

INSTITUTO DE HIGIENE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO
DIRETOR: PROF. G. H. DE PAULA SOUZA

BOLETIM N. 87

**QUESTÕES DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA
NA CIDADE E NO CAMPO**

DR. FRANCISCO BORGES VIEIRA

BOLETINS DO INSTITUTO DE HIGIENE

- N.º 1 — Sobre algumas medidas antimaláricas em Malaia (Dr. S. T. Darling) — 1919.
- N.º 2 — Pesquisas recentes sobre a opilação na Indonésia (Dr. S. T. Darling) — 1919.
- N.º 3 — Intoxicação pelo Betanaftol no tratamento da uncinariose (Dr. W. G. Smillie) — 1920.
- N.º 4-5 — O predomínio da *Leptospira ictero-hemorrhagiae* nos ratos de São Paulo — Bacilos semelhantes aos da peste encontrados nos ratos da cidade de São Paulo (Dr. W. G. Smillie) — 1920.
- N.º 6 — Ensaio de calorimetria alimentar (Drs. G. H. de Paula Souza e L. A. Wanderley) — 1921.
- N.º 7 — Existência e disseminação do *Ancilostoma duodenale* no Brasil (Dr. W. G. Smillie) — 1922.
- N.º 8 — A febre tifóide em São Paulo, e o seu histórico (Dr. Emílio Ribas) — 1922.
- N.º 9 — Profilaxia do impaludismo no Brasil (Dr. Belisário Penna) — 1922.
- N.º 10 — Profilaxia das doenças venéreas (Dr. E. Rabello) — 1922.
- N.º 11 — Investigações sobre a uncinariose (Dr. W. G. Smillie) — 1922.
- N.º 12 — Estudo epidemiológico da febre tifóide em São Paulo (Dr. F. Borges Vieira) — 1922.
- N.º 13 — Estudo dos componentes do óleo essencial de quenopódio. Sua aplicação na profilaxia da ancilostemose (Dr. S. B. Pessoa) — 1923.
- N.º 14 — Valor da desinfecção na profilaxia das doenças infectuosas (Dr. F. Borges Vieira) — 1923.
- N.º 15 — Alimentação na idade escolar e pré-escolar (Dr. A. de Almeida Jor.) — 1923.
- N.º 16 — Investigações sobre alguns métodos para avaliação da capacidade respiratória (Dr. A. de Almeida Jor.) — 1923.
- N.º 17 — O Estado de São Paulo e alguns dos seus serviços de saúde pública (Dr. G. H. de Paula Souza) — 1923.
- N.º 18 — Algumas considerações sobre a mortalidade infantil em São Paulo (Dr. G. H. de Paula Souza) — 1923.
- N.º 19 — Serviço de Estatística Sanitária (Dr. G. H. de Paula Souza) — 1924.
- N.º 20 — Sugestões para a melhoria da Legislação Sanitária Estadual sobre gêneros alimentícios (Drs. G. H. de Paula Souza e Nicolino Morena) — 1924.
- N.º 21 — A prova de Schick na escola (Dr. F. Borges Vieira) — 1924.
- N.º 22 — A educação higiênica na escola (Dr. Nuno Guerner) — 1924.
- N.º 23 — Contribuição ao estudo das reações biológicas na cisticercose (Drs. Gastão Fleury da Silveira, Samuel B. Pessoa e Clóvis Correia) — 1927.
- N.º 24 — Portadores de germes. Pesquisas de laboratório sobre as febres tifóide e paratifóide em São Paulo (Dr. A. Santiago) — 1927.
- N.º 25 — Sobre a reação de Kahn (Drs. F. Borges Vieira e Gastão Fleury da Silveira) — 1927.
- N.º 26 — Colesterinemia na lepra (Drs. J. M. Gomes, Carlos Leitão Filho e Alexandre Wancolle) — 1928.
- N.º 27 — Lepra? (Dr. J. M. Gomes) — 1928.
- N.º 28 — Tentativa de seleção profissional (Dr. Montelro de Camargo) — 1928.
- N.º 29 — Considerações sobre a epidemiologia de algumas doenças transmissíveis na cidade de São Paulo — Brasil (Dr. F. Borges Vieira) — 1928.
- N.º 30 — Sobre a nova técnica da reação de Kahn (Dr. Gastão Fleury da Silveira) — 1928.
- N.º 31 — Modificação do poder coagulante do soro sanguíneo no decurso da febre tifóide (Dr. Benjamin Ribeiro) — 1928.
- N.º 32 — Contribuição ao estudo das reações biológicas na cisticercose (II) — (Drs. Fleury Silveira e S. B. Pessoa) — 1928.

INSTITUTO DE HIGIENE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO
DIRETOR: PROF. G. H. DE PAULA SOUZA

BOLETIM N. 87

**QUESTÕES DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA
NA CIDADE E NO CAMPO**

DR. FRANCISCO BORGES VIEIRA

QUESTÕES DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA NA CIDADE E NO CAMPO (*)

Dr. FRANCISCO BORGES VIEIRA

Docente-livre de Higiene da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, Chefe de Serviço do Instituto de Higiene de São Paulo.

INTRODUÇÃO

Vastíssimo é o tema que me cabe a honra de relatar. Na realidade ele é toda a higiene. Penso, entretanto, que a ilustre Comissão que o programou, teve em mira, de acordo aliás com as justas finalidades do Certame, apenas a focalização dos principais problemas médico-sociais que afligem as nossas populações, na cidade e no campo, a serem ainda mais agravados pelas condições de após guerra, a-fim-de que, aqui discutidos, dêem margem à proposição de medidas mais racionais para procurar solvê-los.

A guerra que acaba de terminar significou na história da humanidade mais do que uma luta de ideologias, em que a democracia, isto é, o governo de povos livres, triunfou sobre a barbárie totalitária, onde uma civilização falsificada ocultava o absolutismo de um chefe a sufocar as consciências, tolhidas em suas ânsias de liberdade e progresso. Esta guerra foi uma verdadeira revolução a abalar a humanidade, novos rumos exigindo novas soluções, para um novo reajustamento. O movimento de emancipação social, se já vem evoluindo desde muito, desde a Revolução Francesa, em marcha acelerada nos últimos anos, terá agora sua fase de consolidação, e ao povo se outorgará, sem discriminação de qualquer espécie, a situação a que faz jús, para o bem da humanidade e felicidade de cada um. É a base desta

(*) Relatório apresentado ao "Congresso Brasileiro dos Problemas Médico-Sociais de Após Guerra", reunido em Salvador, Bahia, de 25 de junho a 2 de julho de 1945.

ordem é certamente a saúde, sem a qual não há progresso, mas sim a destruição, pior de que a das balas, porque atinge, em cheio, a própria semente da humanidade.

Todos têm direito à saúde e os doentes e desvalidos, têm direito à assistência. A socialização da medicina cada vez mais se afirma, trazendo, em consequência, a criação de numerosos problemas de ordem profissional a serem solvidos.

A defesa da saúde é consequência direta da educação que faz do homem esta maravilha da criação, diferenciando-o dos outros animais, aos quais falta a razão necessária ao discernimento consciente. Se podemos educar certos animais a perfazermos determinadas funções, verificam-se, nessas atividades, automatismos provenientes de reflexos condiciona~~is~~^{is}, ou então, manifestações instintivas, que não chegam a revelar o estado de plena consciência que caracteriza o homem.

Imigração e Saúde Pública

Entre os fenômenos que certamente se apresentarão no Brasil de após guerra, teremos a penetração no país de grandes levas migratórias procedentes dos países duramente atingidos pela catástrofe. Muita prudência e muita reflexão deverão orientar os governantes a-fim-de, primeiramente, joeirar os ádvenas, de forma a só deixar entrar elementos sadios genotípica e fenotipicamente desejáveis, e, depois, orientar sua localização nos vários pontos do território nacional. Esta orientação não deve levar em conta apenas a falta de braços aqui e acolá, nem só se adstringir ao critério político de evitar encistamento e promover cruzamentos, mas também ao receber os elementos desejáveis, que vão colaborar na estruturação de nossa gente, ainda em formação, velar para que as condições de saúde do meio que os vai receber lhes sejam propícias.

Não devemos todavia esquecer, como tem sido o caso no passado, nosso caboclo, o cerne da nacionalidade. Que o colono imigrante tenha o meio sadio, a escola, o centro de saúde, mas não nos esqueçamos que, antes dele, é preciso cuidar do nosso caboclo, a quem tudo falta e tão caluniado é. Se é indolente muitas vezes, o deve à falta de saúde, em especial à ancilostomose que o ataca praticamente em 100 por cento, à desnutrição e ao alcoolismo, e, em várias zonas, a outros males como a malária (da qual sofre mais de um quinto da nossa população), a leishmaniose e outras de menor mas não pequena importância.

Considerações sobre o nosso "Panorama Sanitário"

O panorama sanitário de nossas populações, quer das cidades quer dos campos, não é lisonjeiro. Nas cidades, problemas

de monta estão a exigir a atenção pronta das autoridades, entre eles, dos mais importantes, a mortalidade infantil e a tuberculose; no campo, a ancilostomose, a malária, a leishmaniose, o tracoma. Em toda a parte a ignorância, o padrão baixo de vida, as doenças degenerativas e, não esqueçamos, as devidas a vícios alimentares. Conforme inquéritos vários têm revelado, por ignorância ou pobreza, ao lado da subalimentação, temos, intensamente disseminada, a fome qualitativa, carente em elementos essenciais, tudo contribuindo para uma menor resistência às doenças. A necessidade de educação sanitária é máxima, certamente maior do que a de instrução, e especialmente em educação alimentar.

E' bem verdade que nossas organizações sanitárias, federal ou estaduais, têm feito o que lhes tem sido possível dentro dos limitados recursos materiais e de pessoal de que dispõem. Benemérita tem sido igualmente a ação de certas organizações oficiais ou internacionais como o Serviço Especial de Saude Pública e a Fundação Rockefeller, estimulando ou criando novos serviços. Necessário é, porem, reconhecer que muito temos a fazer, e pugnar por **melhorias**.

Precariedade de dados estatístico-sanitários entre nós.

A precariedade de nossa situação sanitária é tão patente que chega a prescindir, em grande parte, da comprovação estatística. Mesmo essa comprovação não é facil de se obter, dada a ausência de dados fidedignos para a maioria de nossas cidades e até mesmo as capitais. Que se dirá então da grande massa do país, em magna parte inexplorado e tão falto de comunicações? O "quanto somos" tem estado sujeito a estimativas e somente nos últimos anos vão os nossos recenseamentos tomando forma mais razoavel. Os de 1920 e de 1940, embora ainda imperfeitos e com intervalo de 20 anos, dão-nos esperanças de melhor futuro para tais averiguações. E' mister que os governos estaduais, colaborando com o federal, não deixem de melhor cuidar igualmente dos registros, para garantirem, junto a uma continuidade lógica de recenseamentos frequentes e regulares, realizados com todos os cuidados exigidos, o uso imprescindivel de estatísticas de confiança.

E' de justiça confessar que tal marcha vem se fazendo paulatinamente, de forma a já nas capitais e em muitas cidades termos elementos para o cálculo de muitos índices de valor e que permitem conhecer muitas deficiências. O Departamento Nacional de Saude tem publicado e comentado falhas, fazendo estudos comparativos, estimulando melhoria e assim procurando estender a zona de registros de certa confiança, ainda circuns-

crita quase que somente ao Rio, São Paulo e algumas outras cidades.

A necessidade da instituição de padrões de índices sanitários, tornando possíveis estudos comparativos, é tacitamente reconhecida, e diversos métodos têm sido propostos a-fim-de torná-los práticos e representativos. A Comissão de Higiene da Sociedade das Nações, em 1936, recomendou os padrões propostos por Stouman e Falk, os quais foram modificados por Barros Barreto que, na Conferência de Washington, propôs fossem os mesmos reduzidos no número de itens. Este distinto sanitarista em trabalhos publicados nos Arquivos de Higiene, vem apreciando, com Oswaldo Costa e J. M. Teixeira, a situação sanitária das várias capitais dos Estados. Desses trabalhos (1,2) tomarei muitos dos dados que se seguem:

Dados estatístico-sanitários coligidos.

Se a natalidade é geralmente alta, apesar das sabidas deficiências de registros, 88,7 por 1.000 mulheres de 15 a 44 anos em média para 19 capitais, a mais baixa em 1942, em Terezina, andando pela casa de 27,8, tendo a seguinte, Cuiabá, já a 35,7 e daí, em escala ascendente até atingir 133,1 em Fortaleza, trata-se porém de um fenômeno biológico que, pelos altos índices de mortalidade, especialmente os de mortalidade infantil, não chega a compensar satisfatoriamente os imensos desfalques e nunca contentarão um higienista moderno e nem recomendam o progresso do país. Para 1941, Barreto e Costa encontraram uma concordância frequente entre baixa natalidade (inferior a 70) com os maiores coeficientes de mortalidade materna (acima de 15 por 1.000 nascimentos), concluindo também, dada a alta percentagem de matrícula de gestantes em dispensários, nessas localidades, pela ineficiência das organizações sanitárias e, principalmente, pelas falhas do registro.

A mortalidade geral é alta. Entre as capitais dos Estados, que geralmente são as cidades de maior progresso no país, foi nesta cidade do Salvador, de 27,63, em 1941.

A mortalidade materna por 1.000 nascimentos vivos foi para 20 capitais, em média, de 10,3, indo de 2,8 em Belo Horizonte a 54,4 em Terezina.

- (1) Barreto, J. Barros e Costa, Oswaldo — "Considerações a respeito dos Índices Sanitários das Capitais e dos Estados do Brasil, relativos a 1943". Arq. de Higiene, Rio, 13,2:129-155, (ag.) 1943.
- (2) Barreto, J. Barros, Costa, Oswaldo L. e Teixeira, José Medeiros — "Índices Sanitários de 1942 das Capitais dos Estados brasileiros" Arq. Higiene, Rio, 13,3:121-152, (Dez.) 1943.

A mortinatalidade, segundo dados relatados por Scorzelli Junior, (3) em 1941, para 8 capitais, onde os dados toram mais de confiar, andou, em média, em 64,7 por mil nascimentos totais, indo de 27,2 em São Paulo a 106,3 em São Luiz e sendo em Salvador de 87,7. No Distrito Federal, em 1942, foi de 79,64.

A mortalidade infantil, com índices certamente muito influenciados pela precariedade dos registros de nascimentos (haja vista coeficientes tais como 984 e 870 em Natal (1936-1937), 760 em Terezina (1937) a 843 em Maceió (1936), foi em média, em 1942 de 235,6, a menor em São Paulo (ainda altíssima) de 122 por mil nascimentos vivos, acusando 629 em Terezina, onde em 1941 fora de 500. Tais coeficientes são altíssimos, mesmo nas capitais do sul, de maior progresso geral, condição esta cujas relações com a mortalidade infantil são notórias. No Distrito Federal alcançou em 1942 a alta cifra de 155 por mil nascimentos vivos. Se tal é a situação nas melhores cidades, facil é presumir o que se passa no país em geral. Eis um campo importantíssimo do domínio da Higiene, onde temos muito e muito que fazer, de forma a colocarmo-nos entre as nações realmente cultas! Que tal mortalidade é passível de grande redução, mercê de bons serviços da higiene infantil e elevação de nível econômico e educacional das populações, é fato modernamente comprovado. Mesmo as causas natais e néo-natais são passíveis de redução, embora menos prontamente que para as ocorrentes em plena vida infantil.

Pela alta incidência de diarréias como causa de morte, pode-se verificar como é precária a alimentação infantil entre nós. As percentagens dessa causa sobre a mortalidade infantil total chegaram, segundo aqueles autores, em 1941, até 98,7 em João Pessoa, tendo sido em média de 50%. Observaram ainda, concomitância de percentagem superiores a 50 nas capitais com coeficientes maiores de 270 por mil nascimentos. O fornecimento de leite em boas condições sanitárias é de maior importância no combate à mortalidade infantil e, tal alimento ainda é em geral entre nós de baixa qualidade e parcamente utilizado. A falta de um bom controle na origem e distribuição é geral, sendo ainda relativamente pequeno o número de cidades que o pasteurizam, mesmo parcialmente. Em 1942, só 10 capitais pasteurizavam o leite, sendo que, totalmente, apenas cinco das mesmas. As quotas diárias às populações são mínimas, conforme vários inquéritos têm demonstrado. Porto Alegre a capital do Estado onde a quota tem sido maior, acusou, em 1942, 180 cm³ "per capita", ainda

(3) Scorzelli Jr. Aquiles — "Mortinatalidade nas capitais brasileiras". Arq. de Higiene, Rio, 13,3:7-25 (Dez.) 1943.

pois apenas a terça parte do que é geralmente tido como mínimo. A quota de leite pasteurizado "per capita" esteve em 1941 sempre inferior a 60 cm³ nas capitais com mais de 50% de mortes abaixo de um ano por diarreia. Somente 6 capitais tiveram mais de 60 cm³ e mesmo Porto Alegre, a maior, tem taxa insuficiente.

A preocupação com a saúde das crianças e das mães tem-se manifestado fortemente nos últimos tempos entre nós, o que é muito louvável para o atual Governo. Considerando todavia como o diz Saunders, (1) que um programa de saúde materna ou infantil não pode mais ser considerado em movimento separado de outros movimentos de saúde, dever-se-ia onde tal não se dá, reintegrá-lo nos departamentos de saúde estaduais ou municipais, tão interdependentes são os problemas médico sanitários que afetam toda a família.

Das doenças contagiosas, pagamos maior tributo à tuberculose, a grande ceifadora de vidas. Conforme os dados antes referidos, em 1942, 7 capitais apresentam coeficientes de mortalidade acima de 300 por 100 mil habitantes, com Salvador na dianteira, devendo-se neste grupo incluir a própria Capital da República; 7 entre 200 e 300, 4 entre 100 e 200 e 2 apenas abaixo de 100. Pode-se perfeitamente calcular o número de tuberculosos ativos no Brasil, em cerca de um milhão, em grande parte desamparados, pela falta de organismos assistenciais, e também descuidadíssimo o problema propriamente profilático. Cadastros torácicos, pelo processo de Manoel de Abreu e cadastros tuberculínicos, estes nem sempre comparáveis dadas as diferenças de técnicas, têm-se realizado aqui ou acolá, mas devem ser tais inquéritos multiplicados nas diferentes zonas, a-fim-de melhor tornar conhecida a incidência da tuberculose entre nós e também permitir o descobrimento de novos casos entre comunicantes.

Entre as doenças contagiosas agudas nas capitais, constitui problema importante, mais em umas do que em outras, a febre tifóide. Cinco capitais apresentaram em 1942 coeficientes de mortalidade tifóidica superiores a 20 por 100.000, culminando em Porto Alegre com 32, três entre 15 e 20, sete entre 10 e 15 e quatro entre 5 e 10. Urge que os serviços de saúde empreendam luta sem trégua contra tal situação, estimulando as notificações e verificações dos casos, de forma a poder atender melhor ao problema profilático, e promovendo inquéritos a-fim-de ser evidenciada a via de transmissão. É enorme o número das nossas cidades que não dispõem de redes de abastecimentos de águas

(1) Saunders, J. M. — Effect of the Increased Birth Rate on Maternal and Child Health Problems". A. J. P. H., 35,2:140-142 (Fev.) 1945.

e, as que dispõem de tal elemento de progresso, sofrem carência do produto, que geralmente não é tratado. E que dizemos das zonas do interior e das rurais, onde sabe-se serem as doenças do grupo tífico muito disseminadas e em geral ignoradas? E' preciso realçar que poucas cidades dispõem de serviços de verificações de óbitos e, na maior parte, os serviços de notificação de casos são muito precários. Urge intensificar as vacinações, incrementar a educação sanitária do povo, ao passo que, medidas de saneamento indicadas, de purificação de águas e esgotos em especial, devem ser convenientemente tomadas.

A mortalidade declarada por disenteria é impressionante. Uma capital com coeficiente bem acima de 100 por 100 mil (João Pessoa), 3 entre 70 a 100, 5 entre 40 e 70, 7 entre 20 e 40, 3 entre 10 e 20 e 1 entre 5 e 10. Ainda aquí cabe assinalar as mesmas considerações feitas acima em relação à febre tifóide.

Entre outras doenças transmissíveis agudas, a difteria tem-se apresentado em algumas capitais como problema importante e sua profilaxia pela vacinação em massa na infância, é assunto resolvido já em muitos países.

Já tivemos oportunidade de pedir para São Paulo, onde o problema é sério, e para tal fim apresentamos um anteprojeto, que, ao lado da vacina antivariólica obrigatória, se passe a exigir também a antidiftérica para as crianças, de preferência no segundo semestre de vida, estendendo-se a obrigatoriedade até os 10 anos, com revacinação ao entrar para a escola primária.

A varíola é doença que nos acompanha desde o primeiro século do descobrimento e a prática comprovada e já secular da vacinação jeneriana não deve ser negligenciada, antes sempre motivo de preocupação constante. A lepra continua a chamar a atenção dos governos e, a exemplo do governo federal e de alguns governos estaduais como o de São Paulo, deve merecer grande atenção, em especial, de acordo com os ainda poucos conhecimentos atuais, a parte assistencial em leprosários segregadores, sem desprezar a criação de dispensários. Temos capitais, como Aracajú, que em 1942 ainda mantinham em domicílio todos os leprosos conhecidos, e em São Paulo, onde o problema de segregação tem sido encarado com mais atenção, 3/4 dos doentes são internados em leprosários. O problema não é só de segregação, mas de descobrimento, entre os comunicantes, de casos contagiantes ou potenciais contagiantes que, a juízo dos dispensários, peça importantíssima do armamentário, deverão ser isolados e tratados. Também cumpre prosseguirem os estudos referentes ao descobrimento de tratamentos de maior eficiência que os atuais, ainda não satisfatórios. E que dizer das doenças vené-

reas e outras, não notificáveis pelas nossas leis, e que estão a exigir cuidados profiláticos ou terapêutico-profilático generalizados, para melhoria da situação? O câncer, em escala ascendente, figura nos nossos obituários já atingindo em muitos lugares quase tanto quanto a tuberculose, muito pouco havendo se realizado para, pelo menos, enfrentar o problema.

Isto, nas capitais ou nas grandes cidades. Nas zonas rurais, tais problemas também existem, agravados por outros que mais propriamente lhes são ranágio. Assim, a ancilostomose, a atacar perto de 100% daquela população, a malária a fazer vítimas em vastas zonas e calculando-se o seu número em mais de 1/5 da população, o tracoma, a se estender de seus três focos clássicos, o do norte, no Ceará, o de São Paulo, talvez o mais importante, e o do sul. Os coeficientes de mortalidade pela malária são elevadíssimos em certas zonas. Assim, em Manaus eles chegam a superar os da tuberculose, com 339 por 100.000 habitantes. A febre amarela em sua forma silvestre a rondar aqui e ali, a tripanosomose americana, tão espalhada que se chega a dizer que é só procurar para ser encontrada, a esquistosomiase e outras tantas mazelas?

No nosso interior e até nas capitais, morre-se em grande número sem se saber a causa. Serviços de verificação de óbitos apenas existem em muito poucas capitais. Em São Paulo, onde tal serviço foi instalado pela primeira vez em 1925, a percentagem de óbitos por causa desconhecida que fora em 1924 de 8,8, baixou a menos de 0,3 em 1940. Recife, Terezina, que também possuem serviços de verificação de óbitos, tiveram em 1941 de 0,2 e 1,5% de óbitos por causa desconhecida. Salvador, entretanto, ainda acusava em 1941, 6,5% de óbitos por causa ignorada. E Florianópolis, Aracaju, Goiânia, com mais de um terço de óbitos por causas desconhecidas? Há numerosos municípios, onde até 100% dos óbitos se dão oficialmente como "morte natural", apenas a estatística desmonotizada por alguns óbitos por acidentes, homicídios ou suicídios. E' a falta de médicos, a tornar precisa a assinatura leiga do atestado. E ainda citemos os cemitérios clandestinos, a escaparem às estatísticas.

Para detalhado conhecimento de situações locais, a prática de inquéritos distritais, nos moldes do que realizou em 1943 o Centro de Saude do Instituto de Higiene de São Paulo no seu distrito do Jardim América, ou o que o Centro de Saude de Petrópolis vai realizar este ano na sua zona rural, deverá constituir exemplo a ser seguido por todos os Centros de Saude. Ainda devo lembrar a prática de inspeções sanitárias feitas "in loco", do tipo das que realizam os estudantes do Instituto de Higiene de

São Paulo, que já tem todo o Estado de São Paulo inspecionado e mesmo vários municípios de Estados limítrofes e até de algumas cidades de países sulamericanos, onde têm ido em caravanas.

Os serviços assistenciais em nosso país são, em geral, insuficientes e mal distribuídos.

O problema da saúde é vital para a nacionalidade e nos no Brasil, muito temos a fazer para encaminhar as soluções. Para esse fim, faz-se mister uma congregação de esforços coordenados e contínuos, entre todas as unidades da Federação, sob a égide do governo da União a atuar quando necessário e a orientar e coadjuvar as atividades estaduais e municipais. Mais uma vez se vê o acerto em que andou a Comissão Organizadora deste Congresso, em respeitar o fator geográfico para a indicação de seus relatores e correlatores, a-fim-de-melhor se propor a questão.

Mas não é só prevenir e educar; é preciso também não negligenciar a parte assistencial, não só por motivos de filantropia, como pelo mesmo motivo profilático. E como somos pobres também neste setor! Número exíguo de médicos que, por outro lado, se aglomeram até em pletora nas grandes cidades. Em vastas zonas, andam-se léguas e léguas sem encontrar um; é aí o domínio franco dos curandeiros e comadres, que não deixam também, mercê da ignorância e pobreza do povo, de pontificar nas próprias capitais.

O número de médicos, preconizado, é de 5 por 10.000 habitantes para cidades ou zonas densamente povoadas, sendo o número de 1 por 1.000 tido em geral como adequado. Entretanto, mesmo em 8 capitais em que o número de médicos foi em 1941 de mais de 10 por 10.000, somente cinco tiveram 90% ou mais de atestações de óbito firmado por médicos.

No Estado de São Paulo, que julgamos ser dos menos mal servidos no país, há 34 municípios sem médicos e 163 sem hospital, sendo que mesmo entre os que possuem hospital, segundo o asseverou Gama Rodrigues, (1) o número de leitos está ainda muito abaixo do que pediria a boa técnica assistencial. Não temos assistência médica popular organizada e o que existe, insufficientíssimo e mal distribuído, deve-se, em especial, à benemerência das Santas Casas, instituições que transplantadas em 1543 para o Brasil, com a fundação da Santa Casa de Misericórdia de Santos, por Braz Cubas, têm ao seu cargo 60% da assistência atualmente fornecida.

(1) Gama Rodrigues — "O Problema Hospitalar no Interior de São Paulo". Comunicação ao 2.º Congresso Médico Paulista, 1945.

O padrão pede 5 leitos em hospitais gerais por 1.000 habitantes e apenas cinco capitais lograram, em 1942 ultrapassar tal limite, apresentando-se, Florianópolis, com 8, a melhor dotada nesse ano. Mas Salvador e algumas outras, acusaram nesse ano menos de 4 por 1.000 e Cuiabá só 1,74 sendo verdade que esses leitos mesmo não servem só às capitais, mas também a grande parte da população dos Estados. Já vimos antes, no Estado de São Paulo, como exemplo, quão insuficiente é o número de leitos disponíveis, havendo grande número de municípios sem um leito sequer. E ainda muito não é tudo. A falta de enfermeiros que realmente mereçam esse nome é frisante.

Relativamente a hospitais especializados, também muito temos a realizar, não só em obras assistenciais com a criação de leitos para tuberculosos, na base mínima de um para cada óbito, como na luta mais propriamente profilática com os dispensários, dentro ou fora dos Centros de Saúde. Quanto à luta contra a lepra, mais desenvolvida, mormente em certos Estados como São Paulo, ainda a tarefa está longe de completa, não só no tocante aos dispensários, como mesmo para a internação, havendo Estados, como já vimos, que ainda não possuem locais para abrigá-los. Hospitais para psicopatas também se encontram em deficientes condições. Sendo o limite geralmente aceito de 6,5 leitos por 1.000 habitantes, verificamos pelos relatórios de Barros Barreto que sómente Porto Alegre atingiu em 1942 esse nível. Todas as demais capitais apresentam deficiência, em geral a terça parte do requerido, sendo que Vitória não possui um leito sequer. Os alienados internados foram de 3 por 10.000 em Macaé a 38 por 10.000 em Curitiba, sendo de referir que internação não significa sempre leito em hospital, mas recolhimento até em cadeias, prática que, felizmente, tende a desaparecer.

Enfermagem eficiente.

Devemos notar ainda, quanto à assistência hospitalar, que a questão não reside apenas em médicos e hospitais. Há a parte importantíssima da enfermagem, que deve ser de alto preparo e não, como ainda é costume entre nós, improvisar enfermeiros, frequentemente usando até convalescentes indigentes. A enfermagem eficiente, obtida pelo emprego de pessoas de nível elevado e com cursos em escolas de alto padrão ainda é precária entre nós, que, ao lado da Escola Ana Nery, apenas agora começa a contar com mais algumas de nível equivalente, como a de São Paulo e a de Niterói. Essas enfermeiras deverão ter precisas noções de saúde pública, aliando a prática curativa à preventiva.

Descentralização de funções administrativas.

Vê-se pois que num país assim, tão vasto, de tão diversas condições, onde reina avultadamente o analfabetismo, a ignorância e a pobreza, ainda com comunicações difíceis entre as diferentes zonas dada a falta de vias de transporte, com o progresso a se manifestar apenas em determinadas zonas litorâneas ou ao redor de grandes núcleos, as soluções para os problemas serão lentas na sua execução e dependentes, em grande parte, da marcha da civilização. Ao lado da penetração desta, terá a solução que vir da soma dos labores parciais e regionais que, se estendendo por contiguidade, proporcionarão, em futuro que todos os esforços devem procurar tornar menos longo, o progresso sanitário sobre o qual repousará a própria unidade nacional.

A tarefa tem que ser descentralizada, exigindo-se porem, uma coordenação dos esforços regionais, para, respeitadas as condições locais, haver maior sucesso nas campanhas. Mesmo porque, os progressos rápidos hoje trazidos pela aviação nos transportes e comunicações estão a mostrar como problemas, que antes se acreditavam regionais em absoluto, deixaram de o ser. Lembremo-nos dos exemplos da importação do "anofeles gambiæ", da disseminação da esquistosomiase ou do tracoma.

E' necessário que organismos locais de saúde e assistência sejam criados, com a penetração necessária nas zonas rurais, onde vive o cerne da nacionalidade. E' o posto de higiene, desde a sua forma mais simplificada até o Centro de Saúde completo, situado em cada município do país ao lado dos outros organismos que quase nunca faltam, como a escola pública, a igreja e até a prisão. A escola, ao lado do posto de higiene, é essencial e a posição do professor primário assume toda a sua importância nesses meios onde ele, semeador da instrução e da educação, é o guia natural e único em questões de saúde.

Entrelaçamento entre as questões de saúde e as de assistência.

Muito se tem discutido sobre a separação entre os problemas de saúde e os de assistência. Alguns, do porte de um Haven Emerson, julgam que a separação deve ser completa, para que uma não desvirtue a outra. Outros julgam que ambas devem vir juntas.

Wilson Smillie, sem negar os entrelaçamentos necessários entre uns e outros, às vezes inseparáveis, como no caso de doenças transmissíveis, acha que nas grandes cidades podem ser realizados por organizações distintas: nas pequenas aglomerações

pobres, todavia, onde não há médico ou qualquer recurso assistencial, o posto de higiene deve ser também de assistência médica, como já vai sendo o caso entre nós, com a criação de postos de assistência médico-sanitária em tais lugares.

Novos rumos.

Novos rumos vêm sendo hoje indicados para a solução dos problemas de saúde. É verdade que os métodos que têm sido prevalentes em administração sanitária, dirigidos especialmente ao combate às doenças transmissíveis trouxeram certamente grande redução na mortalidade. Mas como o nota Falk, (1) tais reduções tenderam a estacionar nos últimos tempos e, com o prolongamento da duração média da vida, a prevalência de doenças mais próprias da velhice e não evitáveis pelos métodos tradicionais começa a aumentar. Estados mórbidos como as afecções cardíacas, reumatismo, pneumonias e outros, responsáveis por grandes danos que não podem ser completamente prevenidos, de acordo com as atuais condições, exigem organizações por onde sejam logo diagnosticados e assim minorados seus efeitos, pela assistência adequada. A saúde pública, conforme o diz Falk, precisa entrar ativa e decididamente neste novo campo, pois se a primeira função da saúde pública é prevenir, a prevenção não deve se circunscrever apenas à eclosão da doença mas também ao tratamento requerido e eficiente, afastar sofrimentos, diminuir a duração da doença, evitar complicações ou consequências mais sérias, evitar sequelas ou incapacidade, etc.

Programa norte-americano.

O interesse que mundialmente vem despertando a outorga à população de toda a assistência de que necessita, refletindo-se na "American Public Health Association", deu origem, no terreno da assistência médica, a vários trabalhos, firmados por eminentes profissionais, e a um magnífico relatório oficial, sobre "Assistência Médica em um Programa Nacional de Saúde", (2), adotado em 4 de outubro de 1944. Nesse relatório esboça-se um vasto programa destinado a tornar acessíveis a toda a população dos Estados Unidos e em qualquer área do país, serviços pre-

(1) Falk, I. S., "Content and administration of a Medical Care Program". A. J. P. H., 34, 12: 1223-1230 (Dez.) 1944.

(2) "Medical Care in a National Health Program". A. J. P. H., 34,12:1252-1256 (Dez.) 1944.

ventivos, diagnósticos e curativos, programa a ser executado integralmente dentro do prazo de 10 anos. Inclue assistência hospitalar, serviços médicos, serviços de laboratório, enfermagem, assistência dentária e fornecimento de medicamentos, serviços de higiene materna e infantil, higiene escolar, profilaxia das doenças transmissíveis, especialmente tuberculose, venéreas e outras evitáveis, nutrição, educação sanitária, registros estatísticos e outras funções de saúde pública que, atualmente, são apenas fornecidas a uma parte da população.

Neste plano de extensão de serviços a cada habitante dos Estados Unidos, cogita-se de entregar a responsabilidade dos serviços a uma única entidade, a-fim-de tornar mais eficiente a administração em todos os níveis, federal, estadual e local. Os serviços de saúde, federal, estaduais e locais terão a maior responsabilidade na execução do programa e deverão ter a assistência de Conselhos onde, além das profissões, serão representadas outras fontes dos serviços e os recipiendários dos mesmos. Considerando que como são ainda hoje constituídas as organizações de Saúde Pública podem não estar prontas para receber já a responsabilidade para todas as faces do serviço, recomendou-se que para isso se preparem.

Organizações ou sistemas aplicáveis ao nosso meio. Papel do Centro de Saúde.

Discutamos agora a aplicabilidade em nosso meio de organizações ou sistemas que vêm dando resultado em outros lugares.

Desde logo facilmente se reconhecem as inúmeras dificuldades para o traçado de um plano para todo o país. A vastidão deste, a precariedade das vias de comunicação, os graus variados de nível educacional, a ignorância e o analfabetismo são alguns dos principais óbices.

Mesmo no Estado de São Paulo, com vias de comunicação das mais desenvolvidas no país, os serviços organizados de higiene têm ficado circunscritos, praticamente, às zonas urbanas de alguns municípios, a atuação em pequenas cidades e em toda a zona rural, onde vive cerca de 65% da população total, tomando antes um aspeto ocasional, de debelação de epidemias.

Dos 305 municípios do Estado, apenas pouco mais de 100 usufruem as vantagens de possuir autoridades sanitárias ou postos de higiene, ficando os demais subordinados à influência por vezes longínqua da sede regional e que só se manifesta por ocasião da aparição de casos sérios de doenças transmissíveis. Mesmo naqueles que dispõem de centros de saúde ou postos de hi-

giene, a atuação destes se faz mais na zona urbana do que na rural.

Não somente de medicina preventiva e de saneamento se ressentem as zonas rurais, mas insignificante é também a assistência clínica, curativa, que, mesmo em certas aglomerações urbanas de zonas pobres, se manifesta insuficiente, a começar pela ausência de médico, que aí não pode encontrar os recursos necessários à sua manutenção.

Tarefa urgente seria, de momento, prover a zona rural e as zonas urbanas pobres, de médicos clínicos com prática obstétrica e de sanitaristas. Como se costuma esperar tudo do Estado e este não tem podido de pronto dar o remédio, existem muitas zonas onde a carência de tais recursos é completa, ou então, possuem um abrigo a que chamam hospital, a cargo de pessoa não diplomada em medicina, farmacêutico ou enfermeiro, dada a falta de médico.

O tempo e o espaço são curtos para que possamos abordar todas as questões de saúde e assistência a serem resolvidas no Brasil, questões de não fácil solução quando contemplamos esta imensa Pátria nossa, com suas vastas zonas rurais ou semi-rurais, muitas de não fácil acesso e agora ainda mais prejudicadas pelas consequências da guerra.

É fato pacífico hoje que todo o indivíduo deve receber a assistência de que necessita e, contribuindo ou não conforme suas posses, não lhe pode o Estado recusar a organização de serviços que viriam ao encontro daquele fim..

A organização moderna de Saúde Pública por Centros de Saúde, (1) para a qual entramos desde cerca de 1924, com a instalação dos primeiros Centros de Saúde em São Paulo, em que serviços de assistência médica de finalidade sanitária são instalados, vem perfeitamente ao encontro das novas tendências, de conjugar nas pequenas cidades tanto a assistência curativa como a preventiva. Nas grandes cidades, onde existem hospitais e ambulatórios para assistência preventiva e médica, os Centros de Saúde também não devem descurar a parte assistencial médica, relegada mais logicamente aos tratamentos em que exista finalidade sanitária e se entrosando com os Hospitais para encaminhamento aos seus serviços de ambulatório ou para as internações. Todos os municípios do país deveriam usufruir os benefícios de serviços de um centro de saúde, dotado das facilidades necessárias até

(1) Souza, G. H. de Paula e Vieira, F. Borges. "Centro de Saúde, Eixo da Organização Sanitária". Boletim Inst. de Hig. São Paulo, 59:3-60, 1936.

para a hospitalização dos doentes, onde for necessário, e dirigido por sanitarista em regime de tempo integral com ordenado compatível com sua posição. Nos Estados Unidos todos são acordes em seu valor e, já entre nós, esta tecla tem sido batida inúmeras vezes e ainda agora, por sua necessidade mais uma vez concluiu o 1.º Congresso Médico Social Brasileiro reunido em São Paulo.

Não seria certamente para breve, talvez, nem mesmo para os nossos dias, que tal desideratum possa ser completamente atingido. Mesmo nos Estados Unidos, a mais rica e progressista nação do mundo, somente cerca de dois terços da população do país gozam ainda desse privilégio. Mas não devemos por isso esmorecer, lembrando a própria lição dos Estados Unidos que em 1915 apenas possuíam 14 unidades com serviços de tempo integral, e, já em 1935, viam esse número subir a 762. A aprovação da "Social Security Act", em 1935, veio ainda mais estimular e acelerar tal desenvolvimento, de forma a se contarem hoje, naquele país, mais de 1.800 condados recebendo os benefícios de serviços de saúde em regime de tempo integral. Aproximadamente 1.200 diretores de saúde de tempo integral servem em diversas áreas naquele país e, dentre esses, já cerca de 20 por cento, além do curso médico, possuem também diplomas de cursos de especialização em saúde pública. Além desses diretores de saúde, há médicos sanitaristas subordinados, como delegados de saúde, sanitaristas assistentes e funcionários de outras posições, com carreiras definidas.

Certamente que entre nós tal situação seria lentamente atingida, pois está o problema em parte subordinado ao progresso geral das diferentes regiões, podendo todavia anteceder-lo, quando as condições o exigirem.

A criação de serviços de saúde em cada município tem lutado com entraves múltiplos, principalmente os de ordem financeira.

E' especialmente nos municípios pobres que mais se faz mister a organização de serviços, pois é nas classes menos favorecidas que mais campeiam as doenças, as quais, nos lugares sem médicos, decorrem ignoradas totalmente.

O professor da escola rural e a defesa da saúde pública.

Como órgão de penetração sanitária na zona rural não vemos melhor elemento que a escola com um professor ou professora consciente da magnitude e importância dos problemas sanitários e possuindo uma soma de conhecimentos de higiene tal que os torna da maior eficiência no encargo de sub-postos. Tais sub-postos deverão funcionar junto à escola e os prédios escolares rurais deverão possuir, embora pequena, dependência para tal finalidade. Aí, com o auxílio, se necessário, de enfermeiro-mi-

croscopista, exames simples de laboratório, tratamento de verminoses, tracoma e outros podem ser praticados, ao lado da extensão da educação sanitária, não só destinados aos alunos como às suas famílias. Palestras, projeções, demonstrações deverão ser frequentemente feitas para todos os habitantes do lugar, com o fito de difusão da educação sanitária.

O Instituto de Higiene do Estado, vem, desde 1925, desenvolvendo cursos para professores, destinados a torná-los auxiliares sanitários, conferindo-lhes após sua conclusão, diplomas de educadores sanitários, e mais recentemente, cursos para nutricionistas. Dos professores rurais que deveriam ser bem melhor pagos, requerer-se-ia seguirem tais cursos de especialização ou, como medida de emergência, cursos mais rápidos, e ei-los ótimos e adequados propagadores da semente da geração sadia. Em suas funções, deveriam se ligar e subordinar ao centro de saúde da cidade próxima, cujo médico chefe e o encarregado da parte de higiene escolar, em visitas frequentes, fiscalizariam e orientariam os serviços.

Custeio dos serviços.

Para angariar os fundos necessários à manutenção dos serviços médico-sanitários, ou devem os Estados provê-los, como tem sido feito, e sabemos que as rendas dos Estados são principalmente constituídas pelos impostos e taxas, ou devem os particulares colaborar, conforme as novas tendências vão firmando, com o seguro, voluntário para as classes mais favorecidas, e obrigatório, recaindo também sobre os empregadores, nas classes de pequeno salário.

É fato admitido que tais serviços deverão ser custeados pela renda de impostos em geral, ou por estes acrescidos de rendimentos de seguros. O financiamento exclusivo pelo seguro resultaria na exclusão de certos grupos que, dadas suas condições econômicas ou profissionais, poderiam não participar dos benefícios.

Se é verdade que o cuidado com a Saúde Pública é um dever primordial dos governos, entre nós todos os encargos têm recaído praticamente nos governos dos Estados, auxiliados aqui e ali, pela União. Mas os governos municipais, que deveriam prover para a defesa da saúde local, pouco têm feito, a maioria por escassez de recursos e muitos, ou por deixarem tudo aos Estados ou à União, ou por falta de compreensão da importância que a saúde representa para o progresso local.

Também o particular ainda não se aperebeu que nem tudo deve emanar do Governo e, como os municípios em sua maioria, esperam tudo do Estado.

Ao Estado competirá assistir, certamente, mas, dados os limitados recursos ao seu dispor, caber-lhe-á também dirigir, orientar, coordenar, auxiliar as iniciativas oficiais e particulares locais, que, movidas pelos próprios interesses na solução dos problemas que afetam o progresso e desenvolvimento das suas regiões, têm igualmente o dever de cooperar.

Municípios há, dos mais rendosos, que quase nada gastam com saúde e mesmo educação, absorvidos com obras de nenhum valor sanitário e adiveis, cuidando quando muito, de algum saneamento urbano ou da instrução pública. No Estado de São Paulo, a contribuição dos municípios para o serviço de saúde do interior, foi, em 1944, de apenas Cr\$ 0,25 “per capita”, conforme comunicação a nós feita pela Divisão do Interior do Departamento de Saúde.

Foi reconhecendo esses fatos, que o subrelator do tema respectivo, Dr. Ariovaldo de Carvalho, no 1.º Congresso Brasileiro Médico-Social de São Paulo, concluiu pela necessidade de fazer com que os municípios de mais de 1.000.000,00 de cruzeiros de renda arcassem com as despesas da manutenção dos organismos de saúde pública, ficando aos Estados os encargos nos municípios de menos de 300.000,00 cruzeiros anuais. Entre 300 e 600.000,00 cruzeiros, já o município auxiliaria com 20% dos gastos e entre 600.000,00 e um milhão, com 50%. Conselhos de Saúde, conforme propõe aquele subrelator, seriam instalados em cada município, que teriam como fonte de renda 5% adicionais sobre todos os impostos estaduais e municipais colhidos aí, 10% desses 5% derivando para assistência hospitalar, o restante destinado principalmente às campanhas sanitárias nos municípios. O Conselho de Saúde teria ainda a seu cargo a assistência social, sob todas as formas, ao trabalhador pobre, cabendo ao posto sanitário local a profilaxia das endemias rurais e a educação sanitária do povo. Certamente que se trata de um programa bem interessante e que merece ser bem estudado em suas minúcias para possível aplicabilidade.

Já no Congresso de Prefeitos, reunido em São Paulo em 1935, a Comissão de saúde pública propôs que, dentro dos 10% da renda de cada município destinados a sistema educativos, a metade fosse para educação sanitária, como base de qualquer programa de higiene moderna, o que foi aceito em plenário.

Outra variante acaba de ser aprovada na Conferência das Classes Produtoras em Teresópolis, na Declaração de Princípios, da Segunda Comissão Técnica, onde, tratando da elevação dos níveis das populações no que toca à saúde pública e à assistência médico-hospitalar, resume-se um conjunto de medidas a serem custeadas:

- a) pelos trabalhadores, assalariados ou não em função do salário e número de pessoas da família;
- b) pelos empregadores, em função dos salários pagos;
- c) pelas municipalidades, no mínimo de 10% de sua receita;
- d) pelos Estados, no mínimo de 10% de sua receita.

A consecução integral dos benefícios realizar-se-á, entre nós, após caminho árduo e longo, que para o futuro trará certamente esplêndidos resultados e fará os encargos da saúde pública repousarem, descentralizados, especialmente nos municípios, com seus serviços de interesse local, aos Estados cabendo mais especialmente a orientação, coordenação e auxílio e as grandes obras de interesse geográfico mais geral.

Tal roteiro não deve eximir as grandes organizações industriais ou agrícolas, de velar pela saúde de seus assalariados, sob a forma de seguro, em colaboração com estes e com o Governo ou aproveitando o espírito cooperativista e dando provimento à assistência médica e também sanitária do pessoal.

Cooperativismo nos programas de saúde.

Efetivamente, nem tudo se deve esperar do Estado. A propósito das funções do Estado, M. Colombain, do Bureau Internacional do Trabalho, em interessante opúsculo editado em Genebra em julho de 1935, ao dar notícia de como vinha o problema sendo encarado na Jugoslávia, em plano cooperativista, cita as opiniões de Reeder e Kojic, segundo as quais, "o Estado é a expressão e o instrumento de princípios e fins muito mais gerais, para que lhe seja sempre possível resolver problemas locais duma maneira prática em tempo útil. Sua função própria seria antes fixar as bases e os quadros de atividade local e ao plano trazer fiscalização e concurso".

Com o fito de aproveitar o movimento cooperativista em marcha entre nós especialmente no terreno agrícola e baseado em exemplos de vários países, já em 1937 publicávamos um trabalho sobre a "Assistência sanitária rural e o cooperativismo" (1) onde advogávamos a extensão do serviço cooperativo às questões de assistência médica e sanitária nas zonas rurais.

Foi a mesma sequência seguida na Jugoslávia, onde o núcleo também partiu das cooperativas agrícolas. E tal foi aí o seu sucesso, que Colombain, assim comenta, no trabalho citado: "De

(1) Vieira, F. Borges "Assistência Sanitária Rural e o Cooperativismo", An. Paul. de Med. e Cir., 34,6: 3-11 (Dez.) 1937.

todas as peças que constituem o movimento cooperativo yugoslavo, o movimento cooperativo sanitário é uma das mais recentes e também das mais originais. Seus métodos que repousam sobre a cooperação dos interessados e que, partindo do imediatamente possível, se desenvolvem em um progresso contínuo, conseguiram, em poucos anos, melhorar as condições de vida das populações campesinas". Aliás, experiências anteriores como a campanha contra a malária em Bengala, as cooperativas sanitárias japonesas, além de outras, tinham demonstrado os benefícios do sistema, aplicável a grandes organizações particulares rurais, onde não era possível que tudo dependesse dos cofres governamentais, sendo do maior interesse não só para os trabalhadores como para os patrões.

Na Jugoslávia, o movimento dirigido por Kojic aproveitou a colaboração de diversas organizações existentes, como a Sociedade Sêrvio Americana para a Proteção à Infância e a Federação Geral das Uniões Cooperativas do Reino e o sucesso foi tão grande, que várias delegacias de saúde rurais chegaram a transferir às Cooperativas algumas de suas funções obrigatórias. Mediante módica contribuição de cada associado, fixada nos estatutos e variável, em dinheiro ou em mantimentos, angariaram-se recursos que permitiram ao movimento sanitário repousar sobre bases financeiras que, embora modestas, eram supridas pelo movimento cooperativista. Sobre bases simples e econômicas desenvolveram tais instituições suas finalidades, dando ao associado assistência médica e fornecendo-lhe medicamentos e artigos sanitários a baixo preço. Tais cooperativas marchavam paralelamente às cooperativas agrícolas, muitas vezes se albergando no mesmo edifício; ao mesmo tempo que elevavam o nível físico, sanitário, educacional e econômico da região, forneciam-se aos camponeses aparelhamentos agrícolas, sementes e animais selecionados, ao lado de socorros médicos e farmacêuticos.

Certamente que tais organizações não libertam o Governo de providenciar pela saúde da população, uma de suas atribuições básicas, a principal, como dizia Disraeli, mas constituem supletivos do maior alcance.

O Dr. J. A. Magalhães, distinto médico de São Paulo, há pouco falecido, em comunicação apresentada ao I.º Congresso Médico-Social Brasileiro. (1) expressou as mesmas idéias sobre os benefícios do cooperativismo aplicado à assistência médico-social.

(1) Magalhães J. A. "Écos do 1.º Congresso Médico-Social Brasileiro". O Estado de São Paulo, 30-III-1945.

O Governo da República, em recente decreto-lei emitido em 9 de abril p. passado, dispondo sobre a organização da vida rural no país, determinou que cada município possua pelo menos uma associação rural, relacionada com o Ministério da Agricultura, e da qual poderão fazer parte pessoas naturais ou jurídicas que exercerem, profissionalmente, atividades rurais em qualquer de suas formas, agrícola, administrativa, pastoril ou industrial. Tais instituições, que serão elementos da maior valia para o progresso local, deverão oferecer serviços de assistência médica, dentária e jurídica aos seus associados. A "Casa Rural", que são obrigados a manter, deveria a nosso ver, ainda albergar, e orientada pelo Governo do município ou do Estado, os elementos básicos de progresso, quais sejam, a escola e o posto de assistência médico-sanitária, em estreita colaboração com o Centro de Saúde ou Posto de Higiene da localidade e dirigido pelo médico-chefe deste. Tal atuação será básica, visto como nenhum progresso poderá repercutir na agricultura se a saúde dos que ali mourejam não for defendida.

Também acaba de ser regulamentada a Caixa de Crédito Cooperativista criada em 1943 e que, ao lado do auxílio propriamente da finalidade agrícola, poderia subvencionar, talvez, as campanhas de saneamento necessárias ao sucesso das empresas em geral. Com esta finalidade poderiam ser desde logo assistidas em assuntos médico-sanitários, as cooperativas já existentes, em número de duas mil em todo o país. O Serviço de Saúde do Estado, coordenador das atividades em todo o Estado, daria a orientação e ajuda aos serviços de assistência médico-sanitária assim mantidos. Isto seria no campo, uma variante do seguro, outra instituição de que aqui vamos tratar.

Seguro-doença, seguro-saúde, seguro-social?

São poucos hoje os que advogam o seguro contra apenas uma determinada doença, mesmo como a tuberculose. Certamente que o problema da tuberculose é da mais alta importância e constitui entre nós, como em geral, o problema sanitário número um. Mas, outros assuntos que requerem assistência lhe são interdependentes e melhor seria abranger tudo, com o seguro-doença. Os segurados obteriam assim os recursos necessários para enfrentarem os percalços assumidos pela doença. Melhor seria, porém, à maneira do que fazem certas companhias de seguro, como a Metropolitan ou a New York Life, além de proporcionar a assistência durante a doença, abranger também a defesa da saúde. E, em escala ainda mais ampla, cairíamos então no se-

guro-social, em todas as suas formas, médica, sanitária ou financeira. A medida é de despertar o maior entusiasmo, e assim tem sido.

A primeira Conferência Interamericana de Seguro Social, realizada em Santiago do Chile, em setembro de 1942, declarou que "cada país deve criar, salvaguardar e desenvolver o vigor intelectual, moral e físico de suas gerações ativas, preparar o caminho para as gerações futuras e sustentar a geração que vai-se eliminando da vida produtiva. Aí está o seguro social, uma verdadeira e racional economia dos seguros e dos valores humanos". Encarecendo a necessidade de um programa continental, declarou: "Uma política de seguro-social para os países da América deverá compreender medidas tendentes a desenvolver o emprego e mantê-lo em nível elevado, a incrementar a receita nacional e repartí-la equitativamente e, enfim, a melhorar a saúde, a alimentação, o vestuário, o alojamento e o ensino geral e profissional para os trabalhadores e suas famílias".

Nos Estados Unidos, o Presidente Roosevelt muito se interessou pelo plano dos seguros e desde o Social Security Act, de 1935, sempre sob sua direta inspiração, o país muito progrediu neste terreno. O Social Security Board, de 1940 a 1943, elaborou planos para a extensão dos programas de seguro social.

Estabelecendo princípios gerais, a Conferência de Organização Internacional do Trabalho, reunida em Filadélfia em maio de 1944, advogou o seguro compulsório, sendo que, para certas categorias de pessoas não acobertadas pelo seguro social compulsório, como crianças dependentes e inválidos, pessoas idosas e viúvas e outras necessitadas, os auxílios deveriam ser providos por meio de assistência social. O seguro social, de acôrdo com os princípios então enunciados abrangerá todas as contingências em que o segurado é impedido de ganhar sua vida, seja por incapacidade ou por inhabilidade para obter trabalho remunerativo ou quando morre deixando a família ao desamparo, devendo incluir outras emergências. As contingências seriam classificadas em: doenças, maternidade, invalidez, velhice, morte do sustentáculo da família, desemprego, despesas de emergência e acidentes de trabalho.

Até 1943, já os Estados Unidos possuíam legislação de seguro compulsório para a velhice, sobreviventes e para o desemprego em certas classes, em especial na indústria e no comércio, pensões para velhice, indenizações no trabalho e garantias para o desemprego na indústria e no comércio. E o plano segue, pouco a pouco, sendo de notar que o seguro-doença teve, já nesse ano de 1943, seu início de execução no estado de Rhode Island,

que não esperou do Congresso Federal a legislação necessária, sendo pois o pioneiro, naquele país, da introdução do seguro obrigatório para pagamento de pensões durante doenças. A evolução tem lugar em todos os países da América, conforme se verifica pelas informações contidas nos boletins do "Inter-American Committee on Social Security", editado em Montreal, passando-se mesmo, do estabelecimento de pensões em dinheiro ao fornecimento de serviços médicos de ambulatório ou hospitais e à livre escolha de médico de sua confiança pelo doente e vice-versa.

Quanto à aplicação do seguro social no Brasil, Geraldo de Paula Souza (1) apresentou importante tese à X.^a Conferência Sanitária Panamericana reunida em Bogotá em 1938, intitulada "Seguro Social e Higiene Pública", onde procurou colocar a questão entre nós. Argumentando com a nossa grande extensão territorial, com a falta de comunicações que mantém as populações muito afastadas e inacessíveis aos recursos médicos e profiláticos em grande número de casos, com a pequena densidade de população, afora reduzidas zonas litorâneas, com as constantes migrações de trabalhadores que passam de uma a outra região do país, conclue desfavoravelmente à aplicação imediata de qualquer medida que, dependendo da cooperação individual, requiera esclarecimento público, convicção de seu valor e fiscalização razoável e frequente. Argumentou ainda com a composição etária e econômica de nossa população, mostrando o número pequeno de possíveis contribuintes. Assim, segundo os dados que cita (1920), a) 42.68% da população são constituídos por menores de 15 anos e portanto não contribuem para um possível seguro, sendo, pelo contrário, consumidores de recursos médicos assistenciais; b) 56.45% são menores de 20 anos e portanto incluem poucos possíveis contribuintes; c) 34.56% estão entre 20 e 50 anos, idade do trabalho, representando o mais forte contingente de contribuintes; d) 8.99% são maiores de 50 anos, período de eficiência reduzida. Refere dados do Bureau Internacional do Trabalho (1933) pelos quais se dá ao Brasil, em 1930, uma população assalariada de 11.880.000, que seriam os possíveis contribuintes, dos quais 8.860.000 ocupados com a agricultura e 3.020.000 com ocupação nas cidades. Mas, dos que trabalham no campo, apenas, 20% seriam empregados agrícolas, os demais ocupando terras sem contrato. Portanto, a não ser nas melhores cidades, a massa de contribuintes seria principalmente inferior à de consumidores de benefícios médico-sociais, ainda se

(1) Souza, Geraldo de Paula. "Seguro Social e Higiene Pública". Arq. de Higiene, Rio, 8,2:263-270 (nov.) 1938.

devendo levar em conta que, mesmo os grupos de idade do trabalho (20 a 50 anos), dado o padrão baixo de nossas populações, não se encontram em estado de poder contribuir para as necessidades que a medida impõe. O seguro social, conclue Paula Souza, só poderia ser executado nas zonas mais ricas ou nas melhores cidades, e "não pode constituir medida básica de saúde pública, nas condições atuais do nosso desenvolvimento demográfico e econômico". Porém, nas palavras do mesmo autor, constitue certamente medida util, mas a ser executada por partes, em grupos de população, como nas cidades, abrangendo empregados na indústria e no comércio, mas não dispensando absolutamente, para as questões de saúde e assistência, o subsídio governamental, básico, calcado na receita a ser obtida por impostos.

Nas zonas rurais, a forma cooperativista, com base no recente decreto antes citado, poderia, segundo penso, ver encaminhar a solução, em função supletiva aos esforços do Estado.

O seguro social no Brasil vem se instalando parcial e gradativa mas aceleradamente nos últimos anos, sendo de notar a marcha decretada para unificação dos institutos de previdência social em um Instituto de Seguros Sociais do Brasil e para a criação do seguro-doença, seja nas instituições que ainda não possuem essa forma de proteção, seja atingindo as que já prestam assistência médica. Daquela maneira já vêm desde vários anos funcionando as Caixas de Aposentadoria e Pensões de várias classes como dos Bancários, dos Comerciantes, dos Industriários, hoje em vias de fusão, cujos recursos ainda fornecidos especialmente em auxílio financeiro ou de encaminhamento, poderiam ser empregados, como o aconselha Parran, em obras assistenciais, hospitais gerais e especiais. São principalmente atendidas, nessas classes, a invalidez, a velhice, os sobreviventes e mesmo a doença, a gravidez e acidentes. O plano tem que ser executado com certo vagar e por partes, até o seguro social completo.

Mesmo nos Estados Unidos como vimos, a instituição do seguro ainda não foi completada, não obstante considerada por muitos o remédio futuro. Smillie, (1) argumentando com as diferenças sociais e econômicas entre os Estados Unidos e a Europa, acha que aquele país ainda está maduro para um plano geral de seguro de saúde. Seguros de hospitalização já existem em vários lugares, funcionando geralmente em pleno êxito. Smillie acha que o seguro-doença poderá dar resultado em comunidades altamente industrializadas, com padrão de vida uniforme e ren-

(1) Smillie, W. G. "Public Health Administration in the United States" 2.a ed. The Macmillan Co., N. Y. 1940.

dimento semanal constante; vê porém, dificuldades na adaptação à grande massa do povo americano que vive e trabalha na agricultura. E aconselha não se copiarem métodos europeus, inadaptáveis ao povo americano, mas procurar-se uma solução que seja adequada ao país. E' possível, como prediz Abel Wolman. (1) que, em seguida a uma universalização da assistência médica para os que dela necessitam e para os pobres, obtida principalmente de subsídios retirados de impostos, triunfe o seguro voluntário e, em natural evolução, o seguro compulsório total, isto, talvez, após várias décadas.

Se lá, país bem povoado, de padrão econômico muito superior ao nosso e com maiores facilidades de transporte entre as diversas partes do país, a situação está nesse pé, que se dirá do Brasil? Teremos que contar como base de um programa nacional, com os subsídios dos governos, oriundos de impostos, subsidiados aqui e acolá pelas iniciativas coletivas ou pelo seguro parcial, até ser praticável "in totum".

Combinação dos Programas Assistenciais.

Não pode o Estado discernir entre os que podem contribuir e os que não podem. Deve prover toda a população com os recursos necessários para sua proteção médica ou sanitária. O Centro de Saude na sede do município e suas extensões em subpostos pelas zonas suburbanas e rurais, articulando-se com os organismos privados de assistência, como as cooperativas já citadas que lhe receberiam a orientação e fiscalização, encaminharia a solução do problema médico-sanitário nos meios rurais, devendo ser ainda assistidos por Conselhos locais de saude, formados de técnicos e pessoas representativas, idéia já antiga, mas que vem sendo modernamente preconizada pelos técnicos norte-americanos e também entre nós.

A experiência norte americana tem demonstrado, embora não seja um plano ideal, (2) que núcleos de população de 50.000 habitantes para cima, dentro de uma área mínima de 40 a 80 quilômetros de raio, justificam o emprego de um diretor de saude de tempo integral, 10 enfermeiras de saude pública, um engenheiro sanitário, um assistente e três funcionários de escritório. Tal grupo de 16 funcionários, diz Haven Emerson, selecionados pela competência, protegidos contra as injunções políticas e

- (1) Wolman, A. "The National Health Program: How Far?" A. J. P. H., 29, : 628, () 1939.
- (2) Emerson II., "A Proposal For Efficient Post-War Administration of Local Health Services," Dedicatory Adress. Univ. of Mich., 1943-1944.

com direito à aposentadoria, poderia, em qualquer parte dos Estados Unidos, prover o essencial a um programa de saúde adequado, a um custo não superior a 1 dólar "per capita". Tais serviços locais teriam suas despesas custeadas por impostos e o excesso seria coberto pelos Governos Estaduais, com ou sem auxílio federal.

Custo dos serviços de saúde.

Relativamente ao custo do serviço de saúde, não é de esperar que se atinja entre nós em pouco tempo o nível "per capita" necessário para um trabalho eficiente. O nosso atual "per capita" é, em geral, bem baixo e deve ser majorado. Não nos devemos esquecer do ditado que a "saúde pública compra-se", mas é necessário pagar o quanto vale, sendo muitas vezes até preferível não fazer determinado serviço a fazê-lo mal, por falta de recursos.

O Estado de São Paulo, em 1944, gastou nos serviços públicos em todos os principais setores de defesa da saúde e assistência a doentes, 116.757.562,70 cruzeiros, conforme a demonstração anexa, o que representou 7,8% de sua receita orçada e cerca de 15 cruzeiros, "per capita". Supomos que no resto do Brasil, as taxas sejam em geral, bem menores. Só com o Departamento de Saúde, a proporção "per capita" foi de cerca de 6 cruzeiros, e 3,1% da receita, devendo-se porem lembrar que vários serviços de saúde são desempenhados por outros departamentos, como se verifica pelo quadro anexo.

Nos Estados Unidos, segundo relata Smillie (1940) (1) embora se proclame como adequada para um programa de saúde pública em uma cidade a soma de dois dolares "per capita" por ano, excluindo-se, entretanto, funções não inteiramente de caráter sanitário como hospitalização de tuberculosos, assistência aos doentes pobres, tratamento do lixo, etc., a média vem sendo de cerca de um dólar "per capita", bem mais do gasto do Estado de São Paulo, mesmo incluindo assistência, e ainda considerando-se que foi calculada sobre a receita orçada e não sobre a arrecadada. E, diz Smillie, trabalhando a maioria dos diretores de saúde nessa condição média, é aconselhável preparar os orçamentos nessa base. Se não se pode traçar com ela um programa ideal, nem mesmo adequado, preenche todavia as condições atuais. Efetivamente, mais vale ir vagarosamente do que estacionar, como tem sido o caso do Brasil, e isso, quando não se regride. Quan-

(1) Loc. cit.

to ao programa rural, diz Smillie, que nos Estados Unidos tem-se avaliado em um dolar e meio "per capita" o necessário para uma despesa lógica. E' preciso considerar que o desenvolvimento do programa rural não deve ficar atrás do desenvolvimento municipal, como tem sido, mas deve ser paralelo ao progresso que se realiza nos centros maiores de população.

E' necessário que, pouco a pouco, a saúde pública se descentralize, passando a ser da preocupação máxima dos poderes locais, unidos pela orientação, auxílio e coordenação dos Governos dos Estados, à medida que para isso aqueles se forem habilitando. Só assim, trazendo a saúde mais próxima dos que dela necessitam e não deixando os seus cuidados com a longínqua Capital do Estado, a repartir suas atividades por vastas áreas, encontrar-se-á a melhor solução para os problemas de saúde. À União, e mesmo aos Estados, caberia no futuro, antes a função orientadora, consultiva coordenadora, auxiliando materialmente com pessoal especializado, sempre que necessário, e passando a trabalhar nos problemas de ordem geral e a operar mais ativamente nas zonas que, por suas condições econômicas ou demográficas, não possam ainda arcar com as responsabilidades dos organismos locais. E' o sistema que vem desde muito se desenvolvendo na Inglaterra e para o qual tendem os Estados Unidos que lhe aprenderam a lição, especialmente no lidar com as emergências decorrentes da guerra. Se o "Social Security Act" em vigor nos Estados Unidos desde 4 de agosto de 1935, mantiver-se apenas em sua função de conceder auxílio federal e de orientação e deixar a administração e a operação dos serviços de saúde aos Governos locais, obterá certamente grande sucesso. Em 1940, o Governo Federal dos Estados Unidos doou a vários Estados verbas de auxílio na forma seguinte: — 40% para departamentos locais de saúde, 10% para treinamento de pessoal, 4% para administração e 46% para o desenvolvimento dos serviços estaduais, compreendendo estes: saneamento, laboratório, higiene industrial, tuberculose, venéreas e pneumonia.

Necessidade de ser traçado um grande "Plano Nacional de Saúde"

Como para os Estados Unidos se discute intensamente, também teremos que traçar um grande "plano nacional de saúde", com forte auxílio financeiro e técnico. Só o tempo e a experiência poderiam dizer se tal programa incorporaria o seguro de saúde e a que organização melhor competiria a administração. Quanto à sua execução, é acatadíssima a opinião de Smillie de que sistemas diversos devem ser seguidos, conforme as várias comunidades a atender. Assim, nas áreas rurais, o chefe do serviço local de saúde e seus auxiliares serão os elementos mais

lógicos para administrar todo o programa combinado de saúde e assistência médica, todas as atividades devendo se desenvolver em torno de um hospital comunal que deve ser muito mais do que um centro diagnóstico e cirúrgico. Deve haver serviço de enfermagem médica e sanitária, ramificado em toda a área e atingindo todos os lares. Já nas grandes cidades, o serviço pode ser de outra forma organizado, o de saúde com o departamento respectivo e a assistência com um departamento de Hospitais e Assistência Médica, porém operando em necessário entozamento.

Seleção de pessoal dos serviços de saúde. Regularização da carreira.

Quanto às funções técnicas a serem providas pelos Governos locais é mister que a escolha recaia em pessoas realmente habilitadas e não para atender injunções de ordem pessoal ou política. Não basta que os médicos sanitaristas chefes trabalhem sob regime de tempo integral. Necessário é que possuam treinamento adequado e certificado de curso acadêmico de pelo menos um ano em especialização sanitária, no dizer autorizado de Thomas Parran. E' o movimento que, desde 1914, vem-se formando nos Estados Unidos e que já repercutiu em muitos países, mesmo no nosso.

Foi em 1914 que a necessidade de treinamento de médicos para funções sanitárias determinou a convocação, pelo Conselho de Educação dos Estados Unidos, de uma conferência de 19 eminentes personalidades nos campos da educação, da medicina e da saúde pública. Este conclave recomendou então que escolas de saúde pública de alto padrão fossem criadas junto a Universidades, em íntimas relações com as escolas de Medicina, mas organizadas como entidades separadas e tendo um Instituto de Higiene como núcleo. Willian H. Welch e Wickliffe Rose foram convidados a apresentar um plano de tal escola; em seu relatório concluíram eles pela necessidade imediata da criação daquele organismo de ensino especializado, recomendando não só a íntima colaboração com a escola de medicina da Universidade, mas também com a escola de ciências sociais, por causa da "extensão com que os fatores sociais e econômicos entram nas questões de saúde pública". Desse relatório nasceu em 1917, instalada pela Fundação Rockefeller, a Escola de Higiene da Universidade de Johns Hopkins e, em datas subsequentes, a de Harvard em 1921, a de Toronto em 1924, a de Michigan em 1943 e logo depois a da Califórnia.

Já em 1918, a Fundação Rockefeller, que ultimava na ocasião a instalação da Escola de Higiene de Johns Hopkins, convidada

pelo Governo do Estado de São Paulo a colaborar na criação do ensino da Higiene na então ainda nascente Faculdade de Medicina da Capital paulista, lançou entre nós, com a criação do Instituto de Higiene, as bases de uma escola de higiene, que hoje é a Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em vias de obter seu estatuto como Faculdade. No Rio de Janeiro, o curso de especialização é dependência do Departamento Nacional de Saúde.

Movimentos idênticos de criação de escolas de Higiene universitárias, que também devem manter íntima colaboração com os Departamentos de Saúde, se operaram em outros países americanos, como o México e o Chile.

Sabidamente a nossa legislação federal, bem assim a de certos Estados como o de São Paulo, já tornam obrigatória para a admissão aos cargos de sanitaristas, a apresentação de diploma de conclusão de curso de especialização. E nos planos de reforma do ensino superior, em estudos, consta a indicação da criação de Escolas de Higiene em universidades brasileiras, ampliando recomendação já existente na lei que criou a Universidade do Brasil.

Ao lado da formação de médicos sanitaristas gerais ou especializados em cursos acadêmicos e dos treinamentos em serviços de saúde, tal qual se faz com os estudantes de medicina que treinam nos hospitais, é necessário ainda não esquecer da formação técnica dos outros funcionários, como os engenheiros sanitários, estatisticistas, enfermeiros de saúde pública e outros muitos auxiliares, que, não possuindo diploma médico, nem por isso deixam de ser elementos de maior valia nas campanhas sanitárias.

A existência de pessoal bem treinado, função em especial das Escolas de Higiene, a admissão, promoção e retenção do pessoal da saúde na base de merecimento e a elaboração de um orçamento adequado que possa evidenciar a compreensão pública dos problemas a enfrentar, constituem, no dizer de Tomas Parran, (1) a tripeça sobre a qual deve repousar a organização sanitária de qualquer país do mundo.

Em tema tão vasto como foi o que nos tocou relatar, julgamos ter apenas tocado nos pontos principais dos problemas. Certamente da numerosa contribuição de trabalhos e teses que serão apresentados a este plenário e das discussões que aqui vão-se travar, conclusões de interesse prático serão arroladas a-fim-de serem apresentadas aos poderes competentes.

São as seguintes as conclusões gerais deste relatório:

(1) Parran, T., "Public Health Schools and the the Nation's Health" Dedicatory Address. Univ. of Mich., 1943-1944.

EXERCÍCIO DE 1944

ESTADO DE SÃO PAULO

REPARTIÇÕES	Dotação	ACRÉSCIMOS		TOTAL	% sobre a Receita
		1.º	2.º		
Estatística Sanitária	712.537,20	70.762,80	—	783.300,00	0,052 %
Depart. Profilaxia da Lepra	17.850.747,60	2.916.252,40	—	20.767.000,00	1,392 %
Serviço de Pênfigo Foliáceo	812.200,00	61.400,00	—	873.600,00	0,058 %
Diretoria Assist. a Psicopatas	19.238.800,00	3.619.333,50	3.382.598,90	26.240.732,40	1,759 %
Instituto Butantã	3.700.375,50	843.372,40	—	4.543.747,90	0,305 %
Serviço de Medicina Social	9.286.523,20	2.651.426,80	—	11.927.950,00	0,800 %
Instituto de Higiene	1.369.561,70	518.975,00	90.500,00	1.979.036,70	0,133 %
Diretoria Serviço Saude Escolar	1.796.499,50	259.502,40	—	2.056.001,90	0,132 %
Departamento Saude do Estado	37.973.731,60	9.411.212,20	201.250,00	47.586.001,90	3,191 %
TOTAL	92.740.976,30	20.342.237,50	3.674.348,90	116.757.562,70	7,828 %
% s a receita orçada	6,218 %	1,364 %	0,246 %	7,828 %	

RECEITA ORÇADA DO ESTADO DE SÃO PAULO

1.491.421.791,90

Per capita:
Cr\$ 15,42

População do Estado em 1944 = capital 1.379.999
interior 6.190.705

7.570.704

QUESTÕES DE SAUDE E ASSISTÊNCIA NA CIDADE E NO CAMPO

Dr. FRANCISCO BORGES VIEIRA.

CONCLUSÕES GERAIS

1

A toda a população, em qualquer ponto do país, devem ser asseguradas as condições de saúde e assistência necessárias ao levantamento de seu nível físico e mental.

2

Função principal dos governos é dar assistência e velar pela saúde dos governados. Para mais completo êxito dessa função, além de agir diretamente, deverão eles orientar, auxiliar e coordenar a ação dos esforços particulares, afim de dar à mesma, desempenho harmônico.

3

Não só para a defesa imediata da saúde do povo brasileiro, como para sua mais conveniente estruturação étnica, deverá haver, por parte dos governantes, o maior cuidado na seleção dos imigrantes que, em grande escala, virão certamente penetrar no país. Só deverão eles ser recebidos após comprovação de suas boas condições de saúde e não serem portadores de germes, taras, ou defeitos que os tornem indesejáveis.

4

Trabalhos de saneamento do meio e de assistência médico-sanitária deverão ser realizados, não só para garantir a conservação da saúde dos que se vão integrando em nosso meio, como para a defesa de toda população nacional.

5

O panorama médico-sanitário do país é, em geral, pouco li-soajeiro, indicando a necessidade de ser elaborado um plano na-

cional de assistência e defesa da saúde coletiva, a ser executado dentro de determinado, mas longo período, dadas as condições especiais existentes. Um Centro de Saúde e um Hospital, pelo menos, deverão existir em cada município, estabelecendo-se o seu número, organização e capacidade de acordo com a população a ser assistida, urbana e rural.

6

O conhecimento imperfeito das reais condições de saúde de nossas populações decorre, especialmente, da ausência de dados estatísticos ou de sua insuficiência. A melhoria destes é necessária, não só para a elaboração de planos, como para fins comparativos e para a verificação da eficiência das medidas postas em prática. Deverão os governos, tanto o federal como os estaduais e municipais, envidar todos os esforços, para que o serviço de registros demógrafo-sanitários seja devidamente realizado, assim como cooperar na feitura de recenseamentos regulares e periódicos.

7

Os Centros de Saúde deverão promover, nas áreas de suas jurisdições, inquéritos médico-sociais destinados ao melhor conhecimento das reais condições de saúde das respectivas populações.

8

Todos os Estados e Municípios deverão instituir serviços de verificação de óbitos, afim de reduzir ou afastar das estatísticas de mortalidade a indesejável rubrica das mortes por causas mal definidas.

9

Nas pequenas cidades e nas zonas rurais, o programa de defesa da saúde deverá ser combinado, isto é, preventivo e curativo e exercido por uma única organização. Nas grandes cidades, tais serviços podem ser feitos separadamente, desde que guardem o necessário entozamento, de preferência subordinados a um só departamento. Para essa combinação de atividades, deverá ser prevista no serviço das visitadoras, também a enfermagem a domicílio, em cuidados com os doentes, o que requererá maior ênfase na criação de Escolas de Enfermagem de alto padrão.

10

O ensino da Higiene e Educação Sanitária deve ser bastante desenvolvido nas Escolas Normais e cursos apropriados e inten-

sivos, devem ser instituídos para os professores primários rurais, a-fim-de poderem os mesmos, dentro de suas possibilidades, ser encarregados, sob orientação e fiscalização do médico-chefe do Centro de Saude local, da educação sanitária e ministração de cuidados assistenciais, nas referidas zonas.

11

E' recomendavel que a União, os Estados e os Municípios despendam, com os serviços de saude pública, pelo menos 5 por cento de sua receita arrecadada, como base de um programa mínimo de proteção à saude, exclusive o orçamento destinado à assistência. Para este, outro tanto será despendido.

12

Nas cidades e nas zonas rurais, os serviços oficiais de saude deverão entrar em relações diretas com organismos assistenciais preventivos e curativos, mantidos por instituições de seguros ou pelo cooperativismo, a-fim-de não haver desperdício e sim concentração de atividades.

13

Os encargos oficiais com a saude pública deverão ser descentralizados, cabendo aos municípios, à proporção que para isso se forem financeiramente habilitando, arcar com a administração e custeio dos serviços de interesse local. Ao governo da União e mesmo dos Estados caberá, antes, função orientadora, coordenadora, auxiliando os governos locais com pessoal especializado e passando a operar mais em problemas de ordem geral. Nas zonas que, por suas condições econômicas ou demográficas, os municípios não possam ainda assumir a responsabilidade pelos serviços locais, caberá esta ao governo da União ou dos Estados.

14

A atuação sanitária se fará por distritos, organizando-se de preferência, em Centros de Saude, de ação extensiva, tambem, à zona rural. Deverão os Centros de Saude ser estabelecidos na base geral de 1 por 100.000 habitantes aproximadamente e na base mínima de um para cada município, necessitando, nas zonas pobres, sem recursos hospitalares, de um hospital anexo, com número adequado de leitos.

Conselhos de saude, integrados por membros da profissão médica e elementos representativos da população e cuja direção caberá obrigatoriamente ao Diretor do Centro de Saude local, deverão ser instalados em cada município.

15

Os Centros de Saude deverão ser dirigidos por médicos sanitaristas servindo em regime de tempo integral de trabalho e devidamente remunerados. Nos Centros em que houver necessidade de médicos sanitaristas subordinados, deverão também estes servir em regime de tempo integral e em carreira de promoção estabelecida de acôrdo com o merecimento e, no tocante aos vencimentos, servir sob tabela de majoração progressiva.

16

Para o ingresso nos quadros de médicos sanitaristas, exigirse-á, sempre que possível, a prova da conclusão de curso de especialização em higiene por escola reconhecida. Para as promoções, serão levados em conta a apresentação do referido certificado e os trabalhos de saude pública já realizados pelo candidato.

17

Constituem os Centros de Saude distritais, com base em subsídios governamentais, a forma mais prática para a execução dos programas de atuação sanitária. O seguro social ainda não pode representar medida básica de proteção da saude, mas sim recurso acessório, abrangendo progressivamente todos os grupos da população assalariada.

Nas zonas rurais, onde o seguro é de mais difícil aplicação, poderá ser substituído pelo emprego de recursos cooperativistas.