, sobremaneira, visando a acelerar o ritmo da evolução favorável dos níveis de saúde das coletividades brasileiras, atacar técnica, honesta e realisticamente, de parceria com as medidas indispensáveis que objetivam a promoção do desenvoivimento econômico, consubstanciadas nas reformas estruturais do país, os pontos vulneráveis que definem a situação sanitária vigente, caracterizada, em resumo, por:

1 - Predominância das doenças ditas de massa;
2 - Persistência de doenças transmissíveis controláveis por recursos imunitários há muito disponíveis;
3 - Focos residuais de pestilências;
4 - Precariedade do saneamento do meio físico, beneficiando, apenas, pequena parcela da coletividade;
5 - Problemas alimentar e habitacional prevalentes nas áreas subdesenvolvidas e nas populações marginalizadas dos grandes centros urbanos;
6 - Carência de serviços de assistência médico-sanitária as coletividades rurais;
7 - Baixo rendimento do armamento hospitalar e serviços de saúde pública em geral, (duplicidade de órgãos, inexistência de planejamento válido, ausência de integração de atividades preventivas e curativas) e;
8 - Precariedade dos serviços estatísticos.

TABELA XXXVIII

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

1930 - 1940 - 1950 - 1960

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

Fonte: S.F.Be.

TABELA XXXIX

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

1941 - 1950 - 1960

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

Fonte: S.F.Be.

TABELA XXXIX - A

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

1941 - 1950 - 1960

CAPITAIS	COEFICIENTES		
	1940	1950	1960
Manaus	302,9	171,1	102,5
Belém	189,6	104,7	142,9
S. Luís	230,8	165,8	145,9
Teresina	501,1	292,0	298,8
Fortaleza	209,1	352,8	250,2
Natal	334,8	438,9	363,4
João Pessoa	295,1	185,8	169,1
Recife	293,0	230,4	151,7
Maceió	355,4	225,1	225,9
Aracajú	243,5	221,5	343,0
Salvador	249,8	220,6	145,9
B. Horizonte	155,5	103,6	96,1 (xx)
Vitória	211,6	137,2	94,7 (x)
Niterói	185,1	111,2	95,7
Rio de Janeiro(1)	182,2	109,1	70,0
São Paulo	135,1	89,7	62,9
Curitiba	124,2	104,2	133,5 (x)
Florianópolis	303,7	139,1	—
Porto Alegre	230,3	128,6	128,8
Cuiabá	282,7	152,7	93,1 (xx)
Goiânia	278,8	118,2	111,0 (x)
Brasília (2)	—	—	—

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

TABELA XL

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

1941 - 1950 - 1960

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

(x) Dados referentes a Belém e Manaus

Fonte: S.F.Be.

TABELA XLI

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

1940 - 1950 - 1960

Regiões Fisiográficas	COEFICIENTES		
	1940	1950	1960
Norte	23,2	15,8	12,0 (x)
Nordeste	27,0	22,7	16,7
Leste	21,4	16,9	12,8
Sul	17,5	12,4	10,4
Centro-Oeste	30,8	18,0	13,0

(x) Dados referentes a Belém e Manaus

Fonte: S.F.Be.

TABELA XLII

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

1930 - 1940 - 1950 - 1960

CAPITAIS	COEFICIENTES			
	1930	1940	1950	1960
Manaus	620,0	605,6	302,9	—
Belém	—	710,6	281,1	104,3
S. Luís	121,9	385,3	196,1	106,5
Teresina	241,6	270,2	289,8	102,8
Fortaleza	316,7	338,6	252,8	—
Natal	730,6	656,1	383,2	100,9
João Pessoa	—	529,0	236,2	—
Recife	406,0	519,0	405,6	181,1
Maceió	—	724,9	363,7	210,8
Aracajú	266,3	201,0	116,2	26,1
Salvador	349,2	408,3	179,5	112,2
B. Horizonte	230,7	259,3	112,8	—
Vitória	306,9	312,6	229,8	172,4
Niterói	189,3	198,0	130,5	43,3
Rio de Janeiro(1)	456,2	205,7	115,7	45,9
São Paulo	144,5	141,1	58,5	44,1
Curitiba	116,1	192,9	90,3	—
Florianópolis	161,3	196,0	116,8	—
Porto Alegre	196,0	211,7	82,2	42,1
Goiânia (2)	—	991,7	220,7	—
Brasília (3)	—	—	—	—
Cuiabá	—	420,5	181,1	—

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

Fonte: Serviço Federal de Bioestatística

REFERÊNCIAS

(1)PLANO TRIENAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL - Setor de Saúde

(2) Novais, M. - "INTEGRAÇÃO DO PROBLEMA DA SAÚDE NA POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO" - Conferência pronunciada no X Curso de "Treinamento em Problemas de Desenvolvimento Econômico", da CEPAL - Curitiba, 1963.

(3) Novais, M. - "SAÚDE E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO" - Edição CPE - Bahia - 1961.

(4) XV CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE - Recomendações Aprovadas - Recife, 1962.

(5) Lacoste, Y. - "OS PAÍSES SUBDESENVOLVIDOS" - Difusão Européia do Livro, São Paulo, 1961.

(6) "DESENVOLVIMENTO & CONJUNTURA" - Ano VII, nº 3 - Março, 1963.

(7) "PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO SUBDESENVOLVIMENTO" - Desenvolvimento & Conjuntura - Ano VI, nº 5 - Maio, 1962.

(8) Coutinho, J.O. - "ÓBICES PARA A SOLUÇÃO DOS PROBLEMAS MÉDICO-SANITÁRIOS EM ÁREAS DE SUBDESENVOLVIMENTO" - Arquivos de Higiene e Saúde Pública - Vol. XXVIII, nº 96 - Junho, 1963.

(9) Presidente João Goulart - MENSAGEM AO CONGRESSO NACIONAL - 1963.

(10) "ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL" - 1962 - I.B.G.E.

(11) Mascarenhas, R.S. - "ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL" - I Seminário de Saúde Pública - Associação Médica Brasileira - Fortaleza, 21/22 outubro, 1963.

(12) Cit. in (3)

(13) Moraes, N.L.A. - "NÍVEIS DE SAÚDE DE COLETIVIDADES BRASILEIRAS" - Fundação Serviço Especial de Saúde Pública - 1957.

(14) Camargo, J.F. - "DEMOGRÁFICA ECONÔMICA - Livraria Progresso Editora - Bahia.

(15) Scorzelli, A. - EPIDEMIOLOGIA E PROFILAXIA DAS ENDEMIAS RURAIS" - (Tese) - Sep. da Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais- Vol. XII, nº 2 - Abril/Junho, 1960.

(16) Pinotti, M. - Discurso de Posse como Ministro da Saúde - 1958.

(17) SERVIÇO NACIONAL DE TUBERCULOSE - Exposição de Motivos ao D.N.S. - 1963.

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

(19) Castelo Branco, F.G. - "CONTROLE DA LEPRA NO BRASIL" - Rio de Janeiro, 1963.

(20) SERVIÇO NACIONAL DE LEPRA - Relatório de Atividades - 1963.

(21) Diniz, Orestes - "NOVA FASE DA LUTA CONTRA A LEPRA NO BRASIL" - In "Variações em Torno de um Mesmo Tema" - Rio de Janeiro, 1959.

(22) Pessoa, S.B. - "ENDEMIAS PARASITÁRIAS DA ZONA RURAL BRASILEIRA" - Fundo Editorial Procienx - São Paulo - 1963.

(23) Pellon e Teixeira - Cit. por Luis Rey in "Contribuição para o Conhecimento da Morfologia, Biologia e Ecologia dos Planorbídeos Brasileiros Transmissores da Esquistossomose. Sua importância em Epidemiologia"- S.N.E.S - 1956.

(24) Costa, D. - "PROBLEMAS DE NUTRIÇÃO E SAÚDE PÚBLICA" - Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais - Vol. XIV, nº 3 - Jul/Set. - 1962.

(25) Borges, P. - "ALIMENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO" - Trabalho apresentado ao XV Congresso Brasileiro de Higiene - Recife, 9/15 dezembro, 1962.

(26) Costa, D. - "A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE NOS PLANOS DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO" - Folhas de Atualidades em Saúde Pública - nº 16 - Abril, 1963.

(27) Boletim do D.N.Cr. - M.S. - 1961.

(28) Relatório da Divisão de Organização Sanitária - 1962 - D.N.S.

(29) "ANUÁRIO DE EPIDEMIOLOGIA Y ESTADISTICA VITAL" - 1960 - Tomo II: Comentários - Caracas - 1963.

(30) CONSTITUIÇÃO FEDERAL - 1946.

(31) "SITUAÇÃO BRASILEIRA NO CAMPO DO ABASTECIMENTO D'ÁGUA" - FSESP - 1963.

(32) Grimberg, J. - "CAUSAS E EFEITOS DA PROTEÇÃO DISSOCIADA A INFÂNCIA - Jornal de Pediatria - nº 4/8 - Rio de Janeiro.

(33) Moraes, N.L.A. - "A SITUAÇÃO SANITÁRIA DO NORDESTE" - Trabalho apresentado ao XV Congresso Brasileiro de Enfermagem - Fortaleza - 14/21 julho, 1963.

(34) Magalhães, M. - Informe especial.

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

9 a 15 de desembro de 1963

TEMA B

Distribuição e Coordenação das Atividades Médico-Sanitárias nos Níveis Federal, Estadual e Municipal

A estrutura administrativa brasileira vem passando por evolução lenta e difícil, condicionada pela vasta extensão territorial e fundas diferenças de desenvolvimento regional.

Partindo de país unitário e monárquico, com todo o poder centralizado na corte, o Brasil viveu alguns anos de república federativa, em que a autonomia estadual foi outorgada às antigas províncias, para novamente voltar, no período de 1937-1946, ao poder centralizado e unitário durante todo o período do Estado Novo.

Somente a partir de 1946, com a promulgação da Constituição que ora nos rege, foi novamente assegurada a autonomia estadual - Artigo 18º: "Cada Estado se regerá pela Constituição e pelas leis que adotar, observados os princípios estabelecidos nesta Constituição". Por sua vez o Artigo 28º, alínea b, ítem II, assegurou a organização dos seviços públicos locais pelos próprios municípios.

A clara intenção municipalista da Constituição de 1946 não poderia se tornar realidade na prática, pela ausência mesma de possibilidades financeiras dos municípios aos quais tocava parcela insignificante da arrecadação nacional. O Governo Federal absorvia a maior parte dos recursos, seguindo-se-lhe o Estado e deixando aos municípios tributos sem maior significação financeira. A situação de insolvência de alguns Estados e da grande maioria dos municípios brasileiros resultou, consequentemente, na ditadura financeira e administrativa da União com desconhecimento tácito da organização municipal. É o que ocorria em todos os

setores da administração pública, em geral, não poderia deixar de influir, igualmente, no campo da Saúde Pública.

Visando a sanar tais incovenientes, a Emenda Constitucional nº5 alterou os parágrafos 4 e 5 do Artigo 15, devolvendo-se aos municípios, respectivamente, 10 e 15% dos impostos de consumo e de renda.

Era o início da possibilidade de tornar efetiva a autonomia municipal, assegurando-lhe um mínimo de recursos próprios. Novas perspectivas se poderiam então descortinar na distribuição e coordenação das atividades municipais.

A distribuição tributária acima referida, visando a uma objetiva política municipalista, está ameaçada de neutralização e colapso, pela desenfreada multiplicação do número de municípios, nem sempre atendendo a critério de desenvolvimento e descentralização mas antes a interesses pessoais e políticos; e da lei que fixou a distribuição das quotas do imposto de renda em partes iguais a todos os municípios (Lei 395 de 18/7/1948). Sendo o Estado a unidade federativa da União, nos termos da Constituição Federal, mais razoável e que a partilha se processasse equitativamente pelos Estados mediante critérios que atendessem à densidade demográfica, renda "per capita" e outros julgados de importância ao plano de desenvolvimento nacional, devendo tais recursos continuar sendo entregues diretamente aos municípios.

Com o critério atual, o que se verifica e a tendência dos Estados de aumentarem cada vez mais o número de seus municípios, para participarem com divisor maior na partilha do imposto de renda. Basta referir que o total de municípios brasileiros passou, no período de 31 de dezembro de 1958 a 1 de agosto de 1963, de 2.631 para 3.720, grande número deles com irrisórias arrecadações tributárias municipais, incapacitando-os para qualquer programa efetivo e útil de administração local.

As atividades sanitárias no Brasil, a partir dos êxitos espetaculares alcançados por Oswaldo Cruz nas sua campanhas contra as doenças pestilenciais no Rio de Janeiro, limitaram-se a ação federal. Assim, o saneamento rural e a saúde pública ao tempo de Carlos Chagas, consideravam os problemas específicos estritamente no âmbito federal, em face da fragilidade das estruturas estaduais da época.

Após a criação dos Ministério da Educação e Saúde em 1931, e especialmente a partir de 1937, com o Estado Novo, a interferência do poder central na Saúde Pública dos Estados se acentuou, ultrapassando as suas atribuições normativas, supletivas e coordenadoras para ação executiva direta e muitas vezes intempestiva.

O advento da "Campanhas" agravou o problema, estabelecendo-se, praticamente, uma estrutura executiva própria, dispendiosa e quase sempre desvinculada das organizações estaduais. Frequentemente os organismos federais condicionavam sua colaboração à renúncia, por parte do Estado, da administração do serviço estadual, no todo ou em parte.

Entre as distorções criadas com a instituição da "Campanhas Especiais", avultam as de intromissão do governo federal na manutenção de instituições tipicamente estaduais, com recursos exclusivos do governo federal. sanatórios de tuberculose, hospitais de doenças mentais, os já superados centros de tratamento rápido de doenças venéreas e várias outras instituições foram sendo gradativamente passados a responsabilidade federal.

As autoridades estaduais e locais consideravam, a priori, que tais serviços não lhes diziam respeito, omitindo-se da responsabilidade e reservando-se apenas o direito de criticar as deficiências e reclamar melhor produção.

O Congresso Nacional aumenta gradativamente as obrigações financeiras da União para com as instituições assistenciais, e uma das metas de grande número de prefeitos é conseguir construir um hospital e passá-lo a responsabilidade do governo federal.

O custo das atividades médico-sanitárias,inclusive as de saneamento, no Orçamento da União, sobe cada ano, atingindo no corrente exercício a aproximadamente 12,0% da despesa. Ao Ministério da Saúde cabem, apenas, 4,2% do Orçamento da União. É evidente a enorme dispersão de recursos, uma vez que as verbas da Previdência Social e as do Ministério da Viação, destinadas à atividades de saúde, praticamente equivalem às do Ministério da Saúde, que tem a tarefa de coordenar e suplementar as atividades nacionais de Saúde Pública.

O que é mais grave em todo esse investimento é que, apesar do vulto dos recursos distribuidos, cerca de dois terços dos municípios não recebem qualquer assistência.

A disparidade de aplicação dos recursos da Previdência Social nas Capitais e nos grandes centros e o tributo natural da urbanização produzida pela industrialização, determinando pressões das massas e do mercado de trabalho para a inversão dos recursos assistenciais nessas regiões, com as consequências negativas para as outras, que seriam forçadas a aguardar melhores oportunidades, se aceitassemos, passivamente, a tese que considera Saúde Pública sub-produto do desenvolvimento sócio-econômico.

Radicalizar princípios e conceitos num e noutro extremo das idéias

não nos leva a nenhuma solução construtiva. Urge encontrar o caminho de produzir o máximo de benefícios para o maior número de indivíduos, pela aplicação conscenciosa e honesta dos recursos que nos são outorgados dentro da técnica, e ajustando à qualidade e a quantidade dos serviços a ministrar numa área o seu grau de desenvolvimento e valor econômico. Considerando que a saúde humana, como qualquer outro bem, benefício ou patrimônio, será função da aptidão dos indivíduos em adquirí-la e mantê-la, e imprescindível, todavia, que não se exagere essa preliminar, indiscutivelmente correta. A aplicação de recursos nesse campo deverá ser corretamente feita para se enquadrar no processo de desenvolvimento a que ela está vinculada como um dos seus componentes.

É preciso reconhecer que determinada orientação e metodologia aplicadas no encaminhamennto dos problemas sanitários brasileiros, embora tenham dado resultados satisfatórios e algumas vezes notáveis, já não se ajustam à moderna conceituação técnica e social. A erradicação do A.aegypti e do A.gambiae e o resultado indiscutível da técnica e da organização sanitária brasileiras. Evidencia-se que a existência de uma estrutura adequada foi e continua sendo essencial a melhoria das condições sanitárias, possibilitando a utilização dos recursos colocados à sua disposição, como os inseticidas de ação residual e os antibióticos, que reduziram a níveis insignificantes a malária, a bouba e as doenças venéreas. O ressurgimento da malária e o aumento da prevalência das doenças venéreas mostram que a mera existência dos recursos não é suficiente para manter sob controle a situação sanitária. Urge aplicá-los criteriosa e oportunamente.

A rede hospitalar, por exemplo, repousa, ainda, na estrutura multi-centenária das instituições de misericórdia e existe tendência a custeá-la, cada vez mais, a conta do Tesouro Nacional. Cerca de 62,1% do total de leitos existentes no Brasil pertencem a entidades ditas particulares que, no entanto, dependem cada vez mais do auxílio do Poder Público para fins de caridade ou filantropia.

Os responsáveis pelas repartições estaduais de saúde se limitavam a copiar os organogramas federais, em decalque muitas vezes pouco feliz, ignorando a realidade, não atendendo as prioridades dos problemas vigentes e tornando-os, assim, inoperantes.

Tal distorção foi resultado, igualmente, da transposição sem adaptação, no âmbito federal, de métodos e técnicas alienígenas importadas de países que já haviam superado as fases das doenças transmissíveis, do saneamento do meio, da mortalidade materna e infantil e que já haviam enveredado pelo controle das doenças degenerativas, das doenças profissionais e dos acidentes.

E o que se viu foi a criação de Serviços Estaduais de Câncer e outros

em Departamentos de Saúde, onde nem sequer o controle das doenças pestilenciais havia sido organizado. O zelo por determinado problema empolgava a tal ponto os seus entusiastas que se chegou ao requinte de incluir na própria Constituição de uma das Unidades da Federação, a criação de departamento especializado.

Considerados todos esses aspectos do problema, reconhecidos os erros e a necessidade de ajustar as organizações e os métodos de trabalhos às exigências impostas pela realidade nacional, várias tentativas esparsas de reformulação de programas e atividades foram sendo estudadas, desenvolvidas e aplicadas, com base na experiência que é a grande mestra, pois no dizer de Fontana "só uma classe de homens não erra - a dos que nada produzem".

A assistência médica integrando as atividades de Saúde Pública foi das primeiras conquistas a revolucionar a concepção clássica importada dos Estados Unidos da América, que proibia tais serviços em Postos de Higiene.

A orientação da luta contra a tuberculose e contra a lepra, utilizando-se das unidades sanitárias locais, com descentralização da assistência e de atendimento as comunidades rurais, e clara evidência da evolução dos métodos ora adotados, substituindo a política inicial das Campanhas que se limitam aos grandes grupamentos urbanos, principalmente das capitais, onde eram construídos grandes nosocômios.

O saneamento do meio, desenvolvido como etapa fundamental nas prioridades de saúde e a instituição da administração de Serviços de abastecimento d'água em nível municipal, foi conquista apreciável como demonstração da capacidade local de assumir responsabilidade por seus serviços.

Também o SESP, criado e desenvolvido como serviço assistencial executivo, atuando diretamente, evoluiu para o trabalho em cooperação, orientando e suplementando serviços estaduais ou municipais, por intermédio dos Serviços Cooperativos ou dos Programas Integrados, em ampla regionalização de recursos e atividades.

Quanto à formação e treinamento de pessoal, o panorama nacional modificou-se profundamente nos últimos 20 anos. Numerosa equipe de técnicos foi preparada, compreendendo médicos, engenheiros, enfermeiras, dentistas, educadores sanitários, arquitetos e outros, a possibilitar eficiência técnica e até mesmo a realização desta Conferência. E não é possível deixar de mencionar, neste momento, o cuidado que, pela formação de técnicos, teve o autor da última reforma do Departamento Nacional de Saúde em 1941, João de Barros Barreto, bem como a colaboração e o incentivo que neste campo tem exercido o SESP.

Apesar de todos esses esforços, mais não foi conseguido, possivelmente pela descontinuidade administrativa, causa importante na inoperância dos serviços, tanto federais quanto estaduais. Basta assinalar que no período de junho de 1960 a junho de 1963 houve oito ministros de Estado, um subsecretário que respondeu três meses pela pasta, além de ficar o Ministério da Saúde por mais de um mês sem qualquer titular ou responsável. A descontinuidade gera interferências políticas nocivas, afetando a distribuição dos auxílios aos Estados e Municípios a margem das recomendações de ordem técnica.

Ao apreciar os aspectos citados, pretende-se ressaltar o que foi tentado até agora para alcançar melhor rendimento das atividades nos programas sanitários brasileiros.

Entretanto, constitui matéria pacífica que os técnicos de Saúde Pública não estão satisfeitos com a maneira pela qual as atividades médico-sanitárias vem sendo desenvolvidas nos diferentes níveis administrativos do país. É essencial modificar a estrutura vigente e sua coordenação, de modo a torná-las mais eficientes e atuantes, ajustadas à realidade nacional, considerados os diversos níveis federal, estadual e municipal.

Desta Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Senhor Presidente da República, por proposta do Senhor Ministro da Saúde, com fundamento na Lei nº 378, de 13/11/1937, esperam todos que da discussão e do trabalho desenvolvido com espírito construtivo e realista resultem novas diretrizes de ação condizentes com a realidade brasileira, considerada na devida conta a parcela de responsabilidade que tem cada um de nós no que foi feito, no que pretendemos executar e no que efetivamente nos será permitido cumprir.

Partindo da premissa de que a efetiva melhoria do estado sanitário de uma coletividade não poderá ser alcançada sem uma atuação continua e apropriada, impõe-se, como medida preliminar, a criação de uma infra-estrutura sanitária local, capaz de executar e dar continuidade aos programas de Saúde Pública, com o aproveitamento integral e realista dos recursos humanos e materiais de que possamos dispor de fato.

O estabelecimento de uma infra-estrutura sanitária local não envolverá, obrigatoriamente, a construção ou instalação de prédios de tipo pré-determinado, nem a utilização de pessoal de nível universitário. A alegada falta de médicos e enfermeiras não constitui justificativa bastante para o abandono a que está relegada grande parcela da população rural.

A infra-estrutura a ser estabelecida podera variar desde a simples atuação de um elemento auxiliar, com treinamento mínimo, até os serviços de alta

especialização, de acordo com os problemas existentes e com a capacidade técnica, financeira e administrativa da coletividade considerada.

A criação e a manutenção de uma infra-estrutura sanitária assim concebida, importarão na inversão de recursos provenientes da renda nacional. Convém, neste ponto, definir se seria ou não conveniente ao desenvolvimento nacional aplicar tais recursos.

Compreende-se claramente que a atenção aos bens básicos - como educação, saúde, solo, minérios - demandam programas de extensa duração, cujos resultados só aparecem após longos anos de grandes investimentos. Contudo, o investimento governamental deve transpor os estreitos limites do mercantilismo imediatista, que caracteriza o investimento privado. É dentro desta linha de pensamento que os estados socialistas, simultâneamente ao esforço de implantação das indústrias de base e de modernização da agricultura, vem fazendo investimentos maciços "a fundo perdido" - se considerada a necessidade do retorno rápido do capital - em atividades sociais como a educação e a saúde.

No relatório do "Seminário sobre à Organização de Serviços Epidemiológicos e seu Papel no Controle das Doenças Transmissíveis" realizado na União Soviética em outubro último, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde, as autoridades soviéticas fizeram questão de destacar que, "desde os primórdios do atual regime, em pleno período de subdesenvolvimento, agravado pelas lutas internas, secas prolongadas e enorme escassez de alimentos, foi mantida diretriz uniforme, aceita e defendida até hoje, que as inversões no campo da saúde são fundamentais para o desenvolvimento do país".

Aceita a necessidade de inversões para a criação da infra-estrutura sanitária local, o que importa agora e planejar sua ação, através da redistribuição de recursos, dentro de um programa escalonado, consideradas as prioridades nacionais de saúde e o grau de desenvolvimento sócio-cultural e econômico de cada área. Conhecendo e aproveitando a experiência dos países capitalistas e dos países socialistas, o que nos cabe é fixar a nossa própria diretriz no campo da assistência médico-sanitária a ser desenvolvida no nosso meio, ficando definido que a participação financeira do município nas atividades locais de saúde constituirá condição precípua para sua credenciação ao auxílio e cooperação por parte dos Governos Federal e Estadual.

Como primeiro passo, é importante definir as atribuições dos vários níveis da administração governamental do país. Assim sendo, propõe-se a consideração da 3ª Conferência Nacional de Saúde o seguinte esquema de atribuições:

À União competiria, sem prejuízo das atribuições fixadas na Constituição Federal:

1) Fixar o Plano-Diretor da Saúde Pública Nacional;

2) Orientar, coordenar e supervisionar a execução do Plano Diretor, distribuindo os recursos rigorosamente de acordo com os critérios estabelecidos no mesmo;

3) Preparar e aperfeiçoar pessoal especializado;

4) Realizar estudos e pesquisas aplicadas;

5) Padronizar, fabricar produtos profiláticos e exercer controle sobre sua utilização;

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

7)Estabelecer as normas técnicas gerais a serem cumpridas em cumpridas em todo o território nacional;

8) Manter laboratórios de referência para diagnóstico, bem como fixar os padrões mínimos e normas de controle dos alimentos;

9) Estimular e supervisionar a coleta de dados estatísticos referentes à saúde em todo o território nacional e proceder a sua análise e;

10) Cumprir os preceitos sanitários decorrentes de entendimentos internacionais.

Aos Estados, além da legislação supletiva que lhes é assegurada na Constituição Federal, e sem prejuízo das atribuições fixadas nas respectivas Constituições Estaduais, competiria:

1) Fixar o Plano-Diretor de Saúde Pública Estadual, levando em conta os critérios estabelecidos no Plano-Diretor Nacional;

2) Orientar, coordenar e supervisionar as atividades de Saúde Pública incluídas no seu Plano-Diretor;

3) Preparar pessoal auxiliar de Saúde Pública;

4)Prestar assistência médico-hospitalar aos doentes mentais, de tuberculose e de lepra;

5) Manter hospitais e unidades mistas regionais de apoio aos órgãos sanitários municipais;

6) Suplementar técnica e financeiramente as atividades sanitárias municipais;

7) Manter laboratórios para diagnóstico bacteriológico e controle bromatológico; e

8) Exercer a fiscalização do exercício profissional e do comércio de drogas, obedecida a legislação federal pertinente.

Ao Município competiria:

1) Organizar os serviços locais de saúde, atendidos os critérios fixados nos Planos-Diretores Nacional e Estadual, ajustados as suas reais condições financeiras, culturais e administrativas;

2)Estabelecer, em lei municipal, a obrigatoriedade da participação financeira do município na manutenção das atividades de saúde e saneamento;

3) Operar e manter serviços de abastecimento d'água, de remoção de dejetos e de lixo;

4)A admissão de pessoal, visando a vincular esses servidores a organização municipal e a criar uma infra-estrutura permanente.

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

9 a 15 de dezembro de 1963

TEMA C

Munipalização dos Serviços de Saúde

Introdução

As atividades sanitárias no Brasil têm conseguido grandes triunfos, ninguém o pode contestar. As condições sanitárias do Rio de Janeiro, e muito mais as do resto do país no princípio do século, eram verdadeiramente calamitosas. O panorama atual é inteiramente diverso, tendo sido o crescimento da economia nacional fator decisivo para esta modificação. Os trabalhos de saúde pública atenderam com eficiência e presteza aos reclamos nacionais, contribuindo decisivamente para que o esforço nacional não fosse comprometido pela presença em nossos portos de doenças pestilenciais e todas as suas consequências. Não há dúvida que decorreu do trabalho das nossas autoridades sanitárias, que se tornasse efetiva a lei de abertura dos portos ao comércio de todas as nações.

Foram consequentemente desaparecendo do quadro nosológico do país as doenças infecciosas de longa incidência e de grande repercursão internacional: cólera, peste, varíola e febre amarela, doenças que hoje, não resta a menor dúvida, se encontram praticamente erradicadas ou sob controle, não representando mais nenhum perigo eminente. Da mesma forma outras enfermidades de menor importância pelas suas consequências internacionais, porém, nem por isto menos graves no que diz respeito aos sofrimentos que determinavam às nossas populações, também vêm sendo submetidas a uma ação decisiva das autoridades sanitárias e entrando em rápido declínio, tais como malária, tracoma, bouba, poliomielite, bócio, sífilis, gonorréia e febre tifóide.

É, pois, evidente e merecedor de reconhecimento nacional, o esforço, a dedicação e o trabalho daqueles que anonimamente, e muitas vezes com salários irrisórios, vêm se dedicando à melhoria do estado sanitário do nosso País.

Acontece, porém, que, quando examinamos o trabalho permanente do sistema sanitário do País, isto é, as atividades ligadas aos problemas gerais de saúde pública, constata-se a sua ineficiência, por inadaptação às necessidades e possibilidades do povo brasileiro. Para caracterizar esta ineficiência basta referir os seguintes fatos que são indiscutíveis e da maior importância:

a) ainda hoje grande parte da população brasileira não é servida, em caráter permanente, por nenhum serviço de saúde pública que lhe atenda às mais simples necessidades: imunização contra as várias doenças transmissíveis que têm neste sistema sua profilaxia; fiscalização de gêneros alimentícios; inspeção sanitária promovendo a remoção higiênica dos dejetos; auxílio permanente na solução dos problemas de saneamento básico.

b) se é verdade que com a instalação dos serviços médicos dos Institutos e das Caixas de Pensões e Aposentadorias, e dos Serviços de Pronto socorro, mal ou bem, as populações das Capitais dos Estados e de muitas cidades importantes do interior, vêm obtendo uma assistência médica ainda merecedora de críticas, mas de qualquer forma resolvendo muitas situações difíceis. Grande parte de nossa zona rural não dispõe do menor apoio neste terreno, ficando inteiramente entregue aos curandeiros, às curiosas sem o menor conhecimento do seu ofício, e como terapêutica, a utilização das mais absurdas práticas ligadas à crêndice e ao empirismo.

c) não conhecemos no Brasil quantos morrem, nem quantos nascem por ano. A organização sanitária brasileira trabalha, assim, sem bússula, pois, com absoluta razão, já no início do século, afirmava o nosso ilustre patrono Oswaldo Cruz: "A Estatística Sanitária é a bússula da Saúde Pública". É claro que, se não se sabe quantos morrem, muito menos se pode saber de que morrem, e logicamente, não está a Saúde Pública em condições de medir com certa precisão os resultados do seu trabalho, e muito menos, o que deverá fazer para melhor atender às suas finalidades de defender a vida das populações.

O Ministério da Saúde aceita hoje a hipótese formulada e defendida, desde algum tempo, por alguns dos seus técnicos, que esta situação resulta fundamentalmente de que a organização sanitária brasileira permanente desde seu início, tem sido vítima de não se ajustar às condições sócio-econômicas do País. Percorrendo em rápida síntese a história da Saúde Pública nacional, verificamos a constatação desta hipótese. Senão vejamos:

A primeira organização sanitária do Brasil foi criada por D. João VI, que, nas suas fugas para o nosso País, perseguido pelo exército Junot, trouxe muitos dos mais notáveis cirurgiões do Reino e chegando à Bahia, a 26 de janeiro de 1808, já em 7 e 9 de fevereiro baixava alvarás, transferindo para o Brasil toda a legislação sanitária de Portugal, sem nenhuma consideração pelas realidades locais.

É claro que, apresentando o Brasil e Portugal condições inteiramente diferentes: área, densidade demográfica, situação econômica, cultural e outras, não poderia a legislação portuguesa satisfazer às necessidades brasileiras.

Portugal, por sua importância mundial no início do século XIX, dispunha de uma legislação sanitária bastante avançada, mas inadaptável à situação de atraso do Brasil. Este mau início, aliás, parece vir perseguindo a nossa organização sanitária pois, estamos continuamente pretendendo introduzir medidas médico-sanitárias que, dando bons resultados em países de elevado nível econômico social, não chegam a funcionar no Brasil, não só por falta de recursos em pessoal e material para a sua ampla utilização, mas também porque, não raro, não são necessárias às nossas condições sanitárias. Outro prejuízo de graves consequências que nos foi legado pela legislação de D. João VI, foi a imposição da centralização administrativa.

Estes dois equívocos da primeira legislação sanitária outorgada ao país, ainda hoje vêm prejudicando a formulação de uma política de Saúde Pública que atenda às nossas reais necessidades.

É assim que, por sucessivas reformas, o nosso sistema sanitário vem sendo levado a adotar medidas e providências que, sendo talvez de grande alcance em países de elevado grau de desenvolvimento, não se ajustam às nossas condições. Já hoje ninguém discute que a nosologia de cada população é, de fato, uma decorrência de sua estrutura econômica; assim os problemas sanitários dos países subdesenvolvidos são peculiares a esta condição, de forma que as atividade médico-sanitárias também são distintas e devem, por isso, corresponder a essa estrutura.

No desenvolvimento do programa de Saúde Pública no Brasil, uma questão de princípio vem preocupando os técnicos: a centralização e a descentralização. No Império, a predominância de uma ou outra corrente resultava da situação momentânea. O mais lúcido de todos os administradores da Saúde Pública, do século passado, o Conselheiro Paula Candido, foi, decididamente, pela descentralização, e os motivos que apresentava ainda hoje são válidos:

"No interior do País, dizia PAULA CANDIDO, é incontestável que só as Câmaras Municipais e as Justiças Territoriais podem cumprir funções que são, em meu pensar, mal cabidas nas atribuições da junta, a qual nunca poderá ter por toda parte delegados seus que valem pelo cumprimento da Lei".

Com a proclamação da República, e instituição do regime federativo nos termos da Constituição de 1891, a descentralização foi estabelecida, cabendo aos Estados a responsabilidade da administração sanitária.

Pela mesma Constituição foi concedida aos municípios, cabendo-lhes, por conseguinte, a organização e administração dos serviços locais do seu interesse. É evidente que, dentre esses, estavam os serviços sanitários de âmbito local.

As municipalidades brasileiras teriam naturalmente de percorrer longa caminhada, até adquirirem suficiente experiência para criar um sistema razoável de administração dos seus serviços. Esta circunstância não poderia significar a condenação das administrações locais, mas apenas a necessidade de que fossem ajudadas na aprendizagem que deviam iniciar.

De qualquer modo, com a proclamação da República e a adoção da descentralização, os serviços sanitários do Brasil continuaram, como não podia deixar de ser, funcionando precariamente. Aliás, é preciso reconhecer que esta era uma contingência a que estavam submetidas todas as populações. As atividades sanitárias tenham como finalidade quase exclusiva a luta contra as doenças transmissíveis. Este sentido é bastante elucidativa a leitura do livro de Harry S. Mustard - Government in Public Health - que examinam a evolução do movimento sanitário nos Estados Unidos. De todas as maneiras e a partir de Oswaldo Cruz, o Governo da União, por imposição de fatores de toda ordem, entre os quais o econômico não foi o de menor importância, iniciou um trabalho efetivo no combate a certas doenças. A febre amarela, foi o exemplo decisivo. A decretação da vacinação obrigatória contra a varíola, com todos os seus percalços e dificuldades, demonstrou igualmente a possibilidade do controle das doenças deste tipo.

As atividades da Saúde Pública vieram então estendendo-se e, apesar da descentralização, o Governo da União foi assumindo maiores responsabilidades, não só das que realmente lhe deviam caber, como outras que são de natureza local. Por outro lado, a partir de 1919, quando o Estados Unidos, saindo da Primeira Grande Guerra, como a primeira potência mundial, passaram a exercer enorme atração em todos os setores da ciência e da tecnologia, o movimento sanitário brasileiro, como modelo aquele país. É curioso assinalar, e não vai nisto a menor crítica aos eminentes líderes da Saúde Pública na época,

como pensavam os nossos administradores sanitários, que bastaria dar ao povo brasileiro uma organização sanitária como a americana, para que a nossa população ficasse tão sadia e rica como aquela.

É assim que, no capítulo sobre "Higiene e Saúde Pública", do Dicionário Histórico, Geográfico e Etnográfico do Brasil, o ilustre Prof. J. P. Fontenelle, eminente homem de Saúde Pública a quem nunca deixamos de prestar as nossas homenagens pela sua dedicação, honestidade e interesse nos cargos que exerceu, escrevia:

"Torna-se urgente coordenar e uniformizar todas as atividades desta parte da administração pública, pondo-as sob a direção de uma autoridade central, um Ministro de Estado, chefiando uma espécie de estado maior de técnicos especializados, com um chefe de serviço em cada Estado e um centro de ação higiênica em cada município: Tomando por base a necessidade de iniciar o serviço modestamente, e sendo certo que em muitos Estados há Municipios quase desabitados, de modo a tornar possível começar em poucos centros de cada Estado, a contribuição financeira municipal, estadual e federal, conjuntamente, não será tão grande quanto a princípio possa parecer. E que o fosse: seria um dinheiro bem gasto. Corrigidas, pouco a pouco, as causas que contribuem para a decadência do nosso homem; melhorada progressivamente suas condições físicas e mentais, e aperfeiçoado continuamente como máquina de trabalho, determinará isso um pronunciado surto econômico que sem demora, compensará imensamente as primeiras despesas. E mais, como não há outro bem que a saúde possa igualar, e sendo ela levada a cada canto do país, por influência e decisão do governo central - que deve ser o governo de todo os Estados - mais estreitos se tornarão os laços que unem as Unidades da Federação, contribuíndo para firmar a indissolubidade da pátria comum.

Uma eficiente organização nacional e unitária de Saúde Pública... Povo sadio é povo trabalhador, é povo poderoso, é povo feliz".

Seria exigir demais, querer que um médico de Saúde Pública, em 1922, fizesse uma interpretação diferente do fenômeno, principalmente se tratando de um jovem entusiasta de uma profissão, que de fato era nova no Brasil. Anos depois, se tornou fácil verificar o equívoco ocorrido no julgamento, porém os fatos vieram esclarecer o assunto. Basta ver a evolução das organizações sanitárias municipais nos Estados Unidos. Neste sentido Mustard informa: "O crescimento das unidades de saúde governamentais medido pelo número de counties (municípios) atendidos, foi de 15 em 1915 para 728 em 1935; para 1577 em 1940 e para 1828 em 30 de junho de 1942. A despeito deste progresso, restavam no meio do ano de 1942 cerca de 33.000.000 de pessoas nos Estados Unidos sem serviço de saúde mantido pelo Governo". Em 1942 existiam nos

Estados Unidos 3.070 counties (municípios), de forma que, ainda naquele ano, 1.242 comarcas americanas não contavam com organismos de Saúde Pública. Deve ser assinalado que estas organizações sanitárias são administradas e da responsabilidade dos governos locais. Os governos dos Estados Unidos e o Federal dão auxílio financeiro e técnico.

Diante destes dados não é difícil concluir que a crição da grande rede de unidades de Saúde Pública dos Estados Unidos, não foi a causa do progresso da grande nação irmã, porém, exatamente a consequência deste progresso.

A tese lançada em 1922 foi largamente difundida e apoiada por todos os médicos de Saúde Pública no Brasil, atingindo o seu apogeu no período de 1937 a 1945 que, devemos afirmar, representou o período áureo do movimento sanitário no Brasil. Neste período a ação sanitária do Governo da União, chefiada pelo ilustre Prof. Barros Barreto, estendeu-se a todo o território nacional, e a tese de salvação nacional pelo trabalho da Saúde Pública dominou a todos, criando-se uma verdadeira mística.

Muito embora os resultados dos intensos trabalhos então realizados não fossem satisfatórios, não há dúvida que, nem por isto, são menores os méritos de Barros Barreto, pois em consequência de sua experiência é que se criaram condições para a reformulação no país da filosofia das atividades de Saúde Pública e do problema da saúde do homem em países subdesenvolvidos. A História da Saúde Pública no Brasil situará, sempre, o nome de Barros Barreto entre os seus maiores, ao lado de Paula Candido, Emílio Ribas, Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Otávio de Freitas, para citar somente os de primeira grandeza e já desaparecidos.

A ação de Barros Barreto fez com que o movimento de centralização das atividades sanitárias, que vinha se processando desde 1923 nos Estados do Rio de Janeiro e de Pernambuco, se generalizasse, e assim, foi incentivada a disseminação de organismos médico-sanitários de administração estadual em muitos municípios. Esta rede cresceu bastante e continua a se desenvolver. Nada impede que continue a funcionar, e decerto ninguém é contrário a que os Estados continuem a manter um sistema de organização sanitária que corresponda orientação administrativa que melhor convenha às suas necessidade e às suas possibilidades.

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

de saúde com a intenção manifesta de entregá-los às autoridades locais ou às administrações estaduais tão logo funcionassem normalmente. Até hoje, decorridos 20 anos, poucos desses serviços puderam ser devolvidos. Esta devolução foi difícil até agora, pois os custos de operação eram incompatíveis com a situação econômica-financeira dos Estados e Municípios. De acordo com o relatório da FSESP relativo ao ano de 1961, esta administrava em 13 estados, 259 unidades sanitárias (206 Postos e 53 Sub-Postos) e dava assistência financeira a 89 outros (80 Postos e 9 Sub-Postos), em outros sete Estados. É por todos estes motivos, que parece indispensável procurar nova estrutura para a organização da Saúde Nacional.

O QUE SE PRETENDE COM MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICO-SANITÁRIOS

A municipalização dos serviços médico-sanitário terá por finalidade, em primeiro lugar, implementar o dispositivo constitucional que, de fato, na opinião atual da grande maioria dos técnicos de Saúde Pública, é acertado. O debate a este respeito gira em torno da oportunidade, e não da tese. Os argumentos que se apresentam para justificar a inoportunidade da medida são os seguintes: incapacidade financeira, incapacidade técnica e influência acentuada da política. Todos esses argumentos já têm sido largamente debatidos e não convencem de modo a invalidar a proposição, sobretudo pelas seguintes raízes:

A incapacidade financeira dos municípios é um mito. Depois da reforma constitucional, que mandou distribuir entre os municípios 15% do imposto de renda e 10% do imposto de consumo, sua situação financeira sofreu uma modificação substancial. Na proposta orçamentária da União para 1964 figura uma rúbrica de Cr$89.000.000.000,00 (89 bilhões) para ser dividida entre 3.777 municípios brasileiros, o que representa mais de Cr$23.000.000,00 (23 milhões) para cada um, importância que, somada à receita local, representa soma suficiente para permitir que mesmo os mais pobres possam atender aos serviços locais que lhes cabem. Os que discordam, certamente, apresentarão argumentos que, na aparência, são decisivos no combate à tese:

1 - A impontualidade do Tesouro no pagamento das cotas municipais;

2 - O constante crescimento do número de municípios determinando uma redução da importância das cotas.

A validade dos argumentos, como se disse, é apenas aparente. O Tesouro, não há dúvida, retarda o pagamento, mas sempre paga, e é preciso

confiar em que, com a atual reforma administrativa, o que se prende, principalmente, é a reformulação de orçamentos para serem executados. Aliás, aceitando o princípio da não execução orçamentária, a mesma incapacidade teria de ser atribuída aos órgãos federais que tiveram até hoje suas verbas largamente reduzidas pelos planos de contenção.

No que se refere ao aumento do número de municípios e consequente redução da cota, a verdade que mesmo admitindo-se que a soma total de recursos continue a mesma, e inalterados os problemas médico-sanitários, não ocorrerão modificações substanciais, pelo fato de existir maior número de unidades administrativas.

Quanto à incapacidade técnica-administrativa, também não nos parece argumento definitivo. Não há dúvida que existem muitos municípios brasileiros que apresentam precárias condições administrativas; não há que ser, porém, negando o direito de administrar os serviços do seu interesse que esta situação vai melhorar. O que se torna indispensável é ajudá-los a vencer as atuais dificuldades. Certo que se praticarão erros, mas a aprendizagem terá sempre de ser feita, e ninguém aprende sem os cometer. Melhor exemplo de que quem trabalha comete erros, nos dá a FSESP, que sendo uma organização que sempre contou com os 73 melhores técnicos nacionais e internacionais, depois de 14 anos de trabalho, teve a honestidade de, reformulando os seus programas de trabalho afirmar:

"De há muito os técnicos da FSESP vêm sentindo a necessidade de uma revisão dos métodos de trabalho usados em nossas Unidades Sanitárias, que certamente podem e devem ser aperfeiçoados, para que o Serviço possa manter um caráter dinâmico e pioneiro da Saúde Pública Brasileira.

Os motivos de nossa deficiências são vários, sobressaindo, entre eles, porém, a tentativa que fizemos de aplicar, em nossas áreas, esquemas de trabalho calcados nos outros países, sem levar em conta as profundas diferenças econômico-sociais existentes entre os países de economia predominantemente agro-pastoril e os de nível industrial e tecnológico avançado.

À primeira vista, poderá parecer, assim, que todo o trabalho já realizado tenha sido improfícuo. Tal, entretando, não se dá, pois a experiência obtida numa época em que quase nada se sabia, de muito nos servir para a escolha do método mais condizente com nossas condições culturais.

Os problemas que nos afligem, são os encontrados nos países chamados subdesenvolvidos, de economia fraca, com altos coeficientes de mortalidade geral e infantil, decorrentes do baixo padrão de vida do povo. Por

este motivo, devemos limitar os recursos disponíveis à resolução de problemas imediatos, sem deixar de reconhecer, entretanto, que essa resolução, no momento, depende menos dos Serviços de Saúde Pública, do que de outras instituições governamentais, que devem promover o aumento da riqueza, isto é, o aumento da produção de bens para que o processo de aculturação não se torne estéril".

É preciso não se esquecer que os problemas locais de Saúde Pública são uma resultante das condições econômico-sociais da população, de maneira que os pequenos aglomerados humanos apresentam problemas que não exigem grandes técnicos para enfrentá-los.

Cumpre-se assinalar que há muitos anos (1946) esta era a tese defendida por alguns sanitaristas brasileiros, e a longa experiência nacional, à custa de bilhões de cruzeiros, veio confirmá-la.

Relativamente à influência política, convem não esquecermos que a política uma constante em todos os níveis da administação pública brasileira e de qualquer outro país. O problema de sua maior ou menor influência na administração pública é uma questão de desenvolvimento econômico, cultural e de treinamento, no devendo, por conseguinte ser apresentado neste debate.

De outra parte, é preciso reconhecer que a municipalização não implica o afastamento do Governo da União, e muito menos dos Governos Estaduais do problema. A municipalização tem como principal finalidade, despertar o interesse dos municípios por uma atividade de grande importância para as suas populações e determinar a organização de serviços de assistência médico-sanitária onde não existem.

Como já foi afirmado mais de uma vez, o Governo da União, por intermédio do Ministério da Saúde, dará aos municípios que venham a organizar os seus serviços próprios, toda a assistência técnica, financeira e material que lhe for possível, dentro, é claro, de convênios que estabeleçam os programas a serem executados e que permitam a aplicação dos recursos recebidos.

Os Governos Estaduais que atualmente executam, em alguns municípios, estas tarefas, assumindo as despesas totais, certamente não se furtarão de auxiliar àqueles que tomem à sua conta estes encargos, ou que os criem onde os Estados ainda não puderam fazê-lo.

As organizações médico-sanitárias que os municípios poderão organizar, ficarão na dependência das necessidades e das possibilidades de cada um, não se submetendo a nenhum esquema pré-fabricado. As suas atividades, entretanto, serão formuladas dentro dos recursos disponíveis e das necessidades

efetivas da população. Não pretendemos, de outro lado, que os municípios instalem cada um, apenas uma unidade de assistência médico-sanitária, e sim, tantas quantas forem necessárias dentro de sua área, para que o total da população possa ser coberto, pois, sabendo-se como são, em muitos casos, vastas as áreas territoriais dos municípios, a existência de unidade sanitária na sede do município não permite atender as populações das zonas rurais e dos distritos por acaso existentes, fato que ocorre frequentemente nas condições atuais, quando os Postos de Saúde do Estado localizados nas cidades, sedes municipais, dão uma cobertura muito reduzida aos habitantes das vila, sedes dos distritos, das localidades e das zonas rurais. É preciso ter presente, que a finalidade fundamental da municipalização é aproximar a Saúde Pública das populações que mais precisam e permitir, com a criação de uma estrutura básica sanitária, a realização em todo o território nacional de medidas de saúde pública que possam interessar às nossas populações.

O QUE SE ESPERA DESTAS UNIDADES MÉDICO-SANITÁRIAS MUNICIPAIS

Já afirmamos que as unidades médico-sanitárias a serem instaladas pelos municípios terão a organização e o pessoal que sejam compatíveis com as necessidades e as possibilidades locais, variando, assim, com os recursos e as condições de cada município. Devem, entretanto, atender, mesmo as de mais limitados recursos, aos seguintes problemas:

a) medidas primárias de saneamento do meio, isto é, auxiliar os habitantes a encontrar soluções satisfatórias para o destino dos dejetos e das águas poluídas. Colaborar na extinção de focos de moscas, mosquitos e outros insetos, procurando interromper a cadeia epidemiológica, quando for o caso de doenças transmitidas ou veiculadas por artrópodos. Tomar providências para evitar a poluição das águas destinadas a usos domésticos, mostrando os locais mais adequados para a perfuração de poços e cacimbas, como defendê-los e outras providências da mesma natureza;

b) fiscalização dos gêneros alimentícios, das habitações e dos estabelecimentos que lidam com a produção e o comércio de alimentos. Tratam-se de medidas simples, pois todos sabem que no interior os alimentos são apresentados ao consumo, na grande maioria dos casos, em sua condição natural e, assim, de fácil percepção as alterações e adulterações. Do mesmo modo, a fiscalização das habitações, tendo em vista o baixo nível de renda das populações, ser muito mais uma colaboração para o melhor aproveitamento das condições locais, de maneira que sejam melhores, tanto quanto possível; insistindo nos problemas gerais de iluminação, ventilação e revestimento dessas moradias;

c) imunização contra as doenças transmissíveis, e alarme no caso de ocorrência de anormalidades sanitárias. Está hoje evidente a falência da organização médico-sanitária nacional com a endemia de varíola que vem se mantendo no país. A organização de uma Campanha Nacional Contra a Varíola é o atestado desta falência, e a sua inadequação às condições do Brasil é comprovada pelo fato de que a Campanha não vem conseguindo vacinar, anualmente, mesmo com gastos elevados, um número de pessoas equivalente ao número de nascidos. Aliás, é preciso não ter receio de afirmar que criar um órgão específico para vacinar contra a varíola e considerar que a organização sanitária do país praticamente não existe, e não se pretende criar condições para que ela venha a existir. As organizações de Saúde Pública dos municípios poderão resolver facilmente este problema e realizar outras imunizações que sejam consideradas convenientes de acordo com as condições locais.

Sua utilidade será também de maior valia no que se refere a dar o alarme toda vez que anormalidades sanitárias ocorram na região;

d) prestação dos primeiros socorros de assitência médica. É conhecido o abandono em que vivem as populações do interior, no que se refere à assistência médica. Os curandeiros e aparadeiras, sem o mais rudimentar conhecimento exercem uma função que não pode ser desconhecida nem perseguida por falta de quem os substitua. As modernas conquistas de terapêutica não são utilizadas por grande parte do povo brasileiro, causando este fato grandes sofrimentos inúteis e muitas mortes perfeitamente evitáveis. Os casos de morte por hidrofobia por falta de vacina anti-rábica, e os casos de morte por falta de soro anti-ofídico são corriqueiros. A elevada mortalidade materna, em consequência da falta dos mais rudimentares preceitos de higiene no ato do parto, é outro dado incontestável. O Ministério da Saúde acredita que mantendo os municípios os serviços convenientemente distribuídos e com os recursos terapêuticos que lhes serão fornecidos, muitos desses problemas poderão ter soluções satisfatórias.

O pessoal do serviço médico-sanitário dos Municípios que será devidamente preparado para prestar os primeiros socorros, poderá resolver a maioria dos casos, e tomar as providências necessárias encaminhando para centros mais adiantados aqueles à que apresentarem maior gravidade;

e) levantamento dos dados de estatística vital. O Ministério da Saúde, não desconhece que a exatidão estatística é uma decorrência do desenvolvimento, mas considera que já pode o Brasil dispor de melhores informações a respeito do movimento demográfico nacional. A situação atual por todos os títulos, lamentável. Em largas regiões do país, em virtude da falta de controle dos cemitérios, se desconhece oficialmente mais de 50% dos óbitos ocorridos. No que se refere a nascimentos, a situação é ainda mais grave.

No quadro das atividades das organizações de Saúde Pública dos municípios, será dada uma prioridade especial a este problema;

f) finalmente, é indispensável que todo e qualquer programa de erradicação, seja ele qual for, só poderá ser levado a efeito, se existir uma estrutura básica sanitária capaz de manter a vigilância e a descoberta de qualquer caso novo tão prontamente quanto possível. E esta estrutura, pela sua extensão, não poderá ser devidamente organizada e controlada por um órgão central, além do mais seria muito cara e representaria um enorme desperdício de recursos.

O Ministério da Saúde dentro da política geral do Governo, reconhece que a saúde de uma população é uma consequência do desenvolvimento da economia nacional e da maior quantidade de bens e serviços que sejam postos à disposição da população e da possibilidade que esta tenha de usá-los, inclusive, é claro, os serviços médico-sanitários. Aceita, destarte, que a saúde do homem só melhora com a substituição da energia muscular, na produção do trabalho, pela energia mecânica, pois assim é possível multiplicar a capacidade produtiva de um povo.

Este fato, entretanto, não exclui a utilização de todos os recursos da técnica de Saúde Pública para mudar a situação sanitária e servir ao desenvolvimento econômico do país. Muito pelo contrário. O Ministério da Saúde tem como política defender de todas as maneiras a vida do homem brasileiro e, ao contrário de muitos pessimistas, considera altamente auspicioso que a população nacional venha tendo elevado incremento. Para países como o Brasil, de baixa disponibilidade de energia per capita, o homem , na verdade, é o único elemento real de fora.

O sentido efetivo de instalação de uma rede básica de serviços de Saúde Pública, à cargo dos Municípios, com o auxílio técnico e financeiro da União e dos Estados, é a defesa da vida do homem no Brasil. Reconhece o Ministério que não pode dar saúde a quem tem um nível ínfimo de vida, mas deseja que se conserve a esperança de que as condições possam melhorar continuadamente dentro de um quadro de crescimento das forças produtivas do país.

A MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA

De início convém esclarecer que, presentemente, o Governo Federal não tem nenhuma responsabilidade direta nos problemas locais de saúde pública dos Municípios. É verdade que, devido à ação individual de parlamentares e da

atividade isolada de políticos junto ao Ministério da Saúde, alguns Municípios recebem, esporadicamente, auxílio para a construção de prédios para alojar repatições sanitárias, e pequenos recursos para a sua manutenção. Os problemas de saúde local são, de acordo com o artigo 28 da Constituição de 1946, da responsabilidade da administração municipal. Como ficou esclarecido anteriormente, no período do Estado Novo, por influência da Administração Sanitária Federal, os Estados haviam assumido estas responsabilidades, e apesar do preceito constitucional mantêm a tradição.

Resta assim definir bem a questão, a saber:

a) Os Estados têm dado aos Municípios adequados serviços médico-sanitários?

b) Do ponto de vista da organização administrativa e dos custos, é vantajoso o sistema de administração estadual?

c) Os organismos sanitários estaduais mantidos nos Municípios vêm operando satisfatoriamente?

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

Com raras exceções, as redes de repartições sanitárias mantidas pelos Estados são limitadas, e os trabalhos que executam deixam muito a desejar. De um modo geral, o que se nota é que os Municípios mais importantes, mais desenvolvidos, e logicamente, de maior contingente eleitoral, são atendidos.

Não será exageiro afirmar que os Municípios das capitais absorvem a maior parte dos recursos totais destinados às atividades sanitárias, observando-se, como uma constância, que os Municípios muitas vezes em maior número, por suas condições de terem menores rendas, nada recebem. Desta forma constata-se que a filosofia em que hoje se baseia a imposição tributária, que seria usada tendo como principal finalidade uma redistribuição de renda, não funciona, pois todos pagam impostos na medida de suas possibilidades, e na divisão dos benefícios os mais aquinhoados são os mais ricos.

De um modo geral pode-se afirmar que essas organizações sanitárias funcionam da maneira mais precária, mesmo nos Estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Espírito Santo que, em virtude de condições particulares de riqueza, poderiam apresentar melhores índices de rendimento. Em 14 Estados a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública passou a colaborar mantendo ora serviços próprios, ora serviços chamados cooperativos.

Adiante será examinada a situação resultante destes acordos; desde logo, pode-se afirmar que com a interferência da FSESP, o Governo Federal

passou a assumir a responsabilidade total, ou em grande parte, pelos serviços locais de saúde de muitos municípios. Esta situação cria evidentemente para a União, encargos que estão fora de suas possibilidades, e o que é mais grave, estabelece um sistema discriminatório entre os municípios: oferece a alguns um serviço que nega a outros, e a verdade é que todos precisam, pois se trata de serviços locais.

Encarando o aspecto administrativo, parece fora de dúvida que os serviços sanitários locais devem ser da alçada municipal. Uma organização central programando em um país continental, planos e programas para realização local nos diferentes municípios do Brasil, um verdadeiro contrasenso. As populações locais que podem ter um conhecimento mais realista dos seus problemas, são elas que devem sentir o que deve ser atendido prioritariamente.

Não há dúvida, porém, que o fator mais importante para mostrar que as organizações sanitárias locais sejam da alçada dos municípios, é problema dos custos de operação. Os salários dos funcionários da União são idênticos em qualquer parte do território nacional e dos Estados e idênticos em qualquer parte do Estado respectivo. Estes são sempre muito superiores aos salários pagos pelos Municípios. Desta circunstância, resulta logicamente, custos mais elevados, mas não é este, do ponto de vista administrativo, o único incoveniente da estadualização ou federalização dos serviços sanitários. Outro de não menor importância é o de permanência dos funcionários. De um modo geral os funcionários federais têm a tendência para vir residir na capital, ou nas cidades mais adiantadas. Resulta desta situação que, de um modo geral, os funcionários ficam no interior como nômades ou turistas, não se integrando na vida das comunidades em que servem e numa batalha incessante em busca de transferência. Deve ser em virtude desta situação o fato da falta quase total de documentação a respeito das condições sanitárias do interior do Brasil. Os médicos da Saúde Pública têm uma curta permanência média no interior, não dando, assim, oportunidade de conhecer bem as condições locais e transmitir suas experiências.

Pode-se afirmar que os organismos de Saúde Pública permanente no Brasil, estão funcionando muito mal. Não existisse farta documentação a respeito, bastaria para demonstrar de forma irrespondível esta afirmativa, a situação profundamente lamentável do problema da varíola, que levou o Governo Federal a organizar um organismo especial para vacinar o povo. Parece fora de propósito, diante deste dado, acrescentar argumentos.

Discutir as razões e os culpados desta situação também parece construtivo. De um modo geral, entretanto, é claro que tendo a Saúde Pública no Brasil alcançado seu período de maior eficiência aparente na época do Estado

Novo, e entrado em verdadeiro colapso com a volta ao regime constitucional, os técnicos não se aperceberem desde logo da situação e ficaram em estado de perplexidade e, consequentemente, incapazes de formular um novo programa de trabalho.

A par disso, outros fatores, uns de ordem geral, outros de ordem específica, começaram a operar, determinando sensíveis melhorias nas condições sanitárias do País, de forma a permitir que as deficiências desta organização chegassem a ser notadas. Entre estes podem ser apontados:

1) A utilização em larga escala das sulfas e da penicilina, trazendo uma redução considerável da sífilis e das doenças venéreas, bem como de outras doenças contagiosas;

2) Os antibióticos com ação nas outras doenças contagiosas: febre tifóide, principalmente a hidrazida, na tuberculose, reduzindo também consideravelmente a mortalidade por esta doença;

3) Os inseticidas de ação residual que trouxeram, a custo reduzido, uma modificação substancial na incidência de muitas doenças, não só como consequência da eliminação de vetores, como também pela melhoria do meio com a destruição de moscas, mosquitos, piolhos, percevejos, etc.;

4) As modificações da economia brasileira trazendo uma elevação dos níveis de vida da população, que, de conformidade como os dados apurados pelo Instituto de Economia da Fundação Getúlio Vargas, se traduziu no período 1947/1960 em uma elevação da ordem de 50% na renda real per capita trouxe as seguintes consequências:

I - Possibilidade da produção atender de modo mais satisfatório suas necessidades fundamentais: alimentação, habitação e vestuário, o que, como consequência, aumenta as resistências às doenças;

II - Capacitar maior número de brasileiros a tomar interesse pela saúde, e dispor de recursos para comprá-la;

III - Incremento acentuado da renda pública, permitindo ao Governo um aumento acentuado da rede de assistência médico-sanitária nas capitais importantes (Previdência Social), de sorte que as deficiências das atividades da Saúde Pública fossem menos sentidas;

IV - Com o aumento dos recursos da União e com as facilidades técnicas resultantes dos inseticidas de ação residual e dos novos agentes terapêuticos, foi possível uma assistência médico-sanitária muito maior às populações rurais, embora sem caráter permanente.

Estas modificações da economia brasileira e das condições econômico-sociais de sua população determinaram, como era natural, um extraordinário aumento da demanda de serviços médicos e, consequentemente, uma grande valorização dos profissionais da medicina. Os serviços de Saúde Pública dos Estados, e mesmo os da União, não puderam, por motivos óbvios, acompanhar o ritmo de elevação dos salários destes profissionais, pelo menos nas funções que são de trabalho e não exclusivamente de emprego. Tendo-se presente que as nossas organizações sanitárias estavam fundamentalmente baseadas no trabalho do médico, é claro que suas atividades teriam de entrar em declínio, quando não fosse por deficiência de outra natureza, seria pela falta de quem nelas trabalhasse.

Observada, porém, a situação sanitária do País ninguém pode discutir sua extraordinária melhoria. O dado mais evidente para demonstrar esta situação é o resultado do Recenseamento Geral de 1960. A população brasileira estimada para 1960, mantidas as condições do decênio 1940/1950, era de 65.500.000; a apuração censitária, entretanto, revelou a existência de 70.700.000 brasileiros, o que significa uma redução de, pelo menos 5.200.000 mortes no decênio.

Esta diminuição do número de óbitos representa uma baixa no coeficiente de mortalidade de 19 para 13 por 1.000, isto é, 32%, o que não há dúvida é uma melhoria considerável.

Diante desta exposição, muitos poderão concluir que, se a situação assim é satisfatória, o mais razoável é não modificar o que tem oferecido, apesar de suas deficiências, resultados favoráveis. O problema, entretanto, não é tão simples, e a situação poderia ser melhor. Existem países de condições econômicas e demográficas semelhantes às do Brasil, com mortalidade inferior a 10%. Além do mais, a Saúde Pública é um instrumento que precisa ser posto a serviço do povo, e que se for utilizado adequadamente pode contribuir de maneira eficiente para o desenvolvimento nacional e evitar sofrimentos inúteis às populações. Chegou a oportunidade de adaptar instrumento de tanta utilidade às necessidades e possibilidades do povo brasileiro, e obter os resultados de sua ação. É, assim, indispensável criar os instrumentos adequados para que a Saúde Pública possa oferecer estes resultados.

O Ministério da Saúde considera que o caminho certo será a criação de uma estrutura básica de órgãos de assistência médico-sanitária, atendendo todo o País e tendo como centro de ação os municípios.

Do ponto de vista teórico, parece que todos os técnicos de Saúde Pública estão de acordo com esta tese. O que se discute é a oportunidade. São apresentadas quatro razões principais que justificam um retardamento desta

providência: incapacidade administrativa, incapacidade técnica, incapacidade financeira e grande influência da política.

Sem deixar de reconhecer que, em muitos casos, os argumentos são aparentemente válidos, não se podem ser aceitos, pois, assim, o que se deveria fazer era propor a extinção dos municípios que não pudessem assumir esta responsabilidade. Como esta solução não é viável, por anti-constitucional e anti-democrática, o que se deve é ajudar os municípios a superá-las.

Por outro lado, ninguém tem o poder de, do dia para noite, transformar toda a organização sanitária brasileira, transferindo para a administração dos municípios os órgãos de assistência médico-sanitária existentes e operados, no momento, pelo Governo da União, através da FSESP, ou pelos Governos Estaduais, instalem os seus próprios serviços. Não é possível que surjam opositores a esta idéia, pois seria querer impedir, sob falsos argumentos, que as populações mais pobres e mais desprotegidas organizassem seus serviços.

Os serviços de Saúde Pública que se pretende sejam administrados pelos municípios não serão uniformes. Cada comuna, de acordo com as suas possibilidades, criará o organismo que melhor atenda às suas necessidades. É claro que tanto mais pobre for a população, tanto mais simples serão os serviços. Não deverá haver entretanto, um único município que com a colaboração do Governo da União e dos Estados, não disponha de um órgão que trate dos problemas médico-sanitários.

A atuação deste organismo de ação sanitária municipal será enquadrada nas seguintes atividades:

1) Medidas primárias de saneamento do meio;

2) Fiscalização dos gêneros alimentícios, das habitações e dos estabelecimentos que lidam com a produção e comércio de alimentos;

3) Imunização contra as doenças transmissíveis;

4) Prestação dos primeiros socorros de assistência médica;

5) Levantamento dos dados de estatística vital - controle dos cemitérios.

COMO ORGANIZAR OS SERVIÇOS MÉDICO-SANITÁRIOS DOS MUNICÍPIOS

Defendendo o Ministério da Saúde o princípio de que os serviços locais são de responsabilidade dos municípios, evidente que não poderia

estabelecer normas de organização para os mesmos. As autoridades executivas, boas conhecedoras das condições, das necessidades e das possibilidades de suas populações têm melhores condições para sentir o que melhor satisfará aos desejos e interesses das comunidades que legitimamente representam. Além dos mais o Ministério da Saúde não pretende que se multipliquem unidades médico-sanitárias idênticas para todo o território nacional, muito pelo contrário, o que parece mais conveniente é a diversificação dos sistemas, de modo que diversas maneiras de enfrentar os problemas sejam aplicados, a fim de que a experiência da Saúde Pública brasileira abandone a rotina monótona atual, e entre em período de enriquecimento pela competição e comparação entre os diversos caminhos que forem adotados na solução dos problemas sanitários que tanto afligem as populações do interior.

Esta orientação geral, não significará o abandono das organizações médico-sanitárias municipais à sua própria sorte, nem deixar o Ministério da Saúde, na base da longa experiência de seus técnicos de sugerir linhas básicas de organização para os serviços e de colaborar intensamente no preparo do pessoal indispensável ao mesmos.

Já foi referido quais os serviços básicos mínimos que deverão ser realizados pelas organizações médico-sanitárias dos municípios. Partindo deste mínimo, dependerá das necessidades e das possibilidades de cada um, organizar programas de maior envergadura.

O PROBLEMA DE PESSOAL

É indiscutível que na realização deste plano, o problema mais difícil de resolver será o de pessoal.

Tratando-se de atividades médico-sanitárias surge logo a pergunta. Como vai ser resolvida a presença de médicos nos municípios? Seria ingenuidade pretender mandar médicos em grande número para o interior. Não só no Brasil, como no mundo inteiro, o que se vem verificando é a concentração cada dia maior de profissionais da medicina nos grandes centros. O avanço da tecnologia médica, a especialização, a aparelhagem necessária à prática da medicina moderna, praticamente conduzem a que os médicos só desejem trabalhar em grandes centros, onde contam com todos os recursos e verdadeiras equipes. Além do mais, com o enriquecimento dos habitantes das metrópoles, amplia-se cada dia o mercado de trabalho dos médicos nas grandes concentrações demográficas, de forma que não há como, nas condições atuais, levar médicos para atender às populações do interior. Por outro lado, como já foi afirmado anteriormente, é possível resolver de maneira satisfatória muitos dos problemas médico-sanitários

que afligem nossas populações do interior, na base de pessoal de menor qualificação com, é claro, supervisão médica.

A experiência do SAMFAM demonstrou de forma indiscutível, que não é possível manter médicos em municípios que não tem condições econômicas satisfatórias.

Partindo destes fatos, é evidente que as organizações médico-sanitárias municipais não serão obrigatoriamente dirigidas por médicos. Os municípios que tenham condições para admitir médico(s) tanto melhor que o façam; entretanto, os que não o puderem, nem por isso deixarão de organizar os seus serviços próprios.

Toma assim particular importância o pessoal a ser admitido e o seu treinamento. É neste trabalho que a colaboração do Ministério da Saúde, das Administrações Sanitárias dos Estados e se possível, das Universidades e das Escolas Isoladas de Medicina, terão de ser da maior importância.

Orientação básica:

1- em qualquer hipótese, os futuros servidores dos serviços sanitários municipais devem ser recrutados localmente;

2- o nível educacional dos candidatos não necessita ser elevado;

3- o período de treinamento não deve ser longo, e deve ser realizado em cidades do interior;

4- o ensino deve ser essencialmente prático.

Transferindo para os municípios os problemas locais de Saúde Pública, a União e os Estados, gradualmente, liberarão parte do seu pessoal, utilizado presentemente nestas atividades, e instalarão em municípios estrategicamente situados os centros de cooperação técnica, administrativa e financeira.

É difícil imaginar com antecipação as formas novas que serão criadas para estabelecer as relações de colaboração entre os três níveis de autoridades: União, Estado e Município. Não é mesmo pensamento do Ministério da Saúde criar um esquema rígido de acordo. As condições locais e o espírito criador das populações das várias regiões do País, certamente encontrarão soluções adequadas.

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

TEMA D

FIXAÇÃO DE UM PLANO NACIONAL DE SAÚDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Relatório Oficial apresentado a
3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Introdução

Ao oficializar a inclusão do Plano Nacional de Saúde, no temário da 3ª Conferência Nacional de Saúde, pretendeu o Ministério da Saúde conferir a este problema a importância e significação que ele assume no âmbito das medidas governamentais que visam a conquista de melhores condições de bem estar para a população brasileira.

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

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

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

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

PRÉ-REQUISITOS DO PLANEJAMENTO

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

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

Conhecem-se os procedimentos que podem ser aplicados na medição do impacto dos programas de saúde, bem como das repercursões diretas e indiretas do desenvolvimento econômico sobre os níveis de vida, de que a saúde é uma resultante. Os dados demográficos e nosológicos permitem avaliar os efeitos da política sanitária realizada. As técnicas empregadas variam de acordo com o objetivo da mensuração. Os inventários, os cadastros e os censos, constituem os

meios mais simplificados para avaliação. A medição dos fenômenos sanitários, em termos de avaliação física, depende de unidades de medida, cujo valor, na quantificação dos indicadores, vem sendo posto em relevo. As projeções, os questionários, as análises de índices, representam exemplos destes instrumentos. Se adicionarmos a estes procedimentos aqueles índices da atividade econômica, expressos na renda, no nível de emprego, na distribuição do produto, na estrutura dos gastos de consumo, atentar-se-á para a complexidade dos dados que se exigem no planejamento.

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

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

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

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

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

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

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

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

A definitiva institucionalização do sistema de planejamento naional, providência em estudo nos círculos governamentais, abrirá a possibilidade de se consolidar e ampliar a experiência iniciada e possibilitará o cumprimento adequado da missão que compete aos Grupos de Planejamento em cada um dos setores em que se desdobra a ação administrativa da União.

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

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

a) prioridade para os programas de Saúde que beneficiem ao maior número de pessoas e a custos mais reduzidos;

b) atendimento aos dados da estrutura demográfica na seleção dos beneficiários da assistência governamental;

c) eliminação de todas as fontes de desperdício de recursos e correção dos níveis de ociosidade na utilização do equipamento existente;

d) subordinação dos programas às disponibilidades efetivas de recursos das comunidades;

e) reestruturação do Ministério da Saúde como órgão normativo, incentivando-se a descentralização executiva;

f) fomento à pesquisa e à formação de pessoal técnico, de acordo com a demanda real dos programas;

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

h) apoio ao planejamento no campo da saúde e sua integração no plano geral de desenvolvimento econômico e social.

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

PLANO DE METAS DE SAÚDE

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

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

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

A técnica de planejamento estabeleceu alguns critérios para a determinação de metas. Pode-se prefixar para elas uma taxa de crescimento espontâneo, de acordo com a tendência observada nos últimos anos, ou uma outra que atenda aos requisitos do aumento populacional e, ainda uma terceira, que exprima o otimismo das conquistas a serem obtidas em prazos mais reduzidos. Pode-se preferir, de acordo com as projeções do programador, qualquer das três alternativas, havendo quem justifique o simultâneo planejamento de três metas, subordinadas aos três critérios citados,deixando-se as unidades administrativas o empenho de atingi-las, conforme as condições específicas do trabalho executivo e sob os estímulos salutares de uma emulação, que se poderia fomentar com a variação das metas.

Outros critérios, que poderão ser introduzidos no estabelecimento das metas, dizem respeito as características econômicas dos projetos. Deste modo, se poderia estabelecer uma taxa mínima de investimento, que corresponda ao crescimento demográfico e uma taxa mínima, que atenda a capacidade econômica de absorção do investimento pela população beneficiada, significando esta premissa que a inversão em saúde deva corresponder à disponibilidade efetiva de

poupanças, que possam ser encaminhadas a este campo. Um terceiro critério seria imposto pela "capacidade de absorção social", medida em termos de utilização dos serviços pelos usuários e, finalmente, pela "capacidade de absorção técnica-sanitária", estimada em função da existência de pessoal treinado para fazer funcionar os serviços com eficiência.

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

METAS GLOBAIS

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

MORTALIDADE GERAL

A medição do nível de saúde de uma coletividade pode ser empreendida mediante utilização de módulos diversos em que se exprimem os indicadores. O coeficiente de mortalidade, conquanto não traduza, em todas as suas cambiantes, a melhoria do estado sanitário, guarda com este uma relação direta, visto que as conquistas obtidas, no campo sanitário, contribuem decisivamente para prolongar a vida e retardar a morte. O número total de óbitos registrados, anualmente, por 1.000 habitantes, exprime a taxa bruta de mortalidade, que depende da distribuição da população por grupos de idade e sexo e padece das limitações inerentes ao registro de nascimentos e de mortes.

Segundo estimativa do Laboratório de Estatística, do IBGE, o Brasil

apresentava o coeficientes médio de 18,5 óbitos por 1.000 habitantes, em torno do ano de 1950. A análise do censo de 1960 ainda não foi completada, de molde a conhecer-se a estimativa de mortalidade em torno deste ano, mediante cálculo das tábuas de sobrevivência. É de presumir que tenha havido um apreciável declínio de mortalidade geral, no transcurso da última década. A verificação da taxa média anual de 3% no crescimento global da população no decênio 1950/60, e a comprovação de uma insignificante contribuição da entrada de imigrantes para o incremento havido, permite concluir, com base na hipótese de se não haver reduzido a natalidade, que o coeficiente de mortalidade geral se terá reduzido apreciavelmente.

Estando a natalidade, nos países subdesenvolvidos, subordinada aos determinismos da estrutura econômica, que se não modificou significativamente no decênio passado, é possivel supor que a elevada taxa de incremento demográfico foi, predominantemente, influenciada pela baixa da mortalidade, cuja estimativa permitiria fixá-la em torno de 13 a 14 por 1.000 habitantes, no ano de 1960. Para o período de 1964/65, seria legítimo esperar-se a continuidade da tendência manifestada na redução da mortalidade, embora o ritmo do declínio seja menor em face da interveniência de fatorés novos, que dizem respeito, principalmente, à diminuição das enfermidades transmissíveis como causa de óbito. O plano de metas prevê um coeficiente de 12/1.000 habitantes para a mortalidade bruta anual no citado período.

MORTALIDADE INFANTIL

Este indicador vem adquirindo cada dia significação maior, sendo considerado prioritário, nos trabalhos elaborados pelos demógrafos das Nações Unidas. Para o Brasil, a proporção de óbitos, no curso do primeiro ano de vida, foi da ordem de 170 por 1.000 nascidos vivos, no período compreendido entre os censos de 1940/1950, segundo estimativa do Laboratório de Estatística.

Não tendo sido ainda investigado este dado, com base no material do censo de 1960 e não havendo registros válidos de óbitos e nascimentos, teremos de limitar-nos a simples conjecturas em torno do declínio havido na mortalidade infantil nos últimos anos. A positiva contribuição da baixa da mortalidade infantil, na obtenção de coeficientes mais favoráveis de mortalidade bruta, pode ser assegurada em face do que revelam as cifras comparativas das duas taxas, em séries históricas, organizadas em alguns países da América Latina, onde vigoram condições econômico-sociais idênticas às nossas. Tanto a mortalidade das crianças que não completaram um ano, como aquelas do grupo etário de 1 a 4 anos, sofreu apreciável redução nos citados países, onde ostentavam níveis extremamente elevados. As condições ambientais desfavoráveis, resultantes do

atraso e subdesenvolvimento, respondem, ainda, por estes altos coeficientes de mortalidade nos menores de 5 anos. A desnutrição e as enfermidades infecciosas são os responsáveis maiores pela persistência destes altos coeficientes de mortalidade entre estes grupos de idade. O cálculo da mortalidade proporcional, em uma área compreendendo 67% da população de Pernambuco, onde o Ministério da Saúde empreende uma pesquisa cuidadosa, revelou que atingia a 66,9% o percentual de óbitos entre os grupos de 0 a 4 anos, em torno do ano de 1960, havendo áreas do nordeste onde esta percentagem é ainda mais elevada.

Uma estimativa grosseira permite prever a mortalidade infantil, no Brasil, no ano de 1960, em redor de 130 a 135 por 1.000 nascidos vivos, havendo dados fidedignos que são para o Estado de São Paulo uma taxa de 77/1.000 neste ano, com o declínio percentual de 33,38%, no decênio 1950/1960. Para o ano de 1965, poder-se-ia estabelecer a meta de reduzir a mortalidade infantil brasileira para 110/1.000 nascidos vivos. Este objetivo poderá ser atendido se persistir a tendência que se traduz na melhoria dos níveis globais de consumo que acompanha a ascensão da renda real per capita, com a consequente repercussão nos níveis gerais de vida.

ESPERANÇA DE VIDA

Calculado com base nas tábuas de sobrevivência dos diferentes grupos etários da população entre dois censos, este indicador geral de saúde reflete as conquistas obtidas na redução da mortalidade bruta. Para o ano de1950, a vida média no Brasil, calculada entre a população natural, era de 43,7 anos, sendo 41,5 anos para os homens e 46,0 anos para mulheres. Não se conhece, até agora, a estimativa que o Laboratório de Estatística deverá elaborar com base nos dados do censo de 1960. Entre 1940/50, a ascensão da vida média foi de 11,7 anos, passando de 32 a 43,7 anos. É lógico pressupor que, tendo havido no período 50/60 uma queda da mortalidade, idêntica aquela verificada na década anterior, senão mesmo ligeiramente superior, haja ocorrido uma paralela elevação na esperança de vida, o que daria a média de 53 a 55 anos, em derredor do período em que foi realizado o último censo da população brasileira e dos anos que se lhe seguem, incluído o período 1964/65, contemplado pelo plano de metas. Esta estimativa, como aquelas outras referentes a mortalidade geral e a mortalidade infantil, estarão marcadas por certa margem de erro, que leva a supô-las superavaliadas e impregnadas de otimismo. O essencial, em face desta possibilidade, e que se aperfeiçoem cada dia os sistemas de registro, compilação, tabulação e análise dos óbitos, a fim de serem utilizados no planejamento de saúde em nível nacional e local, permitindo fixar os avanços realizados e prédeterminar metas realísticas, dentro dos diversos campos da atividade sanitária.

Esta hipótese de superestimação dos dados da mortalidade e da vida média, induzida das cifras do crescimento da população, reveladas pela Sinopse Preliminar do Censo Demográfico de 1960, estaria de certo modo corroborada pelas indicações mais recentes, que revelam ter havido um pequeno exagero nas cifras publicadas, que incluem os residentes ausentes na data do censo. A revisão realizada nos dados do censo de 1960 permite fixar em 69.619.900 pessoas presentes na data de 1º de julho e 70.072.500, no dia 1º de setembro de 1960, quando foi processado o mais recente recenseamento da população brasileira.

METAS SETORIAIS

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

ENFERMIDADES TRANSMISSÍVEIS

Endemias

Refletindo os baixos padrões econômicos que vigoram, ainda, entre os vastos aglomerados da nossa população, as doenças transmissíveis representam em pesado encargo para a administração de saúde pública. Sobressaem entre elas as chamadas endemias rurais que se não restringem ao âmbito de campo, mas acometem, indistintamene, aglomerados rurais e urbanos, desde que sua prevalência está condicionada estreitamente ao baixo nível de vida que vigora entre as grandes camadas da nossa população, marcadas pelo subdesenvolvimento e a pobreza. O arcaísmo da estrutura agrária, a precariedade do regime alimentar, as desumanas condições habitacionais, tornam o habitante da zona rural mais vulnerável às enfermidades parasitárias e infecciosas que só poderão ser adequadamente combatidas e controladas na medida em que o País avançar nas etapas do seu desenvolvimento econômico. Vinculadas ao nosso

subdesenvolvimento e devastando agrupamentos populacionais que não podem fugir ao fatalismo das condições ambientais que não serão modificadas a curto prazo, reclamam as grandes endemias uma atenção prioritária da União, objetivando atenuar os malefícios da sua prevalência. A referência às medidas que vem sendo adotadas, na luta contra cada uma dessas enfermidades, permitirá ajuizar o notável esforço que o Ministério da Saúde realiza, com objetivo de dar cumprimento ao dispositivo constitucional e corresponder ao imperativo humano e patriótico de preservar os contingentes expostos aos infortúnios destas doenças.

FILARIOSE

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

De 1956 a 1962, o combate a filariose importou no exame de sangue de 2.580.161 amostras, sendo positivos 118.357, e no tratamento de 124.326 pessoas. O plano contempla a possibilidade de reduzir ainda mais os índices verificados nos focos principais apontados e eliminas os focos secundários, dos quais, Florianópolis e Castro Alves, na Bahia, apresentavam percentuais insignificantes, no início deste ano. O atendimento e medicação de 60.000 pessoas constitui a meta prevista para o biênio próximo.

BOUBA

A campanha contra esta enfermidade foi iniciada em 1956, objetivando eliminá-la como problema de saúde pública no prazo de 10 anos. Estimava-se o número de doentes e contactos em torno de 1.200.000 pessoas, extendendo-se a área de endemicidade a 450 municípios de 16 Estados e 3 Territórios. A profilaxia inclui o tratamento em massa, a avaliação e a vigilância. Graças ao uso extensivo da penicilina em dose única, o controle da bouba se consegue com facilidade, independente das condições ambientais vigentes. Nos Estados do Nordeste e no Norte Oriental de Minas Gerais, onde eram mais

elevados os índices de prevalência da bouba, representando 60% da prevalência total, a endemia se reduziu a níveis extremamente débeis, abaixo de 1%. Nas sucessivas revisões realizadas, comprovou-se o seu progressivo declínio, não significando mais problemas de saúde nas áreas trabalhadas.

Atualmente, o Ministério empresta interesse especial ao controle da bouba na Amazônia, o que será conseguido, seguramente, no biênio do plano. Entre 1956 a 1962, foram examinadas 9.538.333 pessoas e tratados 641.786 doentes, prevendo o plano de metas o tratamento anual de 20.000 pessoas, no periodo de 1964/65.

BRUCELOSE

O combate a esta zoonose exige controle da brucelose animal e medidas preventivas complememtares que objetivam impedir a contaminação do homem. A vacinação sistemática dos animais, o isolamento dos animais atacados, a educação sanitária entre os indivíduos expostos ao risco da infecção, constituem algumas das medidas recomendáveis. Entre 1957 e 1962, o DNERu realizou inquéritos sorológicos através de 17.760 reações de soro-aglutinação, com positividade de 681, projetando prosseguir neste esforço visando ao futuro controle da enfermidade, que deve ser perseguido através de uma ativa coordenação com o setor de Defesa Sanitária Animal. O plano inclui a meta da realização de 36.000 reações de soro-aglutinação nos dois próximos anos.

FEBRE AMARELA

No ano de 1955, foi eliminado o último foco do transmissor da febre amarela urbana em nosso País, tendo sido oficialmente declarada a erradicação em 1958. A vigilância contra o vetor prossegue na rotina das inspeções realizadas em portos marítimos e aeroportos que mantém intercâmbio com países ainda infestados. A modalidade silvestre da febre amarela, transmitida por mosquitos que tem hábitos silvestres, mantém-se na Amazônia como uma zoonose que acomete os macacos e pode eventualmente infestar os homens que trabalham na floresta. A vacinação antiamarílica confere proteção as pessoas vacinadas, constituindo a parte principal do esforço desenvolvido contra esta epidemia pelo Ministério da Saúde, completado com inspeções em prédios para vigilância contra a reintrodução do vetor da febre amarela urbana e visceretomia para colheita de amostras de fígado. No período de 1956 a 1962, foram realizadas 13.213.099 inspeções e vacinadas 7.822.743 pessoas. O plano prevê a possibilidade de se prosseguir neste trabalho através de unidades de vacinação que imunizarão anualmente 1 milhão de pessoas.

HIDATIDOSE

Esta enfermidade está limitada as zonas de pecuária da região sul, principalmente aquela que é contigua ao Uruguai. Trata-se de uma zoonose, cuja profilaxia se realiza com a fiscalização sanitária dos matadouros, tratamento dos cães portadores de parasitas e a identificação precoce dos casos humanos através da reação de Casoni, da qual foram feitos, entre 1956 a 1962, 180.396 testes, em 135 municípios do Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina, com o percentual de positividade de 1,1%. O programa dos dois anos próximos preve a intensificação do inquérito epidemiológico, com a realização mínima de 20 mil testes de Casoni.

TRACOMA

Esta enfermidade está disseminada de maneira irregular pelo território nacional e encontra na promiscuidade e na falta de higiene pessoal condições propícias para sua prevalência, que foi considerada moderada em 175 municípios de 19 unidades federativas e 2 territórios onde se realizaram, no período de 1944 a 1962, inquéritos epidemiológicos. O tratamento com sulfas e antibióticos, a educação sanitária visando a formar hábitos higiênicos, especialmente para estimular o uso do sabão e da água corrente, a intensificação dos inquéritos de avaliação, constituem as principais medidas de combate a esta endemia, cuja incidência vem baixando com a diminuição dos casos contagiantes. No período de 1956 a 1962, foram tratados 1.546.729 doentes. O plano prevê a continuação da campanha, com o tratamento anual de 500 mil portadores de tracoma e de conjuntivites bacterianas não tracomatosas que lhe são associadas.

LEISHMANIOSE

A forma visceral desta doença, conhecida sob a denominação de Calazar, foi identificada em 12 Estados da Federação, encontrando-se no Nordeste o foco de maior importância, acentuadamente no Ceará, onde foram encontrados 84% dos casos diagnosticados entre 1953 a 1962. A profilaxia desta endemia se fundamenta no combate ao transmissor (Flebótomo) e ao reservatório da zoonose, representado pelo cão. A investigação de casos humanos revelou 109 doentes no ano de 1962. O inquérito canino para descoberta e eliminação dos cães infectados nas áreas em que existe o inseto transmissor, representa outra medida de fundamental interesse na profilaxia. No período de 1956 a 1962, foram tratados 1.353 doentes, examinados 435.064 cães e dedetizados 226.691 prédios, cogitando o programa de metas de realizar 250.000 dedetizações anuais no período de 1964/65 e exame de 80.000 cães.

PESTE

Os inquéritos epidemiológicos relevaram a existência de 280 focos desta enfermidade em 87 municípios de 8 unidades da Federação. Foram verificados 3.565 casos de peste humana, no período de 1953 a 1962, dos quais 211 foram registrados no quinquênio 1958 a 1962. Incluída entre as doenças quarentenárias, a peste exije medidas de profilaxia na zona endêmica e também vigilância nos centros de transportes. A desratização, a despulização, o exame de ratos, a investigação epidemiológica para a identificação dos casos humanos, são algumas das providências postas em execução pelo setor especializado de combate à peste. No período de 1956/62, foram realizados 9.148.294 inspeções a prédios para uma ou mais atividades de profilaxia antipestosa e 4.102.308 despulizações com 8.139.411 aplicações de cianogas para desratização. O plano de metas prevê, para o período de 1964/65, a despulização e desratização de 450.000 prédios por ano.

DOENÇA DE CHAGAS

Não existindo tratamento comprovadamente eficaz, o combate à doença de Chagas se restringe às medidas profiláticas com o controle do transmissor, através do expurgo das habitações. Os inquéritos já realizados revelaram a existência da doença em 492 municípios de 10 Estados, variando os índices de infecção natural dos triatomíneos transmissores. No ano de 1962, o DNERu trabalhou 215 municípios da área endêmica, com o expurgo de 578.000 prédios, prevendo-se que serão expurgados, no ano em curso, 870 mil prédios, medida que terá de ser incrementada, de vez que a melhoria das condições de habitação, que constituiria a providência de mais efetivo resultado na luta contra a endemia chagásica, não poderá ser conquistada a curto prazo, em face da escassez de recursos decorrentes da presente etapa de subdesenvolvimento. O plano refere o expurgo de 2.500.000 prédios nos dois próximos anos.

ANCILOSTOMOSE

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

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

ESQUISTOSSOMOSE

A prevalência desta enfermidade abrange 4 a 5 milhões de pessoas, segundo estimativa de inquéritos que revelaram índices de infestação que podem atingir a até 90%. A impossibilidade do tratamento em massa dos doentes, a variedade das formas clínicas, o seu agravamento pelo desfavor das condições alimentares nas áreas endêmicas, a precariedade dos resultados da profilaxia antiplanorbídea, constituem aspectos extremamente desfavoráveis no combate a esta enfermidade, havida como um dos mais relevantes problemas sanitários brasileiros. No ano corrente, foram examinadas 250 mil pessoas, serão tratados 20 mil doentes e construídas 10 mil fossas simples, prosseguindo a campanha de educação sanitária visando à evitar o contacto com águas poluídas de parte da população indene. O programa de saneamento básico, que DNERu empreende, está incluido entre as medidas que se propõe a campanha contra a esquistossomose cujo controle está longe de ser conquistado nas atuais condições brasileiras. Além dos serviços de abastecimento d'água em construção, o DNERu projeta construir anualmente 200 chafarizes e 120 lavanderias, além de incrementar a construção de fossas para 30.000.

MALÁRIA

A área endêmica da malária no Brasil abrange 7.338 mil Km2, representando 86,2% do nosso território. Por força de compromissos internacionais, a luta contra esta enfermidade foi colocada sob forma de campanha em 1958 e proposto o objetivo de erradicação no prazo de dez anos. O esquema de erradicação inclui o esgotamento natural das fontes de infestação, resultante da interrupção da transmissão mediante uso domiciliar dos inseticidas de ação residual. Fatores epidemiológicos diversos contribuem por vezes para frustrar esta epectativa, impondo o emprego de drogas anti-maláricas e a adoção de medidas antilarvárias.

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

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

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

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

Para o ano de 1963 estava programada a dedetização de 6.396.000 casas em 19 Estados e 3 Territórios, com exclusão do trabalho realizado em São Paulo. Para o ano 1964 estão previstos 8.748.800 borrifações e, em 1965, cerca de 8.838.500. As pesquisas epidemiológicas em 1963 incluem a realização de 1.620.000 exames de sangue, assistência medicamentosa à população exposta, funcionamento de 20.000 postos de notificação, estudo da cepa de plasmodium falcifarum resistentes a cloroquina, do comportamento de vetores e de métodos de combate às bromélias.

Considerando o vulto dos recursos que o prosseguimento da campanha de erradicação exige e a experiência de alguns países latino-americanos que tiveram de interrompê-la em face da escassez de fundos e da necessidade de apelar para métodos suplementares, impostos pelas peculiaridades ecológicas, decidiu o Ministério da Saúde constituir um Grupo Técnico que procederá a uma avaliação do trabalho até aqui realizado e sugerirá modificações na campanha, inclusive para torná-la factível com o emprego exclusivo de recursos nacionais, em face das dificuldades que vem sendo crescentemente opostas a doação de ajuda exterior.

LEPRA

Enfermidade de evolução crônica, a lepra encontra no homem o seu reservatório e vem sendo combatida através de medidas racionais, tanto de sentido preventivo, como aquelas outras visando ao controle de pacientes, de contactos e do meio ambiente imediato. Entre as providências que o Ministério da Saúde desenvolve no particular, citam-se: a integração com as unidades sanitárias, a análise da situação epidemiológica, com verificação dos métodos profiláticos que objetivam avaliar a eficiência das medidas técnico-administrativas em vigor; o emprego da ação dispensarial nos grandes focos; a intensificação das pesquisas em torno da terapêutica da doença, a ampliação da assistência proporcionada às instituições públicas e privadas que se dedicam ao problema e a campanha de tratamento extensivo. A previsão do plano de metas estabelece a continuidade deste esforço, suplementado pela inflexível decisão de obter o máximo de rendimento para os recursos que vem sendo encaminhados ao combate a lepra. No ano de 1962, o Serviço Nacional de Lepra atendeu, nos seus serviços, 96.839 doentes e contactos, tendo-se fixado a meta do atendimento anual de 120.000 no biênio 1964/65.

TUBERCULOSE

A incidência da tuberculose permanece alta como decorrência das condições econômicas em países como o nosso. Sua prevalência, entretanto, aumentou de forma extraordinária, em face do aparecimento das novas drogas que fizeram decrescer a letalidade pela tuberculose. A aplicação dos modernos métodos para o diagnóstico, profilaxia e tratamento, de molde a atender à coletividade exposta ao risco da doença, constitui a essência das providências levadas a cabo pelo órgão especializado do Ministério da Saúde. O incentivo da ação dispensarial, a cooperação com as instituições públicas e particulares, a ação hospitalar conjugada com o esforço dispensarial, o adestramento de pessoal especializado nas técnicas de diagnóstico, tratamento e quimioprofilaxia de tuberculose e interpretação da informação epidemiológica, a formação de pessoal auxiliar, constituem facetas diversas das atividades que se propõem a combater a doença. O programa contempla o prosseguimento das medidas postas em prática pela Campanha Nacional contra a Tuberculose. No ano passado, nos 183 dispensários subvencionados pelo SNT foram assistidos 100.851 doentes, realizadas 1.660.805 abreugrafias sendo 130.000 pelo serviço de unidades aéreas e feitas 3.030.771 vacinações pelo BCG.

No período do plano, projeta o Ministério assistir, anualmente, 150.000 enfermos e realizar 4.000.000 de vacinações pelo BCG e 2.000.000 de abreugrafias.

VARÍOLA

Incluída entre as doenças quarentenárias, a varíola se apresenta de forma endêmica ou epidêmica, de acordo com o estado de imunidade da população acometida e a frequência com que a infecção é importada de áreas adjacentes ou distantes. O Brasil figura, no demonstrativo dos casos notificados em países latino-americanos, a partir de 1951, como o país de mais elevada incidência de varíola, ao lado do Equador e da Colômbia. O fortalecimento e aceleração das medidas que objetivam a erradicação da varíola, constitui, presentemente, matéria de alta prioridade na ação ordenada que o Ministério da Saúde procura desenvolver através da Campanha Nacional Contra a Varíola. A preparação de vacinas em três laboratórios recém-equipados e o esforço planificado para estender a vacinação a um mínimo de 80% da população, constitui a essência do trabalho da Campanha, que procura mobilizar o esforço cooperativo das organizações sanitárias estaduais, no sentido de conferir aos grupos suscetíveis da população, níveis adequados de imunidade contra a varíola. No período 62/63, os dados referentes a 9 Estados e 1 Território, indicavam terem sido vacinadas 6.578.679 pessoas, prevendo o plano de metas ampliar esta cifra para 30 milhões de pessoas nos dois próximos anos.

OUTRAS DOENÇAS TRANSMISSIVEIS

O combate às febres tifoídes, às doenças venéreas, à poliomielite, à difteria e à coqueluche, constituem tópicos específicos da ação metódica que o Ministério da Saúde empreende com o propósito de controlar estas enfermidades que grassam entre diferentes agrupamentos da nossa população. A realização de inquéritos e estudos sobre as condições que entretem a sua prevalência, a indagação sobre os problemas epidemiológicos associados, o estudo da sua profilaxia e tratamento, a consideração dos aspectos administrativos, objetivando coordenar, fiscalizar, orientar e assistir às entidades governamentais e às instituições particulares, compõem as medidas que o Ministério da Saúde patrocina. A orientação técnica e o fornecimento de produtos imunizantes e medicamentos, o aprestamento de unidades sanitárias e laboratórios de saúde pública, figuram entre os projetos em execução pelos órgãos especializados do Ministério. No ano de 1962, o DNS distribuiu 398.000 doses de vacina antitífica, 800.000 doses de bacteriostáticos e antibióticos e 63.870 doses de vacina tríplice contra a coqueluche, prevendo o plano de metas os seguintes acréscimos, para o período 1964/65: vacina antitífica 8.000.000; antibióticos e bacteriostáticos 2.000.000; vacina tríplice 200.000.

DOENÇAS NÃO TRANSMÍSSIVEIS

Este capítulo engloba diferentes enfermidades que mobilizam o

esforço do Ministério da Saúde, absorvendo largas parcelas do seu orçamento de despesas. O bócio endêmico, causado pela carência de iodo no organismo, oferece índice de prevalência mais elevado nas regiões Leste Meridional, Sul e Centro Oeste. A sua profilaxia, sistematizada em legislação que data de agosto de 1956, baseia-se sobre o uso de sal iodado para o consumo humano. A assistência dispensada às indústrias salineiras contribuiu para a diminuição do bócio endêmico, já revelada em inquéritos de avaliação, levados a efeito nas áreas de maior incidência no passado. No ano de 1962, foram distribuídos 423.000 toneladas de sal iodatado, fixando o plano de metas um aumento para 500.000 toneladas anuais no próximo biênio .

O câncer vem sendo combatido através de projetos que condensam o propósito de difundir a educação sanitária com vistas à prevenção e ao diagnóstico precoce. O tratamento dos enfermos, a vigilância após o tratamento, o asilamento dos desamparados, a assistência técnica e financeira à vasta rede de organizações assistenciais, constituem outras tantas manisfestações do empenho da administração federal no sentido de fomentar atividades de combate ao câncer. No ano passado, o Serviço Nacional de Câncer mantinha 1.725 leitos, sendo 283 no Instituto Nacional de Câncer e 1.442 em instalações privadas, prevendo o programa um aumento de 1.180 leitos que correspondem a hospitais em construção.

As doenças mentais constituem outro campo de ação especializada do Ministério. A supervisão das atividades dos órgãos de assistência à psicopatas, a coordenação e a fiscalização, a assistência técnica e financeira aos órgãos especializados, a difusão dos princípios de higiene mental, a disseminação de ambulatórios para diagnóstico e tratamento, a ajuda a rede hospitalar, mantida pelo poder público e entidades particulares, o incentivo à criação de serviços de praxiterapia, podem ser indicados como diferentes aspectos do vasto esforço que o Governo Federal desenvolve neste campo. Os dados disponíveis para 1962 revelam que os 60 ambulatórios subvencionados palo SNDM atenderam 143.972 pacientes, enquanto nos 55 hospitais a cifra de assistidos foi de 39.711, totalizando 183.683. Para o biênio do plano, prevê-se o atendimento anual de 200.000 pessoas nos ambulatórios e 40.000 doentes hospitalizados.

A assistência dos doentes cardio-vasculares e aqueles outros grupos acometidos de doenças degenerativas, a recuperação de mutilados e outros deficitários físicos, mediante cooperação com clínicas especializadas, os cuidados aos desamparados em geral, figuram entre os projetos que o Departamento Nacional de Saúde executa dentro do propósito de assistir estes grupos de enfermos. No ano de 1962, foram assistidas 2.270 pessoas que receberam pernas mecânicas, aparelhos ortopédicos, óculos e outras modalidades de ajuda, prevendo o programa alargar a concessão destes benefícios com o atendimento de 6.000 doentes, nos dois anos vindouros.

SAÚDE MATERNO-INFANTIL

O Departamento Nacional da Criança vem dando prosseguimento a diferentes atividades de estímulo, orientação e cooperação as iniciativas públicas e privadas que objetivam protejer a maternidade, a infância e a adolescência, em todo o território nacional. Suas atividades têm os seguintes objetivos: a melhoria das condições sanitárias e educacionais, com a criação e a manutenção de clubes de mães, a realização de estudos médico-sociais sobre a maternidade e a infância, a assistência à família, com o estímulo à colocação familiar, a recreação infantil e sadia orientação da juventude, a alimentação de gestantes, nutrizes e pré-escolares, visando a conceder, a estes grupos vulneráveis da população, suplementos alimentares, particularmente a parcela proteica da dieta e a correção dos déficits de vitaminas, o combate a mortalidade materna com a melhoria da assistência prestada nas maternidades e a difusão do serviço de assistência obstétrica domiciliar, a instalação e manutenção dos serviços de dietética, de lactários e de centros de reidratação, a campanha contra doenças transmissíveis da infância.

No ano de 1962, o programa alimentar do DNCr, mediante distribuição de leite em pó desnatado, complementado por cápsulas de vitaminas A-D, atingiu 13 Estados e 5 Territórios e beneficiou 349.380 lactentes, gestantes, nutrizes e pré-escolares. Foram distribuídos 6.734.488 quilos de leite em pó e 34.938.000 cápsulas de vitaminas A-D. Com a vigência do programa "Alimentos para a Paz", prevê-se o incremento da distribuição de leite, em 1963, para 15.000 toneladas que beneficiarão os grupos vulneráveis de todas as unidades da Federação. Figura ainda no programa a distribuição do leite produzido pela fábrica de Pelotas que, em 1962, atingiu 480 toneladas, distribuídas nos Estados Sulinos.

O programa educativo realizou, no ano passado, diversas tarefas das quais existem dados numéricos disponíveis para as seguintes: publicações distribuidas - 33.750; clubes de mães mantidos - 763 (sendo 130 instalados em 1962).

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

Do programa de imunização consta, no ano de 1961, a distribuição de 139.800 doses de vacina diftérica-pertussis no Nordeste e, em 1962, foram vacinadas, contra a poliomielite, 5.566.439 crianças. O auxílio técnico e financeiro que o DNCr propiciou a entidades diversas em 1961, para

reaparelhamento e manutenção, possibilitou a ajuda a 126 maternidades, 191 postos de puericultura, 39 hospitais infantis, 59 creches, 70 serviços de entidades atendidas, por esta fonte de recursos, foi de 424. O Fundo de Assistência à Maternidade, distribuído de acordo com o número de leitos, favoreceu, no ano de 1961, a 372 entidades com 4.229 leitos e, em 1962, foram contemplados 637, com 7.748 leitos. Os auxílios destinados às instiutições que cooperam com a Campanha de Proteção à Maternidade e à Infância beneficiaram 1.060 entidades em 1961 e 2.146 em 1962.

O Instituto Fernando Figueira atendeu em 1962 um total de 126.395 pacientes e prestou 184.247 serviços diferentes, incluindo consultas (64.892), internações (3.142), operações (264), partos (1.216), exames de laboratórios, exames de raios X, aviamentos de receitas, fornecimento de leite, etc. O Centro de Orientação Juvenil realizou 1.805 sessões de trabalho no ano passado.

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

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

SANEAMENTO BÁSICO

O reconhecimento das vantagens que a execução de medidas de saneamento do meio, trazem à melhoria do estado sanitário da população, tornou imperiosa a destinação de crescentes parcelas do orçamento federal aos programas de abastecimento d'água e de esgotos, que vêm sendo executados por sete agências da adminstração federal. O Ministério da Saúde está contemplando com a parcela insignificante de 4% nos dispêndios que o orçamento de 1963 consigna a execução de projetos de abastecimentos d'água. O quadro das metas inclui, apenas, os serviços a cargo do DNERu tanto no que se refere aos sistemas de abastecimentos d'água, como a eliminação de dejetos. Presentemente, se esforça o Ministério por conhecer os diversos aspectos do programa de saneamento básico em andamento pelos diversos órgãos da administração federal. O

elevado custo destas instalações, em cotejo com a baixa capacidade econômica das populações para absorverem convenientemente os investimentos canalizados para este fim, a extrema pulverização de recursos, através de obras destinadas as vastas áreas do nosso território, tornam imperiosa a necessidade de uma coodenação efetiva do extraordinário esforço que a administração federal vem devotando ao problema do saneamento ambiente. A inexistência de pessoal capacitado para realizar projetos e administrar os serviços instalados, constitui outro elo a ser fortalecido no complexo de providências que estão sendo reclamadas.

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

No Ministério da Saúde, o programa de saneamento do meio vem sendo executado pelo DNERu e a FSESP. No ano corrente, o DNERu construirá 50 serviços de abastecimento d'água, que serão concluídos na vigência do plano de metas. O programa de construção de fossas, previsto em 10.000 no ano em curso, será incrementado de molde a se construirem 30.000 fossas em cada ano do próximo biênio. A FSESP iniciou em 1963 a construção de 80 serviços de abastecimento d'água e deu prosseguimento a 45 outros, sendo também construido até o presente 6.650 privadas higiênicas. Para o ano de 1964 está previsto o início de mais 20 serviços de abastecimento d'água e a construção de aproximadamente 10.000 privadas higiênicas.

FORMAÇÃO DE PESSOAL

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

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

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

PESQUISAS

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

O Ministério da Saúde mantem presentemente 6 institutos de pesquisas que serão acrescidos do INS, a quem caberá coordenar toda a atividade no campo da pesquisa científica a cargo do Ministério. O Instituto Osvaldo Cruz

realiza, no ano corrente, 9 cursos visando a formação de pesquisadores, nos diversos campos científicos. No ano de 1962, diplomaram-se 51 técnicos e, no ano em curso, frequentam 48. Para o ano de 1964 projeta o IOC realizar, além dos 9 cursos ordinários já assinalados, 6 novos cursos, inclusive um sobre Doença de Chagas, enfermidade a que o Ministério pretende emprestar especial ênfase, no desdobramento da sua ação futura.

NUTRIÇÃO

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

Até a instalação da SUNAB, no ano corrente, a Comissão Nacional de Alimentação administrativa o programa de distribuição de leite desengordurado, fornecido pelos Alimentos para a Paz, que projetou distribuir 15.000 toneladas de leite em pó de Pelotas, que adquirida totalmente pelo Ministério da Saúde, figura entre os projetos de maior interesse para a concretização das medidas no campo da nutrição. Prevê o Plano de Metas a elevação para 600 toneladas da produção anual da referida fábrica. A CNA prosseguirá nas suas atividades normais, incentivando a formação de pessoal especializado e realizando as pesquisas que já iniciou com êxito, visando a contribuir efetivamente para a melhoria dos padrões alimentares que está condicionada a uma complexidade de fatores, que traduzem os determinismo do desenvolvimento econômico.

ASSISTÊNCIA-MÉDICA

A expansão dos programas assistenciais executados pelas instituições hospitalares e para-hospitalares constitui um dos problemas a que

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

Os levantamentos estatísticos registram, para o ano de 1960, a existência de 2.547 estabelecimentos hospitalares no Brasil, com 216.378 leitos, figurando, neste total, 81 mantidos pela União com 13.028 leitos. Os estabelecimentos para-hospitalares montavam, no mesmo ano, a 2.316, incluindo 219 estabelecimentos federais. Através do Fundo de Assistência Hospitalar, a União subvencionou, no ano de 1962, 683 hospitais, com 52.654 leitos.

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

METAS PREFERENCIAIS

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

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

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

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

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

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

A Esquistossomose oferece aspectos extremamente desfavoráveis a um combate sistematizado e eficaz. A identificação de portadores de ovos viáveis, a suscetibilidade variável do hospedeiro intermediário e a possibilidade de contato da população indene com águas poluídas, constituem os aspectos fundamentais da epidemiologia da doença, que terão de modelar a ação sanitária. Torna-se evidente que, nas presentes condições de atraso que predominam ainda em nosso "hinterland", com o consequente cortejo de ignorância, desnutrição, desamparo assistencial e promiscuidade, ser ilusório obterem-se resultados seguros e definitivos na luta contra a esquitossomose. Na ordenação do esforço governamental visando ao seu controle, nenhuma medida excede a difusão dos meios de saneamento ambiente, que intercepta e anula dois elos do ciclo epidemiológico, com a eliminação dos dejetos e o abastecimento d'água não poluída. Sucede, todavia, que o Ministério da Saúde não executa senão uma pequenina parcela do amplo programa de saneamento que a administração federal promove, através de sete diferentes agências. Esta verificação tornou

imperativa a necessidade de uma coordenação dos programas de saneamento, iniciativa a que se propõe o Ministério da Saúde objetivando ajustar os referidos programas às necessidades efetivas do saneamento do meio.

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

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

b) Promover a ampliação ou instalação de indústrias para produção de inseticida de ação residual, necessários às campanhas profiláticas em desenvolvimento no País, de acordo com os projetos aprovados pelo GEIFAR.

c) Instalação de serviços-piloto que levem à prática a descentralização das tarefas de saúde, transferindo-se aos municípios a sua execução. Estas primeiras unidades funcionariam à guiza de amostragem a fim de se examinarem detidamente os complexos problemas suscitados pela municipalização e buscar-se solução adequada às peculiaridades locais, objetivo básico entrevisto no programa. No ano de 1964, pretende o Ministério implantar 150 unidades-piloto e, em 1965, mais 450, de molde a dispôr-se de 600 unidades ao fim do período contemplado no programa de metas.

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

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

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

TEMA A

RELATÓRIO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RECOMENDA

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

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

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

Rio de Janeiro, 12 de dezembro de 1963.

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

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

TEMA B

RELATÓRIO

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

Examinados os trabalhos, a Comissão:

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

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

Considerando que a política sanitária deve ser condizente com a realidade brasileira, e que a melhoria do estado sanitário de uma coletividade só poder ser alcançada com uma atuação contínua e apropriada;

Considerando que a criação de uma infra-estrutura sanitária local é medida essencial para a execução e continuidade dos programas de Saúde Pública.

Considerando que a implantação de uma rede sanitária básica não exigirá, obrigatoriamente, a construção e instalação de prédios do tipo pré-determinado, nem a utilização de pessoal de nível universitário;

Considerando que a infra-estrutura a ser estabelecida poderá variar desde a simples atuação de um elemento auxiliar, com treinamento mínimo, até os serviços de alta especialização, de acordo com os problemas existentes e com a capacidade técnica, financeira e administrativa da coletividade;

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

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

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

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

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

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

Rio de Janeiro, 12 de dezembro de 1963.

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

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

TEMA C

RELATÓRIO

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

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

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

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

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

RECOMENDA:

1 - Que os Governos Federal, Estaduais e Municipais, na mais estreita cooperação, estabeleçam, no menor prazo possível, em nível municipal, a estrutura sanitária básica do país, de forma a fornecer os cuidados médico-sanitários indispensáveis defesa da vida de toda a população brasileira;

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

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

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

Rio de Janeiro, 12 de dezembro de 1963.

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

SUGESTÃO DE LEI MUNICIPAL

Lei Municipal Nº .....

Cria o Serviço de Saúde Municipal e dá outras providências.

O Prefeito Municipal de

Faço saber que a Câmara Municipal aprovou e eu sanciono, de acordo com o Artigo..., item..., alínea... da Constituição do Estado.

Artigo 1º - Fica instituído o Serviço de Saúde Municipal a quem compete:

I - Organizar e executar as atividades locais de saúde e saneamento; e
II - Administrar e manter as Unidades de Saúde e Assistência existentes ou a serem criadas no Município.

Artigo 2º - O Serviço de Saúde Municipal executará suas atividades, segundo as diretrizes legais e técnicas dos serviços federais e estaduais de saúde e em íntima colaboração com os mesmos.

Artigo 3º - Para atender às despesas com o Serviço de Saúde Municipal criado o Fundo Municipal de Saúde, intregado com os recursos seguintes:

I - Verba equivalente a dez por cento (10%) da receita global (tributária e transferida) do Município;
II - Os auxílios da União e do Estado; e
III - As subvenções, doações, legados e rendas resultantes de retribuição de serviços e taxas específicas.

Artigo 4º - Os gastos com pessoal, à conta dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, não poderão, em nenhum caso, exceder a 40% da sua arrecadação anual.

Artigo 5º - Os recursos integrantes do Fundo de Saúde Municipal independem do ano fiscal e não serão recolhidos aos cofres municipais ao fim do exercício financeiro.

Artigo 6º - A presente lei será regulamentada dentro de 60 (sessenta) dias.

Artigo 7º - Revogam-se as disposições em contrário.

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

TEMA D

RELATÓRIO

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

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

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

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

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

RECOMENDA:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rio de Janeiro, 12 de dezembro de 1963.

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

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

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

A 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE RECOMENDA:

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

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

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

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

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

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

e) Situação do registro de nascimentos e óbitos;

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

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

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

1963

3ª Conferência Nacional de Saúde

Anais

Agosto de 1992

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

1963

3ª Conferência Nacional de Saúde

Anais

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

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

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