



Niterói, 04 de junho de 1986

Do: Reitor da Universidade Federal Fluminense

Ao: Ilmo. Sr. Dr. HEITOR DOS SANTOS BRAGA

DD Secretário Municipal de Saúde de Niterói

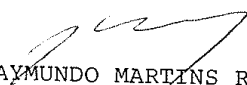
Assunto: Solicitação (faz) Of. GAR/PROEX Nº 21/86

Senhor Secretário

Como é do conhecimento de V.Sa. esta Universidade, através da sua Pró-Reitoria de Extensão, concentra seu esforço na prestação de serviços à população e na maior integração do sistema de saúde à comunidade.

2. Assim sendo, encaminhamos a V.Sa. proposta de um Programa de atuação do Departamento de Saúde da Comunidade, desta Universidade, em Unidades Municipais de Saúde deste Município, bem como solicitamos sua autorização para que o Dr. AGUINALDO NEPO - MUCENO MARQUES, dessa Secretaria, atue como orientador de Internos e Residentes no referido Programa.

Certos de contar com o apoio de V.Sa., reiteramos nos seus protestos de estima e consideração.


JOSE RAYMUNDO MARTINS ROMEO
REITOR

PMN - SMS
SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO
PROTOCOLO
DATA
10 / 6 / 86
PROCESSO
00 / 0921 / 86

03
A

NOME DO PROJETO : Implantação de novo modelo de formação de profissionais na área de Saúde

IES: Universidade Federal Fluminense

PROCESSO Nº

CLASSIFICAÇÃO: Aprimoramento do Ensino de Graduação Área I

RESUMO DO PROJETO: Estabelecimento de um novo modelo de formação de profissionais da área de Saúde baseado no maior compromisso da Universidade para com a Comunidade na qual está inserida e a interação dos corpos docente e discente com a estrutura de Serviços de Saúde do município de Niterói e adjacências.

Busca-se um profissional consciente, à serviço dos interesses de sua Comunidade e um aperfeiçoamento dos Serviços, numa visão ampla de Saúde como vida.

Alcança-se através disso uma real integração da Universidade com a Comunidade.

RECURSOS SOLICITADOS: CZ\$ 700.000,00

CONTRAPARTIDA DA IES CZ\$: 2.120.000,00

- OBSERVAÇÕES:
1. O projeto se articula com projeto já enviado para o PADES, na primeira etapa do PAES
 2. O projeto propõe interface com a Área II - Relacionamento da Universidade com a Sociedade.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COORDENAÇÃO DE CURSO DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA COMUNIDADE

PROJETO : IMPLEMENTAÇÃO DE NOVO MODELO DE
FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA
DE SAÚDE

NITERÓI, ABRIL DE 1986

04
A

1. CARACTERIZAÇÃO

"A DISCUSSÃO DO CURRÍCULO MÉDICO NA UFF"

Em 1980, professores e alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, descontentes com o ensino e a aprendizagem desenvolvidos por aquela Faculdade, iniciaram um processo de discussão e avaliação do currículo médico.

A direção da Faculdade de Medicina, solidária a esse movimento, instituiu um grupo de trabalho formado por representantes de todos os departamentos envolvidos e do Diretório Acadêmico.

Após um ano de trabalho, foi elaborado um documento preliminar de reforma curricular para ser amplamente discutido.

Esse processo sofreu várias interrupções, só sendo efetivamente retomado em 1983, evoluindo até a presente data.

No documento preliminar foram fixadas algumas etapas a serem vencidas na discussão:

1ª etapa:

1. definição do profissional a ser formado;
2. estudos de documentos relativos ao assunto.

2ª etapa:

1. estudo da realidade de saúde no Brasil;
2. estudo da capacidade instalada funcional dos serviços públicos de saúde em Niterói.

3ª etapa:

1. estudo da realidade de ensino;
2. subsídios para a reformulação curricular.

4ª etapa:

1. Ante-projeto de novo currículo.

Foram cumpridas as três primeiras etapas concluindo-se que havia uma necessidade premente de mudanças nos Sistemas Nacionais de Saúde e Educação.

Os profissionais formados por esse sistema não possuem compromisso social com sua comunidade, e sua formação é excessivamente teórica, com grande ênfase na especialidade médica e em tecnologias de tratamento e investigação diagnóstica de doenças, em detrimento do conteúdo humanístico e de promoção da saúde.

Uma vez inserido no Sistema de Saúde, esse profissional não consegue atender às necessidades básicas de assistência médica da população, abusando do uso de procedimentos que só encarecem o ato médico, prejudicando sua eficácia, mascarando e medicalizando os problemas sociais que afetam a Saúde da Comunidade.

Os professores de Medicina, por sua vez, não são adestrados em técnicas eficientes de ensino-aprendizagem, nem conscientizados de seu papel de educadores, servindo apenas como reprodutores de um saber deformado.

O ensino é voltado para a Doença, predominando as aulas teóricas e demonstrativas, utilizando situações fictícias e laboratoriais, distanciadas da prática real.

As disciplinas são excessivamente numerosas e compartimentalizadas, valorizando o Hospital como campo de ensino ideal.

Essa realidade é encontrada também na maioria das escolas médicas estudadas, no Brasil e no exterior.

As propostas de mudança desse quadro na Universidade, passaram pela maior integração do Sistema Formador de Recursos Humanos com o Sistema Prestador de Serviços à população.

Chamou-se a essa proposta de "Integração Docente - Assistencial".

Acredita-se que essa interação auxilia à melhor adequação do elemento formador ao atendimento das necessidades do serviço, assim como reavalia constantemente essa prestação de serviços, procurando torná-la mais efetiva e eficaz.

Acredita-se, também que, ambos, serviço e formação, devam estar mais voltados ao serviço da comunidade, interagindo com esta e buscando juntos, melhor conhecer e solucionar a problemática de saúde.

AS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE EM NITERÓI

Ao mesmo tempo que ocorriam as discussões curriculares na UFF, em outubro de 1982, implantava-se em Niterói a experiência pioneira das A.I.S. no Brasil.

Isso se deu devido ser Niterói um município dotado de extensa rede pública de saúde instalada e o grupo que promoveu a implantação da proposta já estava mobilizado pela discussão curricular na Universidade.

Era uma grande oportunidade de por em prática as propostas teóricas estudadas e/ou formuladas para o Sistema de Formação e de Prestação de Serviços em Saúde.

A Faculdade de Medicina participou ativamente da implantação da Comissão Executiva Local, que buscava articular o Setor Público de Saúde (Estado, Município, INAMPS e Hospital Universitário - UFF), numa atuação integrada, hierarquizada e regionalizada de Serviços de Saúde.

As dificuldades iniciais eram muitas e foi necessário muito esforço por parte do grupo executor.

Somando-se a esses esforços, professores do Departamento de Saúde da Comunidade (Fac. Med.-UFF) que já atuavam isoladamente em diversas unidades do Sistema de Saúde de Niterói e de São Gonçalo, através da disciplina de Ciência da Conduta, Saúde Comunitária, Internato e Residência Médica em Medicina Social e Preventiva concentraram-se nas Unidades de Saúde da Zona Norte de Niterói, em 1983.

Essa concentração visava dar suporte a implementação da A.I.S. naquela zona, que despontava como possuidora da maior rede instalada, maior concentração de população de baixa renda, maior demanda aos serviços de saúde e maior mobilização por parte dos profissionais atuantes no Serviço e da Associação de Moradores locais.

Foi observado que ao se envolver o processo formador de recursos humanos na implementação da A.I.S. originou uma série de experiências ricas em conteúdo pedagógico, humanístico e social.

Este processo insere a Faculdade de Medicina no seio das reformas institucionais e na luta dos movimentos sociais da Comunidade; buscando a formação de um profissional mais comprometido com a sua Comunidade e empenhado no aperfeiçoamento dos Serviços de Saúde e suas relações com a população.

OBJETIVOS

GERAL:

Formar recursos humanos em saúde, com uma nova visão, envolvendo alunos e professores no processo comunitário, priorizando soluções às questões emergentes da Saúde, possibilitando a integração da Universidade com a Comunidade.

ESPECÍFICAS:

1. Diagnosticar os determinantes de agravos à saúde a partir da interação aluno/comunidade.
2. Promover constantes reflexões e debates sobre as questões de saúde emergentes na comunidade.
3. Levantar práticas de saúde da população a nível de promoção, prevenção e cura das doenças prevalentes.
4. Fomentar estudos, integrando saber científico e saber popular, numa busca de tecnologias apropriadas de saúde, identificadas com as características culturais locais.
5. Interagir com a estrutura de serviços de saúde, numa prática docente assistencial, em níveis crescentes de complexidade.
6. Adequar os serviços de saúde prestados às necessidades locais através da participação comunitária e dos técnicos da universidade na gestão, operacionalização e avaliação desses serviços.
7. Levar em retorno as informações levantadas na comunidade para a universidade, para transformação e adequação dos currículos específicos à realidade social vivenciada.
8. Possibilitar a formação de profissionais sensibilizados e comprometidos com a realidade na qual estão inseridos.

9. Dinamizar na comunidade a reflexão de suas questões de saúde e vida, possibilitando a busca de soluções próprias , num processo de transformação participativa dessa realidade.

10. Produzir material instrucional para capacitação de estudantes e profissionais de saúde em todos os níveis.

11. Promover permanente reciclagem em técnicas e conteúdo teórico-prático do corpo docente e dos profissionais que atuam no sistema de saúde.

12. Promover a integração de outras áreas profissionais da Universidade (como Sociologia, Educação, Economia e outros) no processo de formação dos profissionais de Saúde.

QUADRO I
RECURSOS E FINANCIAMENTO

RUBRICA	FONTE		TOTAL
	UFF	MEC	
1. Remuneração de Pessoal conforme descrito nos quadros II a e b	2.000.000	-	2.000.000
2. Material Permanente - veículos, mimeógrafos, máquina de escrever, retroprojektor, projetor de slides e outros	100.000	-	100.000
3. Material de Consumo - papel officio, cartolina, material de escritório, giz, stencil à alcool e eletrônico, filmes de fotografia e slides, fitas K7 e outros.	20.000	200.000	220.000
4. Outros Serviços e encargos - Professor convidado, bolsa de estudos, ajuda de custos, reprografia, fotografia e documentação e outros	-	500.000	500.000
T O T A L	2.120.000	700.000	2.820.000

CA

QUADRO II A

UNIDADE DE SERVIÇO	RECURSOS HUMANOS/UEF	ALUNOS
1. Comunidade do Salgueiro - SG	1 médico 1 médico residente 1 psicólogo	5 Medicina 5 Psicologia 2 Serviço Social 5 Educação 2 Farmácia 5 Comunicação Social
2. UMS - 7 (Morro do Castro)	1 professor 2 médicos residentes	10 Medicina 5 Enfermagem 2 Nutrição 2 Psicologia 2 Odontologia 2 Educação
3. UMS - 6 (Engenhosa)	2 professores 2 médicos residentes	10 Medicina 5 Enfermagem
4. UMS - 5 (Santa Bárbara)	2 professoras	5 Medicina 5 Enfermagem
5. UMS - 8 (Morro do Estado)	2 professores	5 Medicina 10 Enfermagem
6. Posto Estadual (Rio do Ouro)	1 professor 1 enfermeiro	5 Medicina 10 Enfermagem
7. Posto Estadual (Caramujo)	2 professores 2 médicos residentes	10 Medicina 3 Enfermagem

QUADRO II A

(continuação)

UNIDADE DE SERVIÇO	RECURSOS HUMANOS/UPF	ALUNOS
8. Posto Estadual (João Vizella)	1 professor 1 médico residente	10 Medicina 3 Enfermagem
9. PAM - Engenhoca	1 professor 2 médicos residentes	10 Medicina
10. C.S. Carlos Ant ^o da Silva	1 professor 1 médico 2 médicos residentes	10 Medicina 5 Enfermagem

QUADRO II B

COORDENAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DO PROGRAMA

- 1 Professor Coordenador
- 2 Professores Supervisores
- 5 Professores Assessores
- 1 Secretária
- 2 Datilógrafas
- 2 Motoristas
- 1 Mecanógrafo
- 5 Monitores

METAS

1. Elaboração do diagnóstico de Saúde da Zona Norte de Niterói.
2. Implantação da Integração Docente Assistencial em dez unidades do Sistema de Saúde de Niterói (Zona Norte)
3. Envolvimento de cem por cento dos alunos de Medicina e Enfermagem de Saúde Pública no Programa.
4. Elaboração de material instrucional para agentes de saúde, universitários, profissionais e docentes da área de Saúde.
5. Atuação conjunta com cinquenta por cento da Associação de Moradores da Zona Norte de Niterói.
6. Implantação do novo currículo de Medicina-
7. Reciclagem teórico-prática de cem profissionais de Saúde e trinta docentes.
8. Divulgação da experiência através de publicações e dois seminários semestrais de avaliação.

EQUIPE RESPONSÁVEL

- Coordenação de Internato em Atenção Primária à Saúde
- Residência em Medicina Social e Preventiva
- Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública
- Coordenação de Curso de Medicina

ÓRGÃOS EXECUTORES NAS I.E.S.

- Departamento de Saúde da Comunidade
- Coordenação de Curso de Medicina

60/0921/86

Aos Srs. Coordenadores de Planejamento e de Saúde Pública,
para ciência e encaminhamento.

SMS, 10.06.86

Lindalva
Secretária

Senhor Secretário,

Somos, a priori, e dentro dos preceitos das Ações Integradas de Saúde e do Programa de Integração Docente-Assistencial na área da Saúde-PIDAS, favoráveis à proposta da UFF, para a realização de estágios de alunos junto à Rede Municipal de Saúde.

Opinamos que seja constituído Grupo de Trabalho, integrado por representantes da SMS e UFF, com vistas ao planejamento, acompanhamento e avaliação dos estágios, visando proporcionar a ambas as Entidades os benefícios inerentes ao trabalho conjunto.

SMS, 11/06/86

Lindalva C. Bacellar
LINDALVA CAVALCANTI BACELLAR
COORDENADORA DE PLANEJAMENTO

Ronaldo Curi Gismondi
RONALDO CURI GISMONDI
COORDENADOR DA
SSP

Ao Ilustre Secretário-Executivo do Projeto Niterói, com vistas à Comissão Executiva Local, informando que pelo Ofício SMS nº 310/86, de 11/06/86, enviamos resposta ao Magnífico Reitor da U.F.F.

Nesse expediente, indicamos a Dr.^a Lindalva Cavalcanti Bacellar e o Dr. Ronaldo Curi Gismondi, respectivamente Coordenadores de Planejamento e de Saúde Pública, por parte desta Secretaria, para as ações de planejamento, acompanhamento e avaliação do trabalho a ser desenvolvido em conjunto com a U.F.F.

SMS, 17/06/86

Heitor dos Santos Braga
HEITOR DOS SANTOS BRAGA
SECRETÁRIO

PROJETO NITERÓI
RECEBIDO EM 14/06/86
4.127.048

Projeto Niterói, 09 de outubro de 1986.

Os membros da Comissão Executiva, após análise do processo e posterior discussão em sua reunião plenária, decidiu:

- a) Que a presente proposta seja apreciada pela nova gestão da Universidade.
- b) Que sejam identificadas as fontes de recursos apontados no bojo da mesma.
- c) Os representantes da U.F.F. na Comissão consideram que o encaminhamento da presente proposta deveria ter sido feita diretamente do Gabinete do Reitor à Comissão Executiva do Projeto Niterói.

Ao Ilmo. Sr. Professor Mauro Diniz, representante da U.F.F. no Projeto Niterói, para a tramitação necessária.

Dr. Celso Dinheiro Nunes
 CRM 52.1573-9
 CPF 032.028.607-04
Dr. Celso Dinheiro Nunes

FOLHA DE INFORMAÇÃO OU DESPACHO



Handwritten text on the left margin, possibly a page number or reference code, including the number '2'.





29 outubro 87
Buchley

7

O PREFEITO MUNICIPAL DE NITERÓI, no uso de suas atribuições legais e de acordo com o artigo 212, inciso I, da Constituição Estadual, de 23 de julho de 1975, combinado com o artigo 101, inciso I e alíneas e e f do artigo 123, da Lei Complementar nº 01, de 17 de dezembro de 1975 e, tendo em vista o artigo 2º, da Lei nº 487, de 25 de janeiro de 1984,

D E C R E T A :

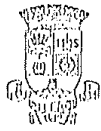
Art. 1º - A Secretaria Municipal de Saúde - SMS - passa a operar com a seguinte estrutura organizacional básica:

- 1 - Órgão de Assistência Direta e Indireta ao Secretário.
 - 1.1 - Gabinete.
 - 2 - Órgão de Planejamento, Coordenação e Avaliação Setorial.
 - 2.1 - Coordenadoria de Planejamento
 - 2.1.1 - Serviço de Orçamento
 - 2.1.2 - Serviço de Recursos Humanos e Informática em Saúde
 - 3 - Órgãos de apoio técnico e operativo
 - 3.1 - Coordenadoria de Ações Básicas de Saúde
 - 3.1.1 - Centro de Epidemiologia e Controle de Doenças
 - 3.1.2 - Centro de Controle de Zoonoses e Vigilância Sanitária
 - 3.1.3 - Unidade de Produção de Alimentos Hidrossolúveis
 - 3.2 - Coordenadoria de Serviços de Saúde
 - 3.2.1 - UMS-1 Unidade Municipal de Saúde "Dr. José Francisco da Cruz Nunes Filho" - Largo da Batalha
 - 3.2.1.1 - Serviço de Pronto Atendimento "Prof. Francisco Pimentel"
 - 3.2.2 - UMS-2 Unidade Municipal de Saúde "Dr. Ruy Carlos Decnop" - Ilha da Conceição
 - 3.2.3 - UMS-3 Unidade Municipal de Saúde "Prof. Tycho Ottilio Machado" - Viradouro



29 outubro 87
Zuckley

- 3.2.4 - UMS-4 Unidade Municipal de Saúde "Dr. Lauro Pinheiro Motta" - Atalaia
- 3.2.5 - UMS-5 Unidade Municipal de Saúde "Dr. Adalmo de Mendonça e Silva" - Santa Bárbara
- 3.2.6 - UMS-6 Unidade Municipal de Saúde "Dr. Renato Silva" - Engenhoca
 - 3.2.6.1 - Serviço de Pronto Atendimento "Prof. Mário Duarte Monteiro"
- 3.2.7 - UMS-7 Unidade Municipal de Saúde "Deputado José Sally" - Morro do Castro
- 3.2.8 - UMS-8 Unidade Municipal de Saúde "Dr. Mário Pardal" - Morro do Estado
- 3.2.9 - UMS-9 Unidade Municipal de Saúde "Dom Luiz Orione" - Piratininga
- 3.2.10 - UMS-10 Unidade Municipal de Saúde "Dr. Tobias Tostes Machado" - Várzea das Moças
- 3.2.11 - UMS-11 Unidade Municipal de Saúde "Dr. Aureliano Barcellos" - Jurujuba
- 3.2.12 - UMS-12 Unidade Municipal de Saúde "Esp. Darros Terra" - Cantagalo
- 3.2.13 - UMS-13 Unidade Municipal de Saúde da Vila Ipiranga - Fonseca
- 3.2.14 - Laboratório Central
- 3.3 - Serviço Funerário Municipal
 - 3.3.1 - Agência Funerária Municipal
 - 3.3.2 - Cemitério do Maruf
 - 3.3.3 - Cemitério de São Francisco Xavier
 - 3.3.4 - Cemitério de Itaipũ
- 4 - Órgão de Apoio Administrativo
 - 4.1 - Divisão de Administração
 - 4.1.1 - Núcleo de Pessoal
 - 4.1.2 - Núcleo de Material
 - 4.1.3 - Seção de Protocolo
- 5 - Órgãos Colegiados
 - 5.1 - Conselho Municipal de Entorpecentes
 - 5.2 - Conselho Municipal de Saúde



29 outubro 87
Buckley

Art. 2º - Em face do disposto no artigo anterior, ficam transformados, sem aumento de despesa, os seguintes cargos isolados de provimento em comissão e funções gratificadas: um cargo de Assistente I, símbolo DAS-2 criado pela Lei 651/86 e um cargo de Assistente II, símbolo DAS-3, três cargos de Assistente III, símbolo DAS-4, um cargo de Chefe da Unidade de Vigilância Epidemiológica, símbolo DAS-4, um cargo de Chefe do Programa Higiene e Vigilância Sanitária, símbolo DAS-4, uma função gratificada de Chefe da Seção de Pessoal, símbolo DAI-1, uma função gratificada de Chefe da Seção de Material, símbolo DAI-1, quatro funções gratificadas de Agente I, símbolo DAI-1 e uma função gratificada de Agente IV, símbolo DAI-4 da Secretaria Municipal de Saúde em: um cargo de Coordenador de Ações Básicas de Saúde, símbolo DAS-1, um cargo de Chefe do Serviço de Orçamento, símbolo DAS-3, um cargo de Chefe do Serviço de Recursos Humanos e Informática em Saúde, símbolo DAS-3, um cargo de Chefe do Centro de Epidemiologia e Controle de Doenças, símbolo DAS-3, um cargo de Chefe do Centro de Controle de Zoonoses e Vigilância Sanitária, símbolo DAS-3, um cargo de Chefe da Unidade Municipal de Saúde da Vila Ipiranga, UMS-13, símbolo DAS-3, um cargo de Gerente do Núcleo de Pessoal, símbolo DAS-4 e um cargo de Gerente do Núcleo de Material, símbolo DAS-4.

Parágrafo Único - Os cargos em comissão e as funções gratificadas não mencionadas neste artigo, continuam a integrar o quadro da Secretaria Municipal de Saúde, mantidas as respectivas subordinações hierárquicas.

Art. 3º - As despesas decorrentes das transformações de que trata este Decreto serão complementadas como parte do saldo remanescente do Decreto 5162, de 9 de outubro de 1987.

Art. 4º - As atuais Coordenações de Saúde Pública e de Planejamento passam a denominar-se, respectivamente, Coordenadoria de Serviços de Saúde e Coordenadoria de Planejamento.

Art. 5º - No prazo de 60 (sessenta) dias a Secretaria Municipal de Saúde atualizará o seu Regimento Interno, na forma

PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI ATOS OFICIAIS

ATOS DO PREFEITO

DECRETO Nº 5192/87

O PREFEITO MUNICIPAL DE NITERÓI, no uso de suas atribuições legais, e

CONSIDERANDO que a Lei 661, de 22 de setembro de 1987, ao introduzir modificações nos artigos 41 e 44, da Lei nº 531, de 18 de janeiro de 1985, determina a regulamentação dos procedimentos administrativos para a sua aplicação;

CONSIDERANDO que, mesmo se não houvesse a obrigação legal, seria necessário um documento que disciplinasse a aplicação da Lei, de modo a manter incluída a integridade moral do Governo, que tem executado uma política de pessoal sem privilégios ou discriminação, observando os direitos de todos, com critérios definidos, e transparentes de valorização do funcionalismo;

CONSIDERANDO que a modificação do dispositivo anterior veio propiciar a correção de uma das falhas existentes no serviço público, em todos os níveis, que é o desvio de função, que ocasiona a exploração do trabalho do servidor com atribuições de cargos mais altos, sem a devida compensação financeira, porque o não, realmente, um cargo menor;

CONSIDERANDO que tem sido princípio do atual Governo, desde a sua instalação, valorizar o servidor, acompanhando os reajustes salariais acima da inflação e procurando melhorar-lhe as condições de vida, inclusive com benefícios indiretos, como a assistência médico-dentária, oportunidade de aquisição da casa própria, e muitos outros;

CONSIDERANDO que se impõe, no respeito à moralidade pública, definir-se, cristalinamente, as regras de competência, esboçando-se de vícios e desconfinanças as promoções legais, firmadas tão somente nos princípios de justiça e oportunidade idênticas, para todos os funcionários;

CONSIDERANDO que, desde a sua instalação, o atual Governo tem mantido sua conduta pública inculcada, rejeitando quaisquer espécies de beneficiamentos paternalistas ou contrários ao decoro e à boa ordem dos procedimentos administrativos;

CONSIDERANDO que o funcionalismo municipal vê nascer uma oportunidade de ascensão decorrente, apenas, de seus méritos profissionais, isenta de fatores estranhos ao real desempenho de cada um;

DECRETO

Art. 1º - A readaptação e transferência de que trata os artigos 41, 44, 45, itens II e 46 da Lei nº 531, de 18 de janeiro de 1985, com as modificações introduzidas pela Lei nº 661, de 22 de setembro de 1987, serão processadas de acordo com as normas adotadas por este Decreto, com observância da escolaridade exigida para o desempenho de cada cargo e existência de vagas.

Art. 2º - Quando houver vaga, a administração, em seu próprio interesse, poderá aproveitar funcionários em cargos mais compatíveis com a sua habilitação, sem no forma das carreiras ou categorias a que pertencem para a melhor distribuição dos recursos humanos disponíveis.

Art. 3º - A readaptação se fará por transferência, nos termos do artigo 41 e seguintes da Lei nº 531/85, mediante ato do Chefe do Poder Executivo, em caso de desvio caracterizado de função, por meio de processo administrativo, devidamente instruído com provas irrefutáveis da situação encontrada.

§ 1º - O desvio de função a ser comprovado deverá estar ocorrendo, no mínimo, há dois anos, até a data deste Decreto.

§ 2º - Entende-se por desvio de função o exercício de atribuições inerentes a outro cargo que não o ocupado pelo funcionário.

§ 3º - Para ser readaptado o funcionário não poderá ter punição, estar respondendo a inquérito administrativo ou à disposição de órgãos estranhos ao Poder Executivo Municipal.

Art. 4º - O processo será iniciado em cada Secretaria, na Procuradoria Geral do Município e órgãos diretamente subordinados ao Gabinete do Prefeito, que se encarregarão, preliminarmente, do exame dos documentos de prova, instruído-o com elementos necessários à conclusão, nos termos do que preceitua a legislação, através de comissão setorial de três membros, designada pelo respectivo Secretário e Procurador Geral, sendo um Presidente.

§ 1º - Os Secretários e o Procurador Geral aprovam o trabalho de seus respectivos setores, ratificando ou retificando as informações contidas em cada processo.

§ 2º - O trabalho final de exame e de instrução dos processos será feito através de uma Comissão Central da Secretaria Municipal de Administração, integrada por cinco membros, presidida pelo Diretor do Departamento de Pessoal, submetida à prévia aprovação do Prefeito.

Art. 5º - O Chefe do Poder Executivo poderá dispor, para a execução do presente Decreto, das carteras, va-

tes cargos isolados de provimento em comissão e funções gratificadas: um cargo de Assistente I, símbolo DAS-2 criado pela Lei 651/86 e um cargo de Assistente II, símbolo DAS-3, um cargo de Assistente III, símbolo DAS-4, um cargo de Chefe da Unidade de Vigilância Epidemiológica, símbolo DAS-4, um cargo de Chefe do Programa Higiene e Vigilância Sanitária, símbolo DAS-4, uma função gratificada de Chefe da Seção de Pessoal, símbolo DAS-1, uma função gratificada de Chefe da Seção de Material, símbolo DAS-1 e uma função gratificada de Agente I, símbolo DAI-1 e uma função gratificada de Agente IV, símbolo DAI-4 da Secretaria Municipal de Saúde em: um cargo de Coordenador de Ações Básicas de Saúde, símbolo DAS-1, um cargo de Chefe do Serviço de Orçamento, símbolo DAS-3, um cargo de Chefe do Serviço de Recursos Humanos e Informática em Saúde, símbolo DAS-3, um cargo de Chefe do Centro de Epidemiologia e Controle de Doenças, símbolo DAS-3, um cargo de Chefe do Centro de Controle de Zoonoses e Vigilância Sanitária, símbolo DAS-3, um cargo de Chefe da Unidade Municipal de Saúde da Vila Ipiranga, UMS-13, símbolo DAS-3, um cargo de Gerente do Núcleo de Pessoal, símbolo DAS-4 e um cargo de Gerente do Núcleo de Material, símbolo DAS-4.

Parágrafo Único - Os cargos em comissão e as funções gratificadas não mencionadas neste artigo, continuam a integrar o quadro da Secretaria Municipal de Saúde, mantidas as respectivas subordinadas hierárquicas.

Art. 35 - As despesas decorrentes das transformações de que trata este Decreto serão complementadas como parte do saldo decorrente do Decreto 5162, de 9 de outubro de 1987.

Art. 40 - As atuais Coordenações de Saúde Pública e de Planejamento passam a denominar-se, respectivamente, Coordenação de Serviços de Saúde e Coordenação de Planejamento.

Art. 38 - No prazo de 60 (sessenta) dias a Secretaria Municipal de Saúde atualizará o seu Regimento Interno, na forma do disposto no artigo 1º deste Decreto.

Art. 69 - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PALÁCIO ARARIBÓIA, EM NITERÓI, 28 de outubro de 1987.

ARMANDO D'ASCENÇÃO SILVA-SEC. MUN. DE GOVERNO
HEITOR DOS SANTOS OLIVEIRA-SEC. MUN. DE SAÚDE
LEITZ DE SOUZA MORAES-SEC. MUN. DE ADMINISTRAÇÃO

DECRETO Nº 5194/87

O PREFEITO MUNICIPAL DE NITERÓI, no uso de suas atribuições legais, e de acordo com o artigo 212, inciso I, da Constituição Estadual, de 23 de julho de 1975, combinado com o artigo 101, inciso I e alíneas e f do artigo 123, da Lei Complementar nº 1, de 17 de dezembro de 1975, e tendo em vista o art. 80, da Lei nº 487, de 25 de janeiro de 1984,

DECRETO

Art. 1º - Fica transferido, para a estrutura da Secretaria Municipal de Serviços Públicos, um cargo isolado, de provimento em comissão, de Assistente I, símbolo DAS-2, do Quadro Permanente, da Secretaria Municipal de Esporte e Lazer, criado pelo artigo 50, da Lei nº 613/86.

Art. 2º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PALÁCIO ARARIBÓIA, EM NITERÓI, 28 OUTUBRO-87

Ass. WALDENIR DE BRAGANÇA-PREFEITO
ARMANDO D'ASCENÇÃO SILVA-SEC. MUN. DE GOVERNO
ADILSON LOPES-SEC. MUN. DE SERVIÇOS PÚBLICOS
PAULO HENRIQUE DA S. OLIVEIRA-SEC. MUN. DE ESPORTE E LAZER

DECRETO Nº 5195/87

O PREFEITO MUNICIPAL DE NITERÓI, no uso de suas atribuições legais, e

CONSIDERANDO que, nos casos de transgressão disciplinar relacionada com o inciso VI, do artigo 207, da Lei 531/85 (abandono de cargo) a conclusão reiterada e uniforme, ao longo dos anos, das Comissões de Inquérito Administrativo, vem sendo no sentido de que, a inexistência de "animus abandonandi" descaracteriza a falta para fins disciplinares, propiciando ao funcionário, retornar ao serviço sem direito a qualquer vantagem sobre o período de afastamento;

CONSIDERANDO que, a falta do ânimo de abandonar o cargo deve ficar caracterizada pela ocorrência de fato impeditivo do comparecimento do funcionário ao serviço, ou razões que o tenham levado a proceder diferentemente de sua vontade;

CONSIDERANDO que, a assiduidade é dever primeiro do funcionário, por força do inciso I do artigo 194, da Lei nº 531/85 e a ausência ao serviço deve ser comunicada ao Chefe imediato, ainda que por terceiros;

CONSIDERANDO que os servidores municipais, aos nossos olhos, merecem a preocupação governamental de que não venham a perder o emprego;

CONSIDERANDO o desejo da Administração Municipal em propiciar aos seus servidores, a tranquilidade social, econômica e psicológica, para que possam desempenhar, com dignidade e dedicação, a função pública e melhor aproveitamento da capacidade laborativa;

CONSIDERANDO que, dentre os objetivos da Secretaria Municipal de Trabalho e Bem-Estar Social, devem estar presentes, a orientação e o apoio aos servidores Municipais, mantendo vivo interesse pelos problemas que possam afetar-lhes o comportamento funcional,

PORTARIA

Nº 549/87 - resolve, de acordo com o decreto nº 5092/87, publicado a 30 de julho, signar para integrarem o Comitê Municipal do Bem Menino, Menandro dos Santos Henriques e Nise Maria Seixas Alonso; suplente, ambos representantes da Secretaria de Trabalho e Bem-Estar Social; Layva, da Secretaria Municipal de Educação; Marques dos Santos, da Secretaria Municipal Hélio Falcão, da Secretaria Municipal de Zeri; Arnauud Ferreira de Araújo, da Legit de Assistência-UBA; Ivone Maria Batocelli, dada Federal Fluminense-UFF; Alice Anna va, do Juízo de Menores da Comarca de Niterói; Tereza de Freitas, do Rencontro - Obra 18 Igreja Batista de Niterói; Omar Felix Delegacia Regional de Trabalho; Osvaldo do Serviço Regional de Aprendizagem Ind. Alexandre Joaquim Gomes Filho, do Serviço Indústria-SESI; João Jorge Elias Bazubativo e Celso da Cruz Fontes, seu suplente Serviço Nacional de Aprendizagem Comerciário Sanchen, da Câmara Municipal de Niterói Carlos da Carvalho, do Rotary Clube de Niterói.

DESPACHO DO PREFEITO

Proc. 40/1158/87-AUTORIZA.

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

TOMADA DE PREÇOS Nº 99/87

AVISO

A PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI realizará no dia 16 (dezoisete) de novembro de 1987, às 15:00 (quinze) horas, Tomada de Preço para aquisição de Utensílios de Cozinha, para atender

O Edital contendo especificações e condições de entrega e a disposição das firmas interessadas em participar - Serviço de Compras, da Conceição, nº100, edifício sede-38, anexo.

ATOS DO SECRETÁRIO

PORTARIA Nº 684/87 - designa o Procurador ALEXANDRE CARDOSO DO AMARAL e NEY MOREIRA de Freitas JACY FACHECO, para, sob a presidência, constituírem Comissão de Inquérito, com a finalidade de apurar os dados na Petição nº40/1621/87 do CEPROFE ditado o Operador de Máquinas Pesadas, 2215499, DEJAINE TEODORO VALADÃO, por e no inciso VI do Art. 207 da Lei 531/85.

DESPACHOS DO SECRETÁRIO

PROC. Nº 40/00499/87 - Ratifica a Homologação de Preços nº 63/87, publicado no dia 18/10/87.

DEPARTAMENTO DE PESSOA

DIVISÃO DE CADASTRO E PROM

EDITAL

A DIVISÃO DE CADASTRO E PROMOÇÕES - A integradas da classe "C" da série de Edital de Posturas, Índice 16, para apreensão de 5 (cinco) dias, a contar da publicação comprobatória de conclusão de rior, na forma dos artigos 79 e 82 da Lei 531/85.

SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

SUPERINTENDENCIA GERAL DE FISCALIZAÇÃO

ATO DO SUPERINTENDENTE

PORTARIA

Nº 07/87 - determina às empresas para Transportes Coletivos, a majoração dos valores para fins de recolhimento de Impostos a partir de 27.10.87, em percentuais de acordo com os valores fixados no Decreto nº 5195/87.

SECRETARIA MUNICIPAL DE TRABALHO E BEM-ESTAR SOCIAL

COORDENAÇÃO DE PROGRAMAS ESPECIAIS

REGISTRO DE OBRAS SOCIAIS DE NITERÓI

Instituição: Centro Juvenil de Orientação CEJOP; Sede: R. Irineu Marinho, 449 - I da sob o nº 03, em 06.8.76; Processo nº 90/0212/87.

Instituição: Associação Fluminense de AFR; Sede: R. Lopes Trevino, 301 - Icaia sob o nº 15, em 02.10.76; Processo nº 90/0212/87.

Instituição: Instituto Evangélico para a Assistência Hospitalar; Sede: R. Eduardo Luiz Centurião; Registrada sob o nº 18, em 03.10.76; Processo nº 90/0212/87.

Instituição: Associação de Pais e Amigos APAAE; Sede: Trav. Israel Coutinho Clemente - Centro; Registrada sob o nº 90/0208/87.

Instituição: Sociedade Pestalozzi do Rio de Janeiro; Sede: Estrada Caetano Monteiro dotiba; Registrada sob o nº 09, em 06.10.76; Processo nº 90/0209/87.

França se des

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO RIO DE JANEIRO, ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E O MUNICÍPIO DE NITERÓI OBJETIVANDO A ADEÇÃO AO SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE - SUDS/RJ.

Aos 31 dias de março de 1989, o ESTADO DO RIO DE JANEIRO, neste ato representado pelo Excelentíssimo Senhor Secretário de Estado de Saúde, Dr. José Carvalho de Noronha, neste termo denominado simplesmente ESTADO, e o MUNICÍPIO DE NITERÓI

neste ato representado pelo Excelentíssimo Senhor Prefeito, JORGE ROBERTO SAAD SILVEIRA, doravante denominado simplesmente MUNICÍPIO, resolvem celebrar o presente CONVÊNIO que se rege pela Lei Federal No. 6.229, de 17/07/75, pelo Decreto No. 94.457 de 20/07/87, pelas normas da Lei Estadual No. 287, de 04/12/79 e do seu Regulamento baixado pelo Decreto No. 3.149, de 20/04/80, pelas normas da Legislação Tributária pertinente, conforme a autorização do Excelentíssimo Senhor Governador, no Processo Administrativo No. E-08/00281/80, e consoante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA = OBJEITO

O presente CONVÊNIO tem por objetivo estabelecer as bases para uma programação integrada entre as partes convenentes, através da descentralização executiva das Ações de Saúde, visando a melhoria do atendimento dos Serviços de Saúde no Município.

CLÁUSULA SEGUNDA = MEIOS

O ESTADO, a fim de efetivar a descentralização mencionada na Cláusula Primeira, delega ao Município de NITERÓI por este instrumento, a administração direta das Unidades de Saúde integrantes da Rede Assistencial localizada na área de Jurisdição Municipal (constantes do anexo 1), juntamente com os bens móveis que as integram, acompanhados dos respectivos inventários que passam a integrar o presente Termo, bem como a coordenação programática das Unidades constantes do anexo 2. As unidades públicas não municipalizadas neste ato, serão objeto de novos termos aditivos.

Fundação Municipal de Saúde - FMS
Biblioteca

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

CLÁUSULA TERCEIRA OBRIGAÇÕES DO ESTADO

O ESTADO obriga-se a:

I- transferir ao Município a responsabilidade da administração das Unidades de saúde mencionadas na Cláusula Segunda.

II- exercer a função Normativa e Supervisora do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, ao nível local;

III- manter o pessoal do quadro efetivo ou contratado da SES, nas Unidades de Saúde locais;

IV- estabelecer as Normas Técnicas e avaliar o resultado dos programas desenvolvidos pelo Município, no que concerne aos objetivos deste CONVENIO;

V- assegurar o fornecimento de medicamentos e produtos imunizantes, em consonância com as remessas recebidas da CENE, mediante cronograma de suprimento previamente estabelecido e disponibilidade financeira das Instituições envolvidas;

VI- proporcionar apoio técnico e meios de capacitação de recursos humanos de nível profissional, técnico e auxiliar, através de recursos e treinamento em serviço, seminários e reuniões de pessoal.

VII- arcar com as despesas de reforma, manutenção e custeio dos Hospitais Estaduais localizados no Município (Hospital Estadual Azevedo Lima, Hospital Estadual Getúlio Vargas Filho, Hospital Estadual Psiquiátrico, Hospital Estadual Ary Parreiras), até a conclusão das obras que possibilitem sua integração ao SUDS.

CLÁUSULA QUARTA OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

O MUNICÍPIO obriga-se a:

I- administrar e exercer o controle operacional das Unidades de Saúde objeto deste CONVENIO, provendo-as de material de consumo e comprometendo-se a integrá-las à Rede Municipal de Saúde, proporcionando à população, gratuitamente, assistência médico-sanitária, odontológica e farmacêutica, prevenção de doenças, atividades de saneamento do meio e demais atividades compreendidas no âmbito de uma unidade de cuidados de saúde;

II- apresentar ao ESTADO, através da Comissão Interinstitucional de Saúde/CIS, em datas pré-estabelecidas, o Plano de Ação a ser desenvolvido no MUNICÍPIO;

Handwritten initials: "K" and "H"

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE

III- acatar as normas emanadas do ESTADO para funcionamento da Rede de Unidades do Município e permitir aos seus representantes credenciados, acesso ao pessoal e à documentação técnica e administrativa;

IV- garantir o cumprimento das normas de vigilância epidemiológica e notificação de doenças, segundo os padrões estabelecidos pela SES;

V- garantir o cumprimento das normas do Sistema de Informação em Saúde da SES;

VI- garantir o cumprimento das normas do Sistema de Custo em Saúde da SES;

VII- cumprir os objetivos e metas fixados, de enfermidade com os cronogramas de execução física, de acordo com a programação e Orcamentação Integrada, remetendo mensalmente ao ESTADO, em modelos estabelecidos pelo mesmo, relatório das atividades realizadas;

VIII- encaminhar mensalmente aos órgãos competentes a frequência e demais ocorrências referentes ao pessoal lotado nas Unidades mencionadas na Cláusula Segunda;

IX- zelar pela guarda e conservação dos bens móveis e dos prédios onde funcionam as Unidades de Saúde às quais lhe cabe administrar, bem como proceder à reposição dos equipamentos e material permanente, reforma e ampliação de instalações;

X- apresentar à SES até o 10º (décimo) dia útil, devidamente visado pelo Secretário Municipal de Saúde, ou pessoa credenciada, as informações estatísticas estabelecidas pelas normas da SES;

CLÁUSULA QUINTA PESSOAL

Os funcionários efetivos e celetistas em exercício nas Unidades de Saúde mencionadas na Cláusula Segunda, serão mantidos com todos os seus direitos e vantagens, respeitadas as legislações que os regem.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O ESTADO não se responsabiliza por indenizações decorrentes de Contratação, pelo Município, de pessoal para a administração das citadas Unidades de Saúde.

U.
Ha

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PARÁGRAFO SEGUNDO - O ESTADO não será responsável a qualquer título que seja, por quaisquer danos ou indenizações a terceiros, em decorrência de atos de MUNICÍPIO, de seus prepostos ou contratantes.

CLÁUSULA SEXTA CONDIÇÕES E BENEFICÍARIAS

O MUNICÍPIO somente poderá fazer construções ou melhorias nos imóveis onde funcionam as Unidades de Saúde supramencionadas de acordo com o Plano de Ação aprovado pela CIS, após audiência das autoridades competentes e a expressa autorização do Departamento do Patrimônio Imobiliário, da Secretaria de Estado de Justiça e do Interior.

PARÁGRAFO ÚNICO - as melhorias, que porventura vierem a ser realizadas pelo MUNICÍPIO nas Unidades de Saúde objeto do presente Termo, passarão a integrar o patrimônio do ESTADO, sem que assista ao primeiro o direito a quaisquer indenizações.

CLÁUSULA SÉTIMA DO CUSTEIO

Como participação no custeio dos serviços prestados à população, obriga-se o ESTADO pelo SUDS/RJ, a contribuir mensalmente com um subsídio apurado como se segue:

I- Parcelas mensais, calculadas proporcionalmente à capacidade pública instalada existente no Município, demonstrada funcionando e as relacionadas na Cláusula Segunda.

II- Repasse de recursos adicionais numa proporção de 30% do total de recursos, calculado sobre a capacidade instalada, para aplicação no desenvolvimento de recursos humanos.

III- Os recursos para investimento em reformas e construções serão liberados, ou providenciados junto a outras fontes, após aprovação do Plano de Ação pela CIS, através do Termo Aditivo específico.

IV- As parcelas mensais, referidas no Item I, serão atualizadas de acordo com os reajustes previstos pelas Portarias da Secretaria de Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social para pagamento de Convênios com os órgãos governamentais.

PARÁGRAFO ÚNICO - Os recursos financeiros transferidos pelo ESTADO e provenientes do SUDS serão creditados integralmente e mensalmente em conta bancária específica, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde.

U.
/k

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

CLÁUSULA OITAVO DA VIGÊNCIA, RESCISÃO E ALTERAÇÃO

O presente CONVENIO vigorará pelo prazo de 1 (um) ano e renovar-se-á, por iguais períodos, através da celebração de Termo Aditivo, podendo ser rescindido pelo descumprimento das obrigações pactuadas ou pela superveniência de norma legal ou fato administrativo que o torne formal ou materialmente inexecutável ou ainda, por ato unilateral, mediante aviso prévio da parte que dele se desinteressar, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias.

PARÁGRAFO UNICO - Mediante concordância das partes e através de Termo Aditivo, poderá, ainda, o presente Convênio, ser alterado a qualquer tempo.

CLÁUSULA NONA PUBLICAÇÃO

O ESTADO, no prazo de 20 (vinte) dias, contados da assinatura do presente CONVENIO, providenciará a sua publicação, em extrato, no seu Diário Oficial e encaminhará cópia a CIPLAN para que providencie sua publicação no Diário Oficial da União.

CLÁUSULA DECIMA AUDITORIA

O ESTADO providenciará, até o 5 (quinto) dia útil seguinte ao de sua assinatura, o encaminhamento de cópia autenticada do presente instrumento ao seu Tribunal de Contas e a Contadoria Seccional da Secretaria de Estado de Fazenda, junto à Secretaria de Estado de Saúde.

CLÁUSULA DECIMA PRIMEIRA FORO

Fica eleito o Foro da Cidade do Rio de Janeiro para dirimir eventuais questões oriundas de execução deste CONVENIO, bem como os TERMOS ADITIVOS que, com decorrência dele, vierem a ser firmados, renunciando as partes, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA EXCLUSÃO DE RESPONSABILIDADE

O ESTADO não se responsabilizará por indenizações de qualquer natureza em decorrência de atos ou fatos vinculados à fiscalização e ao controle da execução orçamentária e da administração financeira.

W
H

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE SAUDE

CLÁUSULA TERCEIRA - CASOS OMISSOS

Em casos omissos serão resolvidos de comum acordo entre as partes convenientes.

E, por estarem assim acordadas, depois de lido e achado conforme, é o presente CONVENIO assinado pelos representantes das partes, dele se extrafndo cópias para fins de publicação e execução.

Rio de Janeiro, 31 de março de 1989.

Bilson Cantarino O'Dyer

BILSON CANTARINO O'DYER
Secretário Municipal de
Saúde

Jose Roberto Saad Silveira

JOSE ROBERTO SAAD SILVEIRA
Prefeito Municipal

Apparecido de Aguiar

APPARECIDO DE AGUIAR
Chefe do Escritório Regional
de Saúde

Jose L. de Noronha

JOSE L. VALENTIM DE NORONHA
Secretário de Estado de Saúde

1/c

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE

ANEXO I

UNIDADES REPASSADAS AO MUNICIPIO

I- ESTADO - SES

- 1- Posto de Saude João da Silva Vizela
 - 2- Posto de Saude Itaipu
 - 3- Subposto de São Francisco
 - 4- Subposto de Cranujo
 - 5- Centro de Saude Santa Rosa
 - 6- Centro de Saude Carlos Antonio da Silva
- M
- 11-

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE

ANEXO II

UNIDADES SOB COORDENACAO PROGRAMATICA DO MUNICIPIO

I- ESTADO -SES

- 1- Hospital Estadual Azevedo Lima *A*
- 2- Hospital estadual Getúlio Vargas
- 3- Hospital Estadual Ary Parreiras *A*
- 4- Hospital Estadual Psiquiátrico

II- INAMPS

- 1- PAM Araribóia
 - 2- PAM Amaral Peixoto
 - 3- PAM Engenho
 - 4- PAM Centro Previdenciário de Niterói
- M*

16/09/89

*Nota
Secretaria Municipal
de Saúde*

PAL DE NITERÓI

AIS

rança de crédito
..... 5 pts.
ito..... 10 pts.

registro pelo fig
ção fiscal, de con
calizada...10 pts.

alizado pelo Fig-
ção fiscal, para
baixa de local
..... 5 pts.

serviço de atvã
.....50 pts.

a de 6(seis) hu
tiver lotado o
ar orientação ou
as eventuais de
cala de rodizio
órgão fiscal,
al na área de
to) plantões na

.....30 pts.
MENTO FISCAL
do Tributos na
em sobre matã -
.....5 pts.

ário próprio, de
nte, científi-
de base de cál-
), cálculo ofereci-
.....10 pts.
.....30 pts.
.....50 pts.
.....70 pts.
.....90 pts.

dade fiscal por
em que não eg
..... 10 pts.
ITs... 20 pts.
ITs... 30 pts.
..... 50 pts.

AL OU REFERENTE
dade fiscal, de
o do tributo de
hipótecas de
..... 50 pts.
vrior serão acres
finca) UPINFIA
de infração.

IC
cação em talo-
tribuinte dos
do lançamen-
..... 5 pts.
.....10 pts.
.....15 pts.
.....20 pts.

cia ou de pla-
e mento, contro-
al, de acordo
nicipal de Fa
.... 600 pts.
nto a aperfei-
scas indicado
fazenda, e de

.....30 pts.
natureza ex
.....75 pts.
nto técnico
Auditoria Tri
do Secretário
.....600 pts.
natureza fis-
Secretário
.....600 pts.

Fiscal de
tribuinte ou
a presença,
tamento eco-
grafia será
(seleções,
issão de Fis
do Secretá-
.....30 pts.
.....50 pts.
Fg
.....50 pts.

26233; 30/61656/89 - Giovanni Paura - AI.nº 31087-Jul
so improcedente a impugnação, mantido o auto de infra-
ção.

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

DESPACHO DA SECRETÁRIA
Proc.50/0497/89-AUTORIZO, conforme Decreto 5700/89.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE-SUDS
COMISSÃO EXECUTIVA DO PROJETO NITERÓI

RESOLUÇÃO Nº 01
A COMISSÃO EXECUTIVA DO PROJETO NITERÓI, no uso de
suas atribuições legais, e
Considerando que a assinatura pela Prefeitura de
Niterói do Convênio de adesão ao Sistema Unificado e
Descentralizado de Saúde (SUDS) representa um avanço
político e gerencial com relação às Ações Integradas
de Saúde (AIS) ao repassar à Administração Municipal
a gestão do Sistema de Saúde local;
Considerando a necessidade de, neste processo, se
adequar à nova estrutura do Sistema de Saúde Municipa-
l a ampliar a participação popular e a democratização
da gestão do Sistema de Saúde,.

- RESOLVER:**
1. Altera sua denominação de Comissão Executiva do Projeto Niterói para Comissão Executiva do SUDS-CE SUDS.
 2. A Comissão Executiva do SUDS orientará sua atuação segundo as seguintes diretrizes e prioridades:
 - a) universalização da assistência e a plena garantia do acesso igualitário aos serviços de saúde a toda população;
 - b) o aprofundamento da integralidade e a melhoria da qualidade dos cuidados à saúde do cidadão;
 - c) a integração e a regionalização dos serviços de saúde com o máximo de eficiência e eficácia, de acordo com as características populacionais e epidemiológicas do Município e de seus Distritos Sanitários;
 - d) a descentralização efetiva das ações de saúde, através de mecanismos de incremento de responsabilidades dos níveis locais e regionais na gestão do setor;
 - e) a constituição e pleno desenvolvimento de instâncias colegiadas gestoras das ações de saúde, em todos os níveis, com ampla garantia de participação das representações populares e da democratização das decisões;
 - f) a efetivação de uma nova política de recursos humanos para o setor saúde, que contemple carreiras e cargos com capacitação e flexibilidade para as funções, acesso por concurso público, estímulo ao tempo integral geográfico e à dedicação exclusiva para o setor público.
 3. Os objetivos e atribuições da CE-SUDS são:
 - a) possibilitar o desenvolvimento do SUDS, a partir de articulação multi-institucional;
 - b) fazer operar o Sistema Municipal de Saúde capacitando-o a propiciar serviços com alto grau de resolutividade, dirigidos aos problemas prioritários de Saúde;
 - c) elaborar a proposta de Política Municipal de Saúde e Implantar Planos, Programas e Projetos necessários ao cumprimento das suas metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde;
 - d) desenvolver técnica e gerencialmente os serviços de saúde, para capacitá-los a responder à demanda assistencial local com eficácia, eficiência e efetividade;
 - e) valorizar o trabalho dos profissionais de saúde, através de estratégias que estimulem o seu contínuo desenvolvimento e melhores condições de trabalho;
 - f) opinar e avaliar a necessidade de credenciar novas unidades ou atividades de saúde;
 - g) elaborar anualmente, Relatórios das Atividades do SUDS Niterói e Proposta de Plano de Ação para o período seguinte para serem submetidos à aprovação do Conselho Municipal de Saúde;
 4. Da composição de CE-SUDS - Em Função do seu caráter executivo participam da Comissão Executiva do SUDS representantes de todas as instituições ligadas a prestação de assistência à saúde no município, além de representantes da sociedade civil assim discriminados:
 - a) Dois representantes da Secretaria Municipal de Saúde, sendo um destes o Secretário Municipal de Saúde;
 - b) Um representante da Secretaria Estadual de Saúde;
 - c) Um representante do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social;
 - d) Dois representantes da Universidade Federal Fluminense;
 - e) Dois representantes das Associações de Moradores de Niterói;
 - f) Dois representantes das entidades profissionais ou de classe dos profissionais de saúde;
 - g) Um representante do setor filantrópico de saúde conveniado ao SUDS;
 - h) Um representante do setor de saúde contratado pelo SUDS;
- 1- A escolha das pessoas que representarão as instituições e organizações com assento na CE-SUDS seguirá a seguinte sistemática:
- a) Os representantes dos Órgãos Públicos constantes dos itens a), b), c) e g) serão indicados pelos respectivos Órgãos Dirigentes de cada instituição;
 - b) Os representantes das Associações de Moradores serão escolhidos por estas, através de seus processos próprios de deliberação;
 - c) Os representantes dos Órgãos Profissionais citados no item f) serão escolhidos dentre os Sindicatos, Conselhos Regionais e Associações Profissionais.

30 pta.
 natureza eg
 75 pta.
 técnico
 Auditoria Tri
 do Secretário
 600 pta.
 natureza fia -
 Secretário
 600 pta.
 Fiscal de
 tribuinte ou
 a presença,
 vimento eco-
 nômico será
 (sete) dias,
 início de Pim
 do Secretário
 30 pta.
 50 pta.
 50 pta.
 10/2337/
 -Lei 2300/
 Distração
 da de aten
 ua Oficial

 Inexigibili-
 > art. 23,
CAO
 UATIVO
 221853-4
 no no inci
 publicação
 /85;
 do Sepeti
 bras.
 nte
 MENTO
 226669-0
 o no inci
 publica-
 85;
 de Sepeti
 horas,
 nte
 na fim
 Imprensa
 de
 xibilida
 3, do Un
 ina.
 5091/89
 PERIDO.
 89, 30/
 30/8168/
 39, 30/
 30/9096A
 344/89
 DE ASSIS

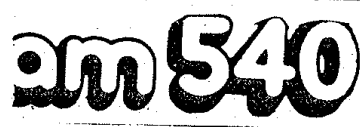
- a) Dois representantes da Secretaria Municipal de Saúde, sendo um deles o Secretário Municipal de Saúde.
- b) Um representante da Secretaria Estadual de Saúde.
- c) Um representante do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
- d) Dois representantes da Universidade Federal Fluminense.
- e) Dois representantes das Associações de Moradores de Niterói.
- f) Dois representantes das entidades profissionais ou de classe dos profissionais de saúde.
- g) Um representante do setor filantrópico de saúde conveniado ao SUDS.
- h) Um representante do setor de saúde contratado pelo SUDS.
- 1- A escolha das pessoas que representarão as Instituições e organizações com assento na CE-SUDS seguirá a seguinte sistemática:
 - a) Os representantes dos Órgãos Públicos constantes dos itens a, b, c e d serão indicados pelos respectivos Órgãos Dirigentes de cada Instituição.
 - b) Os representantes das Associações de Moradores serão escolhidas por estas, através de seus processos próprios de deliberação.
 - c) Os representantes dos Órgãos Profissionais citados no item f serão escolhidos dentre os Sindicatos, Conselhos Regionais e Associações Profissionais das seguintes categorias: Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos, Nutricionistas, Biólogos, Veterinários, Assistentes Sociais, Psicólogos e Odontólogos, segundo critérios e formas que estas, de comum acordo, julgar ven conveniente.
 - d) Os representantes das Instituições citadas nos itens g e h, serão escolhidas por estas, através de seus processos próprios de deliberação.
- 4.2- Os membros da CE-SUDS escolhidos pelos critérios acima determinados tomarão posse para um mandato de 2 (dois) anos.
- 4.3- Além dos membros permanentes que compõem a Comissão Executiva do SUDS, poderão integrar a comissão especialmente designados, que formarão GRUPOS DE TRABALHO - GTS - em caráter eventual e consultivo. Estes GTS terão como atribuições o desenvolvimento de projetos e pesquisas em áreas específicas definidas pelos membros da Comissão Executiva do SUDS como prioritárias.
- 4.4- O Projeto Niterói permanecerá, nos termos do Protocolo de Colaboração celebrado entre o INAMPS, Universidade Federal Fluminense, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, com as atribuições de desenvolver atividades de assessoria técnica, investigação, pesquisa e treinamento de recursos humanos.
- 5. Do funcionamento da Comissão Executiva do SUDS - A Comissão Executiva do SUDS será presidida pelo Secretário Municipal de Saúde e reunir-se-á ordinariamente, no mínimo, a cada 15 (quinze) dias em local definido e extraordinariamente quando convocada por seu Presidente ou por pelo menos 1/3 (um terço) dos membros.
- 5.1- As decisões da CE-SUDS serão chamadas de Resoluções e serão publicadas no Diário Oficial do Município.
- 6. Disposições Transitórias - A CE-SUDS deverá após a modificação de sua composição criar uma comissão para, no prazo de 60 (sessenta) dias, elaborar proposta de seu Regimento Interno a ser aprovada por resolução da CE-SUDS.
- 6.1- Até a indicação dos novos membros a posse da CE-SUDS, a atual Comissão Executiva do Projeto Niterói permanecerá em suas funções.

SECRETARIA MUNICIPAL DE URBANISMO E MEIO AMBIENTE

DIVISÃO DE ADMINISTRAÇÃO-UAD
EDITAL DE CITAÇÃO
 O Chefe da UFU comunica que as firmas abaixo mencionadas, após terem sido autuadas, recusaram-se a assinar os autos; Lenice de Figueiredo Fernandes AI.3906 e Fátima Muniz de Almeida AI.3907.

PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

DIVISÃO DE ADMINISTRAÇÃO
EXTRATO DO TERMO DE PERMISSÃO DE USO Nº 34/89
 Instrumento: Termo de Permissão de Uso; Partes: o Município de Niterói e o Serviço de Obras e Serviços Públicos; Objeto: Permissão de uso do imóvel de propriedade do Município situado na Rua Coronel Gomes Machado, nº 311 - Centro; Prazo: A título precário; Fundamento: Despacho autorizativo no Proc. nº 10/2019/89 de fls. 07, do Exmº Sr. Prefeito; Data da Assinatura: Em 31 de agosto de 1989.



PROJETO NITERÓI



O QUE É O PROJETO NITERÓI?

É um modo planejado de prestar serviços de saúde à população de Niterói, onde através de um trabalho integrado, regionalizado e hierarquizado das Instituições Públicas de Saúde de Niterói (Município, Estado, Universidade, INAMPS e outros) se procura garantir a qualidade, presteza e eficiência no atendimento à população.

Isto quer dizer que ...

... as 10 Unidades Municipais de Saúde-UMS, 4 Postos, 2 Centros de Saúde e 3 Hospitais do Estado, 4 PAM's, 1 Hospital do INAMPS e Hospital Antonio Pedro, estão trabalhando juntos, dentro do princípio de regionalização, hierarquização que racionaliza o atendimento e conseqüentemente melhora o seu desempenho.

Este trabalho conjunto é importante porque:

Distribui de maneira mais organizada a clientela dos serviços de saúde, encaminhando-a, de acordo com o tipo de atendimento que necessite, para a unidade mais próxima de sua casa.

Por exemplo:

- As UMS e os Postos de Saúde do Estado, farão atendimento de 1º nível, que no Projeto Niterói está constituído de clínica Médica, Ginecologia, Pediatria, Imunização e Nutrição, etc...

Quando o usuário necessitar de um atendimento mais complexo, será encaminhado (referenciado) pela unidade primária, para unidade de 2º nível (PAM's e Centros de Saúde) ou 3º nível (Hospitais).

Depois de tratado, o usuário retornará à unidade de origem c/ as informações registradas em formulários próprios e que serão entregues pelo próprio usuário na unidade de 1º nível (contra-

A esta forma de procedimento chamamos de ATENDIMENTO HIERARQUIZADO.

Como se pode notar, este modo integrado e hierarquizado de trabalhar, tem várias vantagens:

- descentraliza o atendimento descongestionando-o.
- evita perda de tempo em filas e deslocamentos desnecessários, baixando o custo social e institucional.
- possibilita atendimento de melhor qualidade facilitando o acompanhamento de casos.
- procura garantir a solução dos casos nos próprios níveis (1º, 2º ou 3º) em que se situem.
- proporciona condições de ampliar o atendimento de saúde a toda a população de Niterói, previdenciária ou não, no 1º e 2º nível de atenção.

A ORGANIZAÇÃO DO PROJETO NITERÓI

O Projeto Niterói tem sua área de abrangência conformada em 4 (quatro) Municípios: Niterói, Maricá, São Gonçalo e Itaboraí.

Foi atribuído ao Departamento de Administração Médica da Direção Geral do INAMPS o comando da implantação do Projeto.

Esse Departamento constituiu uma comissão consultiva, de estudos e elaboração de propostas para implantação do Projeto. Desta comissão participaram técnicos de todas as instituições envolvidas e outros técnicos ligados ao: INAMPS, IPEA, FGV, UFF, / OPAS, PLEN, UERJ e M.S; assim, foram definidas as diretrizes gerais desse trabalho.

Escolhida Niterói, como 1ª área de implantação, criou-se uma Comissão Executiva Local, cujos participantes são servido

Cabe à Comissão Executiva Local o desenvolvimento do mesmo - planejamento em todas as suas etapas - além da sua execução e supervisão.

COMO PODEMOS TRABALHAR JUNTOS, COMISSÃO E EQUIPES DAS UNIDADES OPERATIVAS?

- Um esquema de acompanhamento da execução, está sendo implantado para ajudar nos trabalhos: assim, dúvidas serão esclarecidas sugestões discutidas, modificações, se necessárias, introduzidas.

- A integração com a comunidade é importante e ela será incrementada através das unidades.

- Seminários, reuniões, palestras, e outros instrumentos de comunicação serão utilizados.

- A UFF participará efetivamente desse trabalho através de seus professores e alunos.

Para outros esclarecimentos, procure seu chefe imediato ou a Secretaria Executiva do Projeto em sua sede na Rua São Pedro nº 24/602 - telefone: 722-4100.

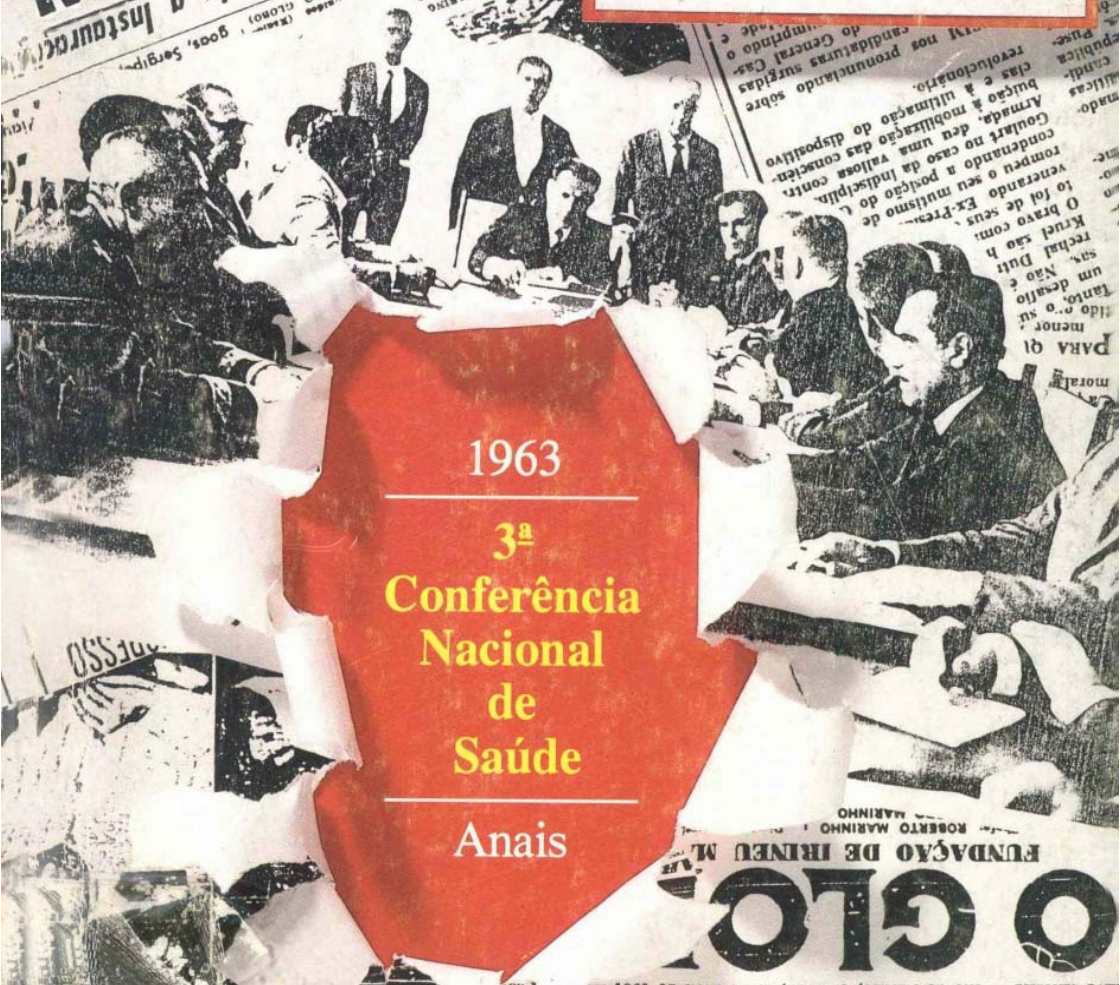
ATO INSTITUCION
ARMAS PARA A
Ministro da Guerra Anuncia a Instauração

DESARQUIVAR ✓
REIMPRIMIR ✓



DIVULGAR ✓
DEBATER ✓

PARA RESGATE HISTÓRICO
DA REFORMA SANITÁRIA
DE BASE MUNICIPALISTA
PROPOSTA EM 1963.



1963

3^a
**Conferência
Nacional
de
Saúde**

Anais

FUNDAÇÃO DE INEU M. DE O. G. L. O.
ROBERTO MARINHO

CASSADOS OS MANDATOS DE 40
SUSPENSOS DIREITOS POLÍTICOS

1963

3^a

**Conferência
Nacional
de
Saúde**

Anais

Tema:

Situação Sanitária da População Brasileira

Apreciação geral do problema

Agosto de 1992

Prefeitura de Niterói

Secretaria Municipal de Saúde

Fundação Municipal de Saúde

614.06

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

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

Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992

246 p.

1.– Saúde Pública – Congresso

Fundação Municipal de Saúde

APRESENTAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wilson Fadul

Em 19 de julho de 1963

Excelentíssimo Senhor Presidente da República:

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

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

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

A definição das novas diretrizes da política de saúde, fundamentadas nas recomendações aprovadas pelo 15º Congresso Brasileiro de Higiene e nos princípios enunciados no Plano Trienal e sua concretização, através de programas exequíveis, representa outra importante qualidade do debate proposto do qual participarão as autoridades estaduais e municipais, que precisam coordenar esforços com a administração federal para que logrem resultados mais convincentes na ação do poder público em defesa da saúde coletiva.

De acordo com estes salutareos propósitos, estou encaminhando a Vossa Excelência o anexo projeto de Decreto que convoca a 3ª Conferência Nacional de Saúde e estabelece as normas básicas para a sua realização, esperando a patriótica acolhida de Vossa Excelência a este relevante empreendimento.

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

Wilson Fadul

LEI Nº 378 DE 13 DE JANEIRO DE 1937

Da nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública.

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

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

REGIMENTO DA 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

DA SUA COMPOSIÇÃO

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

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

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

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

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

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

DO TEMÁRIO

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

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

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

Art.9º - A Comissão Organizadora procederá a classificação dos trabalhos de acordo com o Temário e preparará os documentos básicos de discussão dos 4 temas oficiais.

DA ORGANIZAÇÃO

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

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

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

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

Art. 14º - A Mesa da Conferência será presidida pelo Ministro da Saúde e composta de dois vice-presidentes escolhidos entre os Diretores Gerais e Secretários de Saúde, do Secretário Geral da Conferência e dois Secretários escolhidos dentre os participantes da Conferência.

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

Art. 16º - Serão organizadas, pela Mesa, 4 comissões técnicas, uma para cada item do temário oficial.

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

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

Art. 18º - Compete ao Presidente da Conferência:

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

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

Art. 20º - Ao Secretário Geral compete:

- a) Dirigir os trabalhos da Secretaria, receber e distribuir o expediente relativo à Conferência;

- b) Elaborar a ata das sessões;
- c) Distribuir pelas Comissões os trabalhos classificados e;
- d) Redigir a ordem do dia e as notas para publicidade.

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

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

PORTARIA GB N° 596, DE 9/8/63

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

RESOLVE designar os Doutores ARNOLDO BEIRÓ DE MIRANDA, MÁRIO MAGALHÃES DA SILVEIRA, CELSO ARCOVERDE DE FREITAS, NILSON DOS SANTOS DE FREITAS GUIMARÃES e WOODROW PIMENTEL PANTOJA, para constituírem a Comissão Organizadora da 3ª Conferência Nacional de Saúde.

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

(a) Wilson Fadul

PORTARIA GB. Nº 736, DE 2/12/63

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

RESOLVE incluir na Comissão Organizadora da 3ª Conferência Nacional de Saúde, de que trata a Portaria GB nº 596, de 9 de agosto de 1963, publicada no Diário Oficial de 11/9/63, página 7852, os Doutores ARISTIDES CELSO LIMA VERDE, ADELMO DE MENDONÇA E SILVA, FELIPE NERY GUIMARÃES, FERNANDO SEIDL, CLÁUDIO MAGALHÃES DA SILVEIRA E HERMES AFFONSO BARTHOLOMEU.

(a) Wilson Fadul

PORTARIA GB N° 738, DE 5/12/63

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

RESOLVE incluir na Comissão Organizadora da 3ª Conferência Nacional de Saúde, de que trata a Portaria GB nº 596, de 9 de agosto de 1963, publicada no Diário Oficial de 11/9/63, página 7852, os Doutores JOSÉ ALUÍSIO DE CASTRO e ODAIR BEHN FRANCO.

(a) Wilson Fadul

Senhor Governador:

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

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

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

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

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

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

Wilson Fadul
Ministro da Saúde

Exmo Sr. Secretário de Saúde

A Lei nº 378 de 13 de janeiro de 1927, determina que, com intervalos nunca superiores a dois anos, seja convocada pelo Exmo. Sr. Presidente da República uma Conferência Nacional de Saúde com a finalidade de conhecer a situação sanitária do País e os problemas mais prementes de saúde das nossas populações e o exame de soluções adequadas.

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

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

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

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

Na elaboração dos planos estaduais lembraremos respeitosamente, que os mesmos devem ser realistas e se ajustem às possibilidades financeiras do

Estado, evitando programas que por seu custo não tenham condições de financiamento. É fora de dúvida que não sendo da política do Ministério da Saúde diminuir suas responsabilidades face aos grandes problemas sanitários nacionais, muitos projetos dos planos estaduais de saúde poderão ser ampliados com recursos do Governo Federal. Porém, trata-se de decisões a serem tomadas pela Conferência Nacional de Saúde em suas recomendações ao Governo.

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

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

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

Dr. Arnaldo Beiró de Miranda
Presidente da Comissão Organizadora

**RELAÇÃO DOS DELEGADOS DA
3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

9 a 15 de dezembro de 1963

1- Abelardo Calafange

Secretário de Saúde do Rio Grande do Norte

2- Adalberto Mendes de Oliveira

Rep. da Divisão de Profilaxia - DNERu

3- Adalberto Pimentel Belo

Delegado Fed.Criança- 3ª Reg.- Recife

4- Adelmo de Mendonça e Silva

Membro da Comissão Organizadora

5- Akel Nicolau Akel

Representante Amazonas - Manaus

6- Alceu de Oliveira Freitas

Diretor da Colônia Juliano Moreira- SNDM

7- Alexandre Gomes de Menezes Neto

Diretor de Saúde de Sergipe

8- Aloysio Costa Santos

Delegado Fed.Criança -5ª Reg.- S. Paulo

9- Aloysio Sanches de Almeida

Secretário de Saúde - Bahia

10-Álvaro Serra de Castro

Conselho Nacional de Saúde

11-Anísio Pires de Freitas

Delegado do SENAM

12-Amintor Virgolina Amaral Bastos

Representante SPVEA

13-Dr. Antônio Ferreira de Carvalho

Dr. Sebastião Cabral

Representantes Secret. Saúde-Esp.Santo

14-Antônio Jorge de Almeida

Diretor da Divisão Orientação Técnica-F/SESP

15-Antônio de Mello Arruda

Secretário de Saúde do Ceará

16-Aramys Athaide

Conselho Nacional de Saúde

17-Aristides Celso Limaverde

Membro da Comissão Organizadora

18-Arnoldo Beiró de Miranda

Membro da Comissão Organizadora

19-Ayrton Ricardo dos Santos

Secretário de Saúde do Paraná

20-Bichat de Almeida Rodrigues

Superintendente da F/SESP

21-Celso Arcoverde de Freitas

Membro da Comissão Organizadora

22-Cláudio Magalhães da Silveira

Membro da Comissão Organizadora

23-Clovis Robert

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

24-Dagoberto Chaves

Subst. Diretor S.N.F.M. Farmácia

25-Décio Pacheco Pedroso

CNS- Cons.Med.Prev.Social

26-Durval Lucena

Inst. Ageu Magalhães- DNERu -Recife

27-Ednice Maria Wolkman

Delegado Fed. Criança- 6ª Reg.

28-Eliezer Jacob Zagury

Diretor Cursos do DNCr.

29-Elysio Pereira de Atayde

Deleg. Fed. Criança- 4ª Reg.

30-Ernani Agricola

Conselho Nacional de Saúde

31-Fausto Castelo Branco

Diretor do Serviço Nacional de Lepra

32-Fausto Magalhães da Silveira

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

33-Felipe Nery Guimarães

Membro da Comissão Organizadora

34-Fernanda Elin Dias de Carvalho

Delegado Fed.criança- 2ª Reg.- Fortaleza

35-Fernando Riedy Nascimento Silva

Rep.Diretoria Saúde da Marinha

36-Fernando Seidl

Membro da Comissão Organizadora

37-Flamarion A. Costa

Diretor da D.P.S. - DNCr.

38-Francisco Badaró Jr.

Diretor Geral do D.N.Cr.

39-Geraldo Francisco Maldonado

Representante da D.G. de Saúde do Exército

40-Gilberto da Costa Carvalho

Delegado Fed.Saúde da 5ª Reg. - Recife

41-Gilson dos Santos Moreira

Secretário de Saúde do Acre

42-Hélio Helbert Dos Santos

Secretário Saúde-R.G.Sul

- 43- Hélio Sebastião de Martino**
Subs. Diretor Instituto Fernandes Figueira
- 44- Hermes Affonso Bartholomeu**
Membro da Comissão Organizadora
- 45- Hermes Rodrigues Alcântara**
Secretário de Saúde de Minas Gerai.
- 46- Hyder Corrêa Lima**
Delegado Fed.Saúde - 4ª Reg.-Fortaleza
- 47- Ibgatto Falcão**
Secretário de Saúde de Alagoas
- 48- Isaías Ferreira Paim**
Diretor Hospital Neuro Sífilis -SNDM
- 49- Isaías Silva**
Secretário de Saúde da Paraíba
- 50- Jacy Netto de Campos**
Secretário de Saúde de Goiás
- 51- João Ferreira Lima Filho**
Secretário de Saúde- Pernambuco.
- 52- Joaquim Travassos da Rosa**
Diretor do Instituto Oswaldo Cruz
- 53- José Alberto de Oliveira Bastos**
Delegado Fed. Saúde - 6ª Reg. - Salvador
- 54- José Aluísio de Castro**
Membro da Comissão Organizadora
- 55- José Ribeiro Quadros**
Secretário de Saúde do Maranhão
- 56- José Simplício da Rocha Filho**
Diretor Hospital Gustavo Riedel-CPN- SNDM
- 57- Kestern Wilson Sefton Neto**
Delegado Fed. Saúde- 7ª Reg.- P. Alegre

- 58- Landislau Salles**
Secretário de Saúde de Minas Gerais
- 59- Lincoln de Freitas Filho**
Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública
- 60- Lucilo Urrutigaray**
Rep. Diretoria Saúde Aeronáutica - (CNS)
- 61- Luiz Mota Granja**
Diretor Hospital Neuro-Psiquiatria Infantil - CPN - SNDM
- 62- Manoel Isnard Teixeira**
Repr. do Diretor Geral do D.N.S.
- 63- Manoel de Sousa Vargas**
Representante do Delegado Fed.Saúde- 8ª Reg.- MT
- 64- Mário de Medeiros Barbosa**
Diretor Divisão de Saúde - Amapá
- 65- Mário Magalhães da Silveira**
Membro da Comissão Organizadora
- 66- Mario Pinotti**
Conselho Nacional de Saúde
- 67- Menandro da Rocha Novaes**
Secretário Executivo Grupo Planejamento M.S.
- 68- Moacyr Santos Silva**
Diretor do Serviço Nacional do Câncer
- 69- Nelson Chaves**
C.N.S.
- 70- Nelson Jardim**
Delegado Fed.Criança - 7ª Reg. - M.Gerais
- 71- Nelson Luiz de Araújo Moraes**
Assist. Sup. da F/SESP (C.N.S.)
- 72- Nilson dos Santos de Freitas Guimarães**
Membro da Comissão Organizadora

- 73- Nisomar Pinheiro Azevedo**
Secretário Geral Soc. Bras. Higiene
- 74- Odair Behn Franco**
Membro da Comissão Organizadora
- 75- Orestes Dinis**
Diretor da Divisão de Organização Hospitalar
- 76- Oswaldo Moraes Andrade**
Diretor Inst. Psiquiátrico do CNP - SNDM
- 77- Pedro Borges**
Presidente da Comissão Nacional de Alimentação
- 78- Pedro Vallinoto**
Secretário Saúde do Pará
- 79- Platino Amaro Duarte Neto**
Chefe Setor Saúde SPVER - Fronteira Sudoeste
- 80- Raymundo de Brito**
Secretário de Saúde do Estado da Guanabara
- 81- Renato Caetano Silva**
Diretor Regional Saúde F/SESP
- 82- Rodrigo Ulysses de Carvalho**
Diretor do M. Judiciário do SNDM
- 83- Roland Leão Castello**
Diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais
- 84- Salomão Moyses Levy**
Delegado Fed. Criança –1ª Região
- 85- Silvia Hasselmenn**
Subs. Diretor do D.O.S.
- 86- Ubirajara Ribeiro de Oliveira**
Eng. Sanitarista
- 87- Vega Senha Jeronymo**
Rep. Secretário de Saúde de Brasília

88- Waldemar Bessa

Rep.Diretor do S.N. Tuberculose

89- Walter Dantas C. de Góes

Delegado Fed.Saúde - 2ª Reg. - Manaus

90- Walter Silva

Diretor do Serviço Nacional de Educação Sanitária

91- Wanda C. Garcia

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

92- Washington Loyello

Diretor do Centro Psiquiátrico Nacional - SNDM

93- Wilson José Simplicio

Diretor do Hospital Pedro II - SNDM

94- Wilson da Mota Silveira

Coord.Serv.Saúde- Norte - F/SESP

95- Woodrow Pimentel Pantoja

Membro da Comissão Organizadora

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISCURSO DO MINISTRO DA SAÚDE, DEPUTADO WILSON FADUL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 2 - Utilização apropriada dos modernos conhecimentos científicos, ao alcance dos países subdesenvolvidos, com o objetivo de acelerar o declínio de mortalidade geral.
- 3 - Integração nos programas de saúde no plano geral de desenvolvimento econômico, com o máximo de aproveitamento dos recursos disponíveis.
- 4 - Fomento ao estudo dos problemas peculiares ao nosso meio, com incentivo à pesquisa visando à correta solução.
- 5 - Estímulo à formação de pessoal técnico que atenda à efetiva demanda dos programas assistenciais.
- 6 - Fortalecimento da indústria farmacêutica estatal, objetivando o aumento da produção de agentes químicos-profiláticos necessários ao tratamento das grandes endemias que prevalecem entre as camadas mais pobres da população.
- 7 - Intensificação do sistema de planejamento para todas as atividades, de maneira a assegurar maior rendimento do instrumental médico-assistencial existente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Excelentíssimo Senhor Presidente da República:

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

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

Exmo. Sr. Ministro da Saúde:

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

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

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

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

9 a 15 de dezembro de 1963

TEMA A

Situação Sanitária da População Brasileira

Apreciação Geral do Problema

Roteiro:

- 1.0.0.0 **Considerações Preliminares**
- 1.1.0.0 O Ministério da Saúde e o Plano Trienal
- 1.2.0.0 A 3ª Conferência Nacional de Saúde
- 1.3.0.0 Importância do Tema
- 1.4.0.0 Saúde e Desenvolvimento Econômico (breve notícia)
- 1.4.1.0 A Tese
- 1.4.2.0 Alguns Aspectos do Subdesenvolvimento
- 1.4.3.0 O Brasil como país subdesenvolvido
- 1.4.3.1 Indicadores Selecionados
- 1.4.3.2 Renda “Per Capita”
- 1.4.3.3 Taxa de Urbanização
- 1.4.3.4 População Econômica Ativa por Setor de Atividade
- 1.4.3.5 Alfabetização
- 1.4.3.6 Outros
- 1.4.3.7 Níveis de Saúde (alguns aspectos)

- 2.0.0.0 **Situação Sanitária da População Brasileira**
- 2.1.0.0 Introdução
- 2.2.0.0 O Quadro Nosológico
- 2.2.1.0.0 Generalidades
- 2.2.2.0.0 Doenças de Massa
- 2.2.2.0.1 Malária

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

- 2.2.3.0.0 Doenças Pestilenciais
- 2.2.3.0.1 Varíola
- 2.2.3.0.2 Peste
- 2.2.3.0.3 Febre Amarela

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

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

- 2.2.6.0.0 Influência da investigação dos órgãos de pesquisa do M.S. para o conhecimento da nosologia brasileira.

- 2.3.0.0 O Saneamento do Meio
- 2.3.1.0 Água (abastecimento público)
- 2.3.2.0 Esgotos Sanitários

- 2.4.0.0 Recursos -Sanitários
- 2.4.1.0 Instituições hospitalares e serviços oficiais de Saúde Pública
- 2.4.2.0 Pessoal Médico e Para-Médico
- 2.4.3.0 Produtos Profiláticos e Terapêuticos

- 3.0.0.0 **Apreciação Geral do Problema**
- 3.1.0.0 Considerações Gerais

- 3.2.0.0. Os dados Estatísticos
- 3.3.0.0. Evolução do Nível de Saúde no Brasil (alguns aspectos)
 - 3.3.1.0. Mortalidade Geral
 - 3.3.2.0. Mortalidade Infantil
 - 3.3.3.0. Mortalidade por Doenças Transmissíveis

- 3.4.0.0. Conclusões

SITUAÇÃO SANITÁRIA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Apreciação Geral do Problema

1.0.0.0 – Considerações Preliminares

1.1.0.0 – O Ministério da Saúde e o Plano Trienal

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

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

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

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

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

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

resolveu o Sr. Ministro da Saúde propor ao Exmo. Sr. Presidente da República a convocação desta 3ª Conferência Nacional de Saúde, instrumento hábil para o desempenho da magna tarefa colimada, muito embora ainda não tenham sido superadas, de todo, as deficiências mais significativas no que diz respeito ao levantamento de informações e persistam outros óbices de monta.

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

1.2.0.0 – A 3ª Conferência Nacional de Saúde

As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, devendo ser convocadas com intervalos máximos de 2 anos, de acordo com o parágrafo único do Art. 90 do referido diploma legal.

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

Reconhecido o êxito das Conferências anteriores, que forneceram contribuição valiosa para o equacionamento e solução dos problemas sanitários em nosso país, justifica-se, plenamente, a realização desta 3ª Conferência Nacional de Saúde, com o que se dará cumprimento a dispositivo legal em vigor e, mais que tudo, atender-se-á a duas finalidades principais, de acordo com o pensamento do Sr. Ministro da Saúde, vasado na “Exposição de Motivos” responsável pela convocação deste conclave.

1) “Análise realista das dificuldades, erros e vitórias consignadas na luta contra os males que afligem a população brasileira”, consubstanciando o exame geral da situação sanitária nacional e,

2) Elaboração do PLANO NACIONAL DE SAÚDE, baseado nos subsídios fornecidos pelo item anterior, em consonância com as recomendações do XV Congresso Brasileiro de Higiene (Recife - 9/15 de dezembro de 1962) e os princípios enunciados no Plano Trienal.

1.3.0.0 – Importância do tema “Situação Sanitária da População Brasileira. Apreciação Geral do Problema”

O presente trabalho versa sobre o tema “SITUAÇÃO SANITÁRIA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA - APRECIÇÃO GERAL DO PROBLEMA”, um dos componentes do temário oficial da 3ª Conferência Nacional de Saúde.

Juntamente com os temas referentes a distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos diversos níveis e municipalização dos serviços de saúde, pretende fornecer parte dos elementos básicos para a fixação do Plano Nacional de Saúde, assunto que completa o temário oficial e que constitui, em última análise, o objetivo mais importante da 3ª Conferência Nacional de Saúde, conforme ficou referido.

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

1.4.0.0 – Saúde e Desenvolvimento Econômico (Breve Notícia)

1.4.1.0 - A Tese

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

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

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

níveis de vida das comunidades, dos quais a saúde é um dos componentes.

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

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

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

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

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

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

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

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

“A reforma do sistema agrário do país, com o imediato aumento da área de cultivo destinada a produção de subsistências para o consumo interno”;

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

c) Quanto ao TEMA II - Item B - PROBLEMAS MÉDICO-SANITÁRIOS DE ÁREAS SUBDESENVOLVIDAS:

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

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

“Concomitantemente, deverá ser incentivado o desenvolvimento industrial que absorverá o excesso da mão-de-obra agrícola e promoverá o aumento de produção dos bens de consumo, inclusive dos produtos agrícolas com a consequente elevação do nível de vida de todas as classes de baixo padrão atual”.

“A energia elétrica de qualquer fonte é considerada como muito importante, inclusive nas áreas rurais, assim como qualquer meio físico que possa ir substituindo, progressivamente, a energia muscular. Espera-se, assim, que, com o aumento da riqueza per capita enriquecer-se-á também a nação, que poderá prestar melhores serviços aos seus filhos, os quais, por seu lado, também poderão comprar saúde e outros bens”. (4)

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

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

1.4.2.0 — Alguns aspectos do subdesenvolvimento

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

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

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

O último grupo - o dos países subdesenvolvidos - abrange aproximadamente 3/4 partes da população mundial. De certa forma, é o mundo da fome, da miséria, do analfabetismo, da doença, contrastando, fortemente, com a riqueza, a fartura e o bem-estar das populações que constituem o grupo dos países economicamente desenvolvidos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4.3.0 — O Brasil como país subdesenvolvido

1.4.3.1 — Indicadores selecionados

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

Sua análise em relação ao Brasil, embora feita sem qualquer pretensão de profundidade o que não comportaria, aliás, a natureza do presente trabalho, permitirá, talvez, uma visão mais nítida de aspectos importantes da realidade sócio-econômica nacional, o que justifica o registro.

1.4.3.2 — Renda per capita

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

Os países subdesenvolvidos, entre os quais se inclui o Brasil, apresentam as mais baixas rendas “per capita” e, deixando de lado outros fatores

QUADRO Nº 1

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

(X) Estabelecimentos com mais de 5 empregados

QUADRO Nº 2

	I					II		III			IV		V			VI				
	HAITI	GUATEMALA	HONDURAS	R. DOMINICANA	NICARÁGUA	EL SALVADOR	PARAGUAI	BOLÍVIA	PERU	EQUADOR	COLOMBIA	BRASIL	MÉXICO	PANAMÁ	COSTARICA	VENEZUELA	CUBA	CHILE	URUGUAI	ARGENTINA
RENDA PER CAPITA	64	160	150	160	129	150	140	75	120	150	250	230	220	250	181	540	310	360	440	460
ENERGIA PER CAPITA	0,03	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,03	0,16	0,33	0,14	0,47	0,35	0,65	0,36	0,32	1,65	0,62	0,98	0,78	0,90
CONSUMO DE CIMENTO	19	33	22	113	42	49	10	15	97	49	107	62	85	157	78	270	125	130	166	131
CONSUMO DE PAPEL DE JORNAL	0,1	0,6	0,3	0,4	0,6	1,0	0,2	0,6	1,1	1,1	1,3	1,6	2,2	3,6	1,8	2,0	4,8	4,2	6,5	7,8
CONSUMO DE CALORIAS	---	---	---	---	---	---	---	---	2080	---	---	2360	2270	---	---	2280	---	2490	2510	2540
% DE OCUPAÇÃO AGRÍCOLA EM FORÇA DE TRABALHO	83,2	79,4	93,1	69,6	67,7	63,2	53,8	49,4	62,5	53,2	53,9	50,5	57,8	49,8	54,7	41,3	41,5	29,6	21,7	25,2
POPULAÇÃO URBANA	17	30	25	28	37	35	35	37	41	39	48	37	50	47	36	61	55	66	81	68
% DE OCUPADOS NOS NÍVEIS MÉDIOS E ALTOS EM GERAL	3,0	7,7	4,5	---	---	10,5	14,2	7,6	---	10,5	21,9	15,2	16,9	15,2	22,3	18,2	21,7	21,4	33,0	35,9
% DE OCUPADOS NOS NÍVEIS MÉDIOS E ALTOS (SETOR PRIMÁRIO)	1,4	2,7	0,7	---	---	2,0	3,8	1,0	---	1,5	17,0	3,1	6,5	1,1	15,0	4,8	1,4	2,3	31,0	29,7
% DE OCUPADOS NO SETOR SECUNDÁRIO E TERCIÁRIO	5,9	15,7	7,2	---	---	20,4	21,9	13,3	---	29,2	24,2	19,3	---	24,9	26,9	33,8	30,4	42,1	---	39,7
% DE OCUPADOS NA INDÚSTRIA	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
PROPRIAMENTE DITA(X)	18	38	22	37	19	42	22	26	30	15	30	52	56	43	43	64	51	49	55	59
% DE ANALFABETISMO	89	71	65	57	62	61	34	68	53	44	38	51	43	30	21	48	22	20	15	14
% DE MATRÍCULAS NO ENSINO PRIMÁRIO	24,7	26,7	31,6	60,0	36,3	40,6	62,6	39,7	45,0	50,0	39,2	39,6	50,9	59,0	59,6	43,3	53,0	61,5	58,7	68,6
% DE MATRÍCULAS NO ENSINO MÉDIO	1,7	2,2	2,3	2,8	2,8	4,0	4,3	5,3	5,2	4,9	4,6	5,4	3,3	12,6	10,0	3,5	4,6	10,0	12,7	20,3
% DE MATRÍCULAS EM UNIVERSIDADES POR 10.000 HABITANTES	2,4	10,2	6,4	12,3	8,5	7,3	21,9	13,9	17,6	16,1	11,0	13,1	21,7	27,6	22,3	14,8	35,8	37,4	45,3	74,6
% DE TIRAGEM DE JORNAIS	0,3	2,2	2,5	2,9	9,0	4,3	3,7	3,4	7,6	5,4	5,9	6,3	---	12,4	9,2	10,2	12,9	12,8	18,0	18,1
% DE APARELHOS DE RÁDIO	0,6	1,1	2,4	3,4	2,6	1,6	6,3	6,1	10,5	3,0	21,7	7,6	8,7	13,1	7,0	12,2	15,5	9,6	26,1	16,5
% DE LUGARES EM CINEMA	0,2	1,9	2,0	1,3	4,2	1,7	1,3	1,0	1,4	3,0	3,4	3,0	5,1	5,0	5,4	6,1	6,8	5,1	3,9	4,9
MÉDICOS POR 100.000 HABITANTES	9	17	15	20	32	17	46	25	22	26	36	33	42	30	36	53	100	56	91	128
Nº DE HABITANTES POR LEITO HOSPITAL	1500	660	750	390	510	480	615	565	495	490	380	320	875	245	200	290	300	185	175	250
% NATALIDADE	48	46	43	50	47	45	45	43	45	43	45	45	43	42	44	43	33	38	25	25
% MORTALIDADE	25	25	20	22	21	22	19	21	23	20	19	21	17	20	16	20	15	15	10	10
% ESTRANGEIROS	0,61	0,08	2,40	1,62	0,96	1,04	4,08	1,31	---	0,73	0,44	2,34	0,71	6,22	4,15	4,15	3,95	1,75	18,0	15,33
% ÍNDIOS E NEGROS	95	54	12	15	15	10/20	4	65/75	50,64	80,40	10	11	20/30	25	---	15	12,4	0	0	0

(X) Estabelecimentos com mais de 5 empregados

ligados à questão, pode-se dizer que as rendas débeis traduzem, em última análise, pobreza das populações, tornando-lhes difícil o acesso a bens e serviços adquiríveis de natureza extra-subsistencial, tal como saúde — “um bem que se compra”.

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

TABELA I

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

PAÍSES	CLASSIFICAÇÃO DO PAÍS	RENDA NACIONAL “PER CAPITA” (US\$)
E.U.A.	Desenvolvido	2.460
Canadá	Desenvolvido	1.680
Austrália	Desenvolvido	1.280
Inglaterra	Desenvolvido com recursos naturais aproveitados cabalmente	1.145
Venezuela	Intermediário	730
Uruguai	Intermediário	545
Itália	Intermediário mas culturalmente desenvolvido com recursos naturais aproveitados cabalmente	395
Argentina	Idem, Idem	375
Colômbia	Subdesenvolvido	298
Brasil	Subdesenvolvido	260
México	Subdesenvolvido	240
Peru	Subdesenvolvido	170

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

TABELA II

**DISTRIBUIÇÃO DA RENDA “PER CAPITA” NO BRASIL
1950 e 1960**

REGIÕES	RENDA “PER CAPITA”			
	Valor em Cruzeiros (preços correntes)		Valor em Dólares (oficial)	
	1950	1960	1950	1960
Norte	2.688,84	16.264,30	149,38	162,64
Nordeste	1.984,44	12.996,20	110,25	129,96
Leste	4.243,08	26.237,90	235,73	262,38
Sul	6.248,15	39.080,20	347,12	390,80
Centro Oeste	2.471,51	15.896,41	137,31	158,96
Brasil	4.162,00	27.005,30	231,22	261,00

Fonte(8)

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

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

1.4.3.3 — Taxa de urbanização

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

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

Fonte: Diversos

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

TABELA III-A

VARIAÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO RURAL E URBANA, POR
REGIÕES FISIAGRÁFICAS, NO BRASIL
1940 - 1950 - 1960

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

Fonte(10)

1.4.3.4 – População economicamente ativa por setor de atividade

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

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

TABELA IV

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

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

Fonte: (11)

1.4.3.5 – Alfabetização

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

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

TABELA V

PERCENTUAL DE ALFABETIZADOS (POPULAÇÃO DE 10 ANOS E MAIS)
E RENDA “PER CAPITA” NO BRASIL E OUTROS PAÍSES AMERICANOS
1950

PAÍSES	RENDA “PER CAPITA” (US\$)	% DA POPULAÇÃO ALFABETIZAÇÃO
Haiti	-100	10,4
Bolívia	-100	32,1
Nicarágua	100-150	38,4
República Dominicana	150-200	42,9
Brasil	150-200	49,4
México	250-300	62,0
Chile	300-350	80,1
Argentina	+400	86,4
E.U.A.	+2000	97,5

Fonte: Diversos

1.4.3.6 – Outros

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

1.4.3.7 – Níveis de saúde (alguns aspectos)

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

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

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

TABELA VI

ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER, EM DIVERSOS PAÍSES
1949 - 1959

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

Nos países americanos, pode ser entrevista a mesma correlação, ao exame da Tabela VII, mostrando os países de melhores condições sócio-econômicas - E.U.A., Canadá, Argentina, Uruguai - com as mais altas médias, ao passo que os índices mais fracos correspondem aos países caracteristicamente subdesenvolvidos, tais como a Guatemala, República Dominicana, Equador, Bolívia. Mostra-se fraca, também, a esperança de vida ao nascer relativa ao Brasil.

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

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

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

TABELA VII

Esperança de vida ao nascer, razão de mortalidade proporcional e coeficientes de mortalidade geral (por 1000 habitantes), mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos) e mortalidade por doenças transmissíveis (por 100 000 habitantes), em alguns países das Américas.

1950 – 1961

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

Notas:

- (1) Estimativas baseadas em estudos da CELAPE.
 (2) Excluídos óbitos por gripe.
 (3) Coeficientes e razão mortalidade proporcional para o Estado da Guanabara

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

TABELA VIII

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

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

Notas:

(1) População estimada para 1961.

(2) Excluídos óbitos por gripe.

a - 1949/51

b - 1955

c - 1956

d - 1956/1957

e-1957

f-1958

g-1959

h-1960

TABELA IX

COEFICIENTE DE MORTALIDADE GERAL (POR 1.000 HABITANTES) EM
ALGUNS PAÍSES
1940-1950

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

Fonte: (14)

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

As Tabelas VII e VIII focalizam, também, os coeficientes de mortalidade infantil e mais dois outros indicadores de saúde - razão de mortalidade proporcional e coeficientes de mortalidade por doenças transmissíveis - permitindo observar a correlação que evidenciam os seus valores com estágio de desenvolvimento sócio-econômico dos países e cidades relacionados. O indicador de mortalidade proporcional (Swaroop Uemura) corresponde ao percentual de óbitos de pessoas de 50 e mais anos em relação ao total e seus valores estão em

razão direta com o nível de saúde da população examinada. O coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis (total de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias por 100.000 habitantes) "serve como bom indicador porque, podendo a maioria das doenças em apreço ser evitada, alta mortalidade por doenças transmissíveis significa, quase sempre, baixo nível geral de saúde e precário padrão de vida". (13)

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

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

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

TABELA X

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

PAÍSES	ANOS	GRUPOS DE CAUSAS DE MORTE, POR 100.000 HABITANTES						
		Doenças infec. e parasit.	Neoplasias	Doenças do ap. circulatório	Doenças do ap. respiratório	Doenças doap. digestivo	Todas as outras causas	Total de óbitos
E.U.A	1949	39,8	141,7	447,9	35,0	24,9	274,5	963,8
	1957	14,1	150,2	481,8	37,6	28,0	238,2	949,9
CANADÁ	1950	36,9	129,8	382,2	44,4	28,0	281,6	902,9
	1958	10,8	129,6	365,9	39,9	23,2	223,8	993,2
ITÁLIA	1950	68,9	112,9	331,3	106,1	88,4	264,7	972,3
	1958	34,5	143,3	405,6	86,6	50,5	277,3	997,8
JAPÃO	1950	202,6	83,1	184,2	88,4	121,1	412,2	1.091,6
	1958	54,0	100,3	228,0	44,6	52,8	265,3	745,0
CEILÃO	1949	195,3	13,9	64,1	144,3	87,4	692,0	1.197,0
	1957	93,8	18,7	75,7	89,2	53,5	657,2	988,0
MÉXICO	1956	173,5	36,4	96,7	183,2	219,2	498,6	1.207,4
ARGENTINA	1956	34,3	124,7	226,7	39,8	23,9	366,5	815,9
BRASIL	1950	287,2	85,2	254,7	134,4	234,2	399,3	1.395,0
	1959	142,9	94,6	234,1	96,1	166,2	342,2	1.086,1

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

TABELA XI

ÓBITO POR GRUPOS DE CAUSAS EM ALGUMAS CAPITAIS BRASILEIRAS
(COEFICIENTES POR 100.000 HABITANTES)

1940, 1950 E 1969

CAPITAIS	ANOS	GRUPOS DE CAUSAS DE MORTE, POR 100.000 HABITANTES						
		Doenças infec. e parasit.	Neoplasias	Doenças do ap. circulatório	Doenças do ap. respiratório	Doenças doap. digestivo	Todas as outras causas	Total de óbitos
BELÉM	1940	978,0	47,5	212,7	216,2	472,6	333,3	2.260,0
	1950	2.451,5	42,7	185,2	148,2	306,3	336,1	1.470,0
	1959	196,7	50,3	121,1	142,3	217,1	348,1	1.111,6
FORTALEZA	1940	514,5	30,6	261,2	155,0	890,6	248,7	2.100,6
	1950	439,3	25,9	205,2	101,5	840,0	876,2	2.488,1
	1959	406,8	32,4	184,8	53,1	434,2	634,7	1.746,0
RECIFE	1940	820,6	70,8	300,0	314,2	675,4	709,2	2.890,2
	1950	586,2	64,2	134,9	300,7	441,4	824,7	2.352,1
	1959	287,7	63,6	161,4	188,2	332,5	670,1	1.703,5
SALVADOR	1940	851,8	59,3	356,0	295,1	425,6	592,2	2.580,0
	1950	461,8	65,2	275,1	216,9	363,0	520,5	1.902,5
	1959	251,6	64,3	233,6	139,6	300,5	388,0	1.902,5
BELO HORIZONTE	1940	487,0	75,8	285,4	220,8	411,7	487,4	1.968,1
	1950	298,0	86,5	295,3	90,2	245,0	432,6	1.447,6
	1959	158,0	94,0	261,7	131,1	366,3	346,5	1.236,5
RIO DE JANEIRO	1940	503,2	72,0	298,9	247,9	289,4	385,9	1.770,3
	1950	287,7	84,4	274,9	140,5	274,9	340,2	1.302,1
	1959	136,3	103,2	311,4	87,4	136,3	288,6	1.063,2
SÃO PAULO	1940	248,5	90,5	212,4	184,4	256,9	297,7	1.290,4
	1950	133,3	98,6	257,8	85,6	148,7	289,1	1.013,1
	1959	52,7	104,8	225,8	73,6	81,4	260,4	798,7
PORTO ALEGRE	1940	534,5	110,6	292,4	278,4	376,5	427,6	2.020,0
	1950	338,8	131,5	292,7	112,8	185,8	357,0	1.418,6
	1959	157,1	139,2	208,3	78,3	125,3	406,2	1.114,4
TOTALDE ÓBITOS NAS 8 CAPITAIS	1940	498,9	76,2	271,3	233,4	360,6	378,7	1.827,5
	1950	287,2	85,2	254,7	134,4	234,2	399,3	1.395,0
	1959	142,9	94,6	234,1	96,1	166,2	342,2	1.086,1

Uma ou outra cifra que pareça destoar, quanto a um ou outro dos indicadores, face a correlação estabelecida, não implica, necessariamente, em invalidar os fundamentos sobre os quais se assenta. "Nada de estranho existe, por motivo de não se mostrarem todos os valores rigidamente conforme a associação admitida, porque, isto mesmo, é o aspecto das variações estatísticas, que devem, essencialmente, ser apreciadas pelo conjunto de dados". (15)

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

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

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

2.0.0.0 — Situação sanitária da população brasileira

2.1.0.0 — Considerações gerais

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

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

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

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

2.2.0.0 — O Quadro Nosológico

2.2.1.0.0 — Generalidades

O quadro nosológico da população brasileira mostra nítida predominância das doenças transmissíveis, as quais, no Brasil, assumem o aspecto típico das doenças de massa, acometendo extensamente, em caráter endêmico, número avultado de pessoas, evidenciando a influência dos baixos níveis de vida que gravam a maioria das coletividades brasileiras.

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

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

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

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

2.2.2.0.0 — Doenças de massa

2.2.2.0.1 — Malária

A atual Campanha de Controle e Erradicação da Malária foi instituída pelo Decreto 43.174, de 4/2/1958, alterada pelo Decreto 50.925, de 7/7/1961.

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

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

b) A extraordinária projeção da malária nas preocupações sanitárias do mundo.

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

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

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

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

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

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

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

Na maioria das investigações, o P. vivax tem sido a espécie mais encontrada e frequente. Na Amazônia, todavia, observou-se completa inversão dessa fórmula parasitária, passando o P. falciparum a aparecer predominantemente. Como ilustração, vale dizer que, em 1960, na Amazônia, a frequência de P. falciparum mantinha-se em torno de 15,8% para atingir 83,25% em 1961. Esse índice desceu para 64,64% em 1962, para atingir níveis mais baixos (62,30%), no primeiro trimestre de 1963.

A transmissão da malária no Brasil é feita, principalmente, através de 5 espécies:

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

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

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

TABELA XII

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

ESTADOS E TERRITÓRIOS	ANOS					
	1956	1957	1958	1959	1960	1961
Rondônia	244	325	695	1.259	1.412	1.070
Acre	38	17	6	8	4	--
Amazonas	99	42	240	411	380	29
Rio Branco	166	59	27	31	59	47
Pará	255	614	2.361	3.359	1.149	580
Amapá	254	588	1.524	1.482	1.138	1.540
Maranhão	5.757	6.102	6.468	19.042	15.020	15.089
Piauí	2.170	2.684	1.653	4.083	5.798	4.950
Ceará	366	561	114	--	--	--
Rio Grande do Norte	167	109	98	--	--	--
Paraíba	574	555	735	228	--	--
Pernambuco	36	356	4	--	--	4
Alagoas	80	184	91	--	--	--
Sergipe	166	164	87	--	9	--
Bahia	125	206	173	156	148	192
Minas Gerais	602	1.047	1.417	902	741	1.473
Espírito Santo	38	98	234	278	272	1.016
Rio de Janeiro	116	171	178	213	774	921
Guanabara	--	17	24	20	54	83
São Paulo	38	81	34	105	39	--
Paraná	782	631	552	1.081	1.325	1.677
Santa Catarina	3.156	2.446	4.722	7.607	6.460	9.496
Rio Grande do Sul	1	15	6	4	2	--
Mato Grosso	433	346	394	565	887	945
Goiás	1.310	1.043	1.096	2.367	942	1.163
Brasília, D.F.					14	74
BRASIL	17.973	18.488	22.906	42.661	36.627	40.349

Fonte: S.F.Be.

(x) Distrito Federal até 21 de abril de 1960

Em 1962, essas borrifações beneficiavam 3.310.924 prédios, cobrindo uma área de cerca de 2.860.000 km², beneficiando diretamente uma população de 8.317.433 habitantes.

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

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

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

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

O término da Campanha coincidirá com a chamada fase de manutenção, que será cumprida por autoridades sanitárias federais, estaduais e municipais, convocadas para somar esforços que impeçam a reintrodução da endemia em território do país. Por se tratar de prazo ainda remoto, não cuidou ainda a Campanha de fixar diretrizes que regulem solidamente o assunto. Em todo caso, de muita utilidade será uma legislação sobre malária, mais atualizada e vigorosa, que venha substituir lacunas do Decreto 3.672, de 01/10/41. Se bem orientada, e mais em conformidade com a filosofia da Campanha, essa legislação poderá simplificar o trabalho das atividades pela convocação do povo, de cuja participação tanto depende o sucesso de um programa sanitário tão complexo e profundo.

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

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

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

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

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

Todavia, em 1961, no estudo rotineiro das amostras de sal cloroquinado, verificou-se que a dispersão não era perfeita e que se processava uma lixiviação da cloroquina, fenômeno conhecido pela denominação de "leading out", comprometendo o método. Amostras de sal cloroquinado, tomadas no comércio e nas residências de áreas urbanas e rurais da Amazônia, foram examinadas, constatando-se que somente 51% das amostras continham cloroquina e, destas, só 10,5% apresentaram concentração dentro da faixa considerada necessária à eficiência do Produto. Também ficou evidente que havia provável fornecimento de sal sem cloroquina, por parte do comércio, afetando áreas diversas. Patenteou-se, igualmente, que a cloroquina empresta ao sal gosto próprio, motivo de muitas recusas ao seu uso.

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

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

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

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

2.2.2.0.2 — Tuberculose

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

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

Há pleno acordo em atribuir, na maior parte, a ação dos modernos quimioterápicos, empregados na terapêutica da tuberculose, o acentuado declínio evidenciado no Gráfico n° 1.

Quanto à estabilização, a partir de 1953, da mortalidade por tuberculose, em torno de 80 por 100.000 habitantes, taxa ainda muito elevada, se levados em consideração os coeficientes apresentados pelos países desenvolvidos (Tabela XIII), deve-se mui provavelmente, ao incremento constante do custo de vida, em função do processo inflacionário ainda não contido, fenômeno que se reflete, de maneira mais contundente sobre os estratos menos favorecidos das coletividades brasileiras, justamente aqueles que constituem o grupamento social por excelência vulnerável à tuberculose, os quais, nessas circunstâncias, tem agravadas suas condições de vida, já de si tão precárias.

QUADRO Nº 3

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

(Em milhões de cruzeiros)

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

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

QUADRO Nº 4**CAMPANHA DE ERRADICAÇÃO DA MALÁRIA
PROVÁVEL CUSTO DA CAMPANHA, POR ANO E POR ATIVIDADE**

(Em milhões de cruzeiros)

HISTÓRICO	1958 a 1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	TOTAL
Cargos de Chefia	224.6	175.4	188.6	185.6	180.1	167.5	101.0	77.5	33.8	1.334.1
Operações Inseticida	7.862.7	6.139.2	6.599.2	6.497.1	6.304.5	5.583.1	1.745.3	955.6	416.4	42.103.1
Operações Epidemiologia	2.770.6	2.163.2	2.325.4	2.289.5	2.221.6	2.344.9	3.033.8	2.711.9	1.181.7	21.042.6
Divulg. Sanit. e Form. Pess.	194.7	152.0	163.4	160.9	156.1	145.2	87.5	67.2	29.3	1.156.3
Transportes	1.752.3	1.368.2	1.470.6	1.447.9	1.405.0	1.306.4	787.6	604.3	263.4	10.405.7
Administ. e Abastecim.	2.171.6	1.695.6	1.822.6	1.794.4	1.741.3	1.619.1	976.0	749.0	326.3	12.895.9
Totais:	14.976.5	11.693.6	12.569.8	12.375.4	12.008.6	11.166.2	6.731.2	5.165.5	2.250.9	88.937.7

TABELA XIII

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

1959

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

(*) 1958

Fonte: Diversas

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

A Tabela XIV mostra a variação desses coeficientes, entre 1930 e 1960, nas capitais brasileiras, indicando aquela em que o problema mostra-se mais grave.

TABELA XIV**COEFICIENTES ESPECÍFICOS DE MORTALIDADE (P/ 100.000 HABITANTES)
POR TUBERCULOSE EM CAPITAIS BRASILEIRAS**

1930 a 1960

CAPITAIS	ANOS			
	1958	1959	1960	1961
MANAUS	199,3	245,7	194,8	--
BELÉM	--	512,0	269,1	108,3
SÃO LUIZ	255,4	310,0	169,3	69,3
TERESINA	43,2	302,2	320,9	64,6
FORTALEZA	206,9	270,9	214,3	--
NATAL	192,6	210,8	193,0	76,8
JOÃO PESSOA	--	301,9	240,2	--
RECIFE	579,3	420,3	287,0	96,6
MACEIÓ	--	259,6	189,3	70,3
ARACAJU	187,2	180,6	97,0	29,5
SALVADOR	431,5	483,9	290,5	117,8
VITÓRIA	469,4	569,7	412,4	120,5
NITERÓI	410,4	312,8	249,9	102,2
GUANABARA(1)	323,3	328,3	195,8	82,7
SÃO PAULO	118,9	133,3	81,3	26,0
CURUTIBA	78,6	73,0	64,8	--
FLORIANÓPOLIS	154,5	195,1	105,0	--
PORTO ALEGRE	386,8	362,7	264,1	104,1
BELO HORIZONTE	204,2	260,3	205,9	--
GOIÂNIA(2)	--	130,8	47,7	--
CUIABÁ	--	207,6	176,9	--

Fonte: (7)

(1) Distrito Federal até 21/04/1960

(2) Existente em 1930

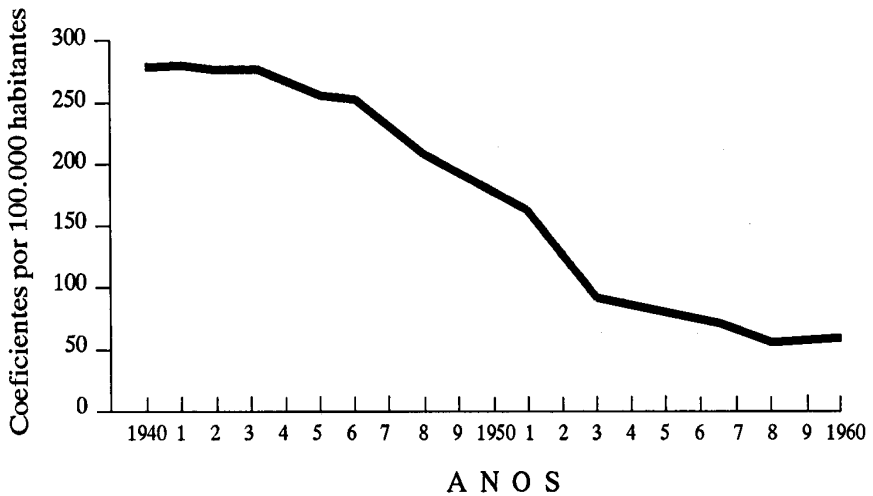
GRÁFICO Nº 1

M.S.

S.N.T.

D.N.S.

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



Os coeficientes de incidência mostram-se também significativos, mantendo-se em torno de 170 por 1.000 habitantes, indicando "que se continua a adoecer, e muito, pela marginalidade em que a população, em sua grande maioria, vive". (17)

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

Assim, estima-se em aproximadamente 500.000 o número de tuberculose existente em todo o território nacional, calculando-se que não ultrapasse a casa dos 100.000 aqueles sob controle dos serviços especializados.

O Gráfico nº 3 mostra o número e distribuição dos leitos para tuberculose, em funcionamento, nos Estados (capitais e interior), somando 25.970, número esse que corresponde ao total de leitos existentes no país, englobando, portanto, não só aqueles mantidos pelas entidades federais, como também os que estão ligados, diretamente às entidades estaduais, municipais, paraestaduais e particulares.

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

Além disso, existem ainda 1.645 leitos para tuberculose devidamente instalados mas sem a correspondente utilização, sendo 1.534 em hospitais especializados e 111 em instituições não especializadas. O fato decorre da falta de liberação das verbas destinadas a esse fim, que impediu, da mesma forma, a instalação de 1.273 leitos já projetados pelo Setor de Engenharia do SNT, assim discriminados:

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

M.S.

S.N.T.

D.N.S.

BRASIL
MORTALIDADE, INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DA
TUBERCULOSE NAS CAPITAIS BRASILEIRAS

1946 A 1959

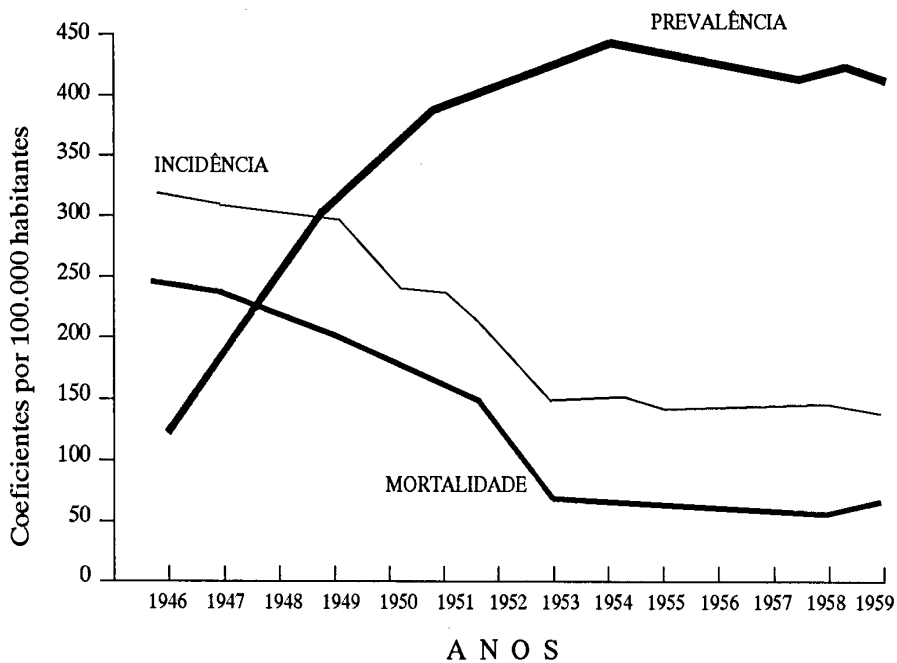


GRÁFICO Nº 3

M.S.

S.N.T.

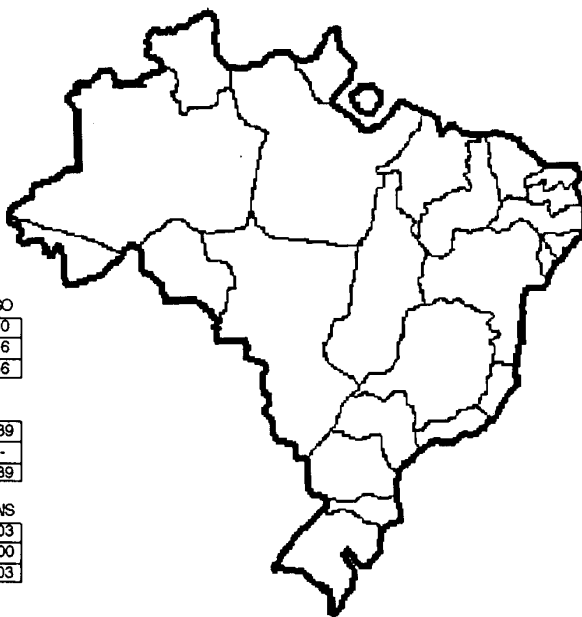
D.N.S.

BRASIL

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

1962

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



MATOGROSSO

C	40
I	16
T	56

GOIÁS

C	189
I	-
T	189

MINAS GERAIS

C	1603
I	900
T	2503

PARAÍBA

C	132
I	11
T	143

PERNAMBUCO

C	175
I	-
T	175

ALAGOAS

C	224
I	68
T	292

SERGIPE

C	120
I	-
T	120

BAHIA

C	789
I	10
T	799

ESP. SANTO

C	258
I	56
T	324

PARANÁ		STA CATARINA		R.G.DO SUL		SÃO PAULO		GUANABARA		R. DE JANEIRO	
C	341	C	177	C	1395	C	1331	C	5245	C	590
I	623	I	120	I	714	I	5595	I	-	I	1846
T	964	T	297	T	2109	T	7989	T	5245	T	2436

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

A “Campanha Nacional Contra a Tuberculose”, considerando a ação dispensarial como a base da luta anti-tuberculose, noção já devidamente firmada, orienta presentemente as suas atividades no sentido de:

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

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

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

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

M.S.

S.N.T.

D.N.S.

BRASIL

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

1962

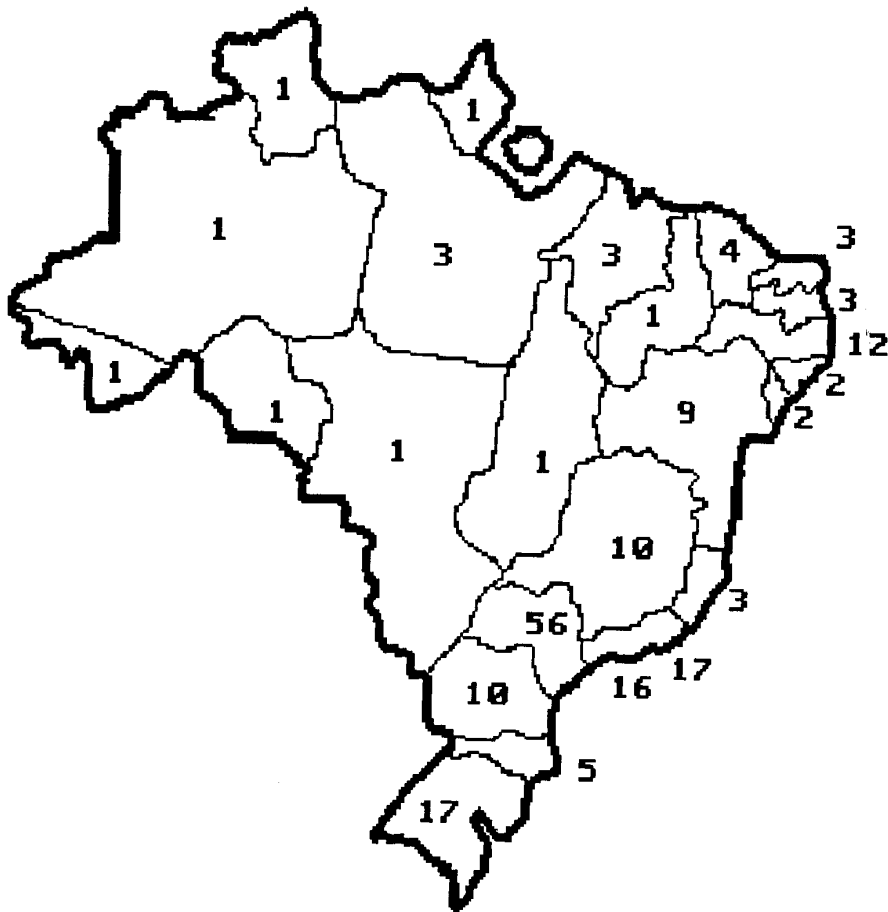


TABELA XV

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

1952/1959

ANOS	ALTAS		T.M.P.
	Nº	%	
1952	6.374	6,4	221,1
1953	8.500	8,6	307,2
1954	10.137	10,2	338,1
1955	11.686	11,8	316,5
1956	12.290	12,4	309,7
1057	15.131	15,3	312,1
1958	17.393	17,6	319,8
1959	17.399	17,7	315,6
TOTAL	98.910	100,0	310,7

Fonte (18)

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

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

As dotações orçamentárias destinadas ao SNT atingiram, no corrente exercício, ao montante de Cr\$ 2.334.610.000,00, dos quais estariam disponíveis, apenas, Cr\$ 1.323.413.000,00, em decorrência do plano de contenção de despesas do Governo Federal, o que impossibilitou as ampliações previstas no setor

dispensarial e hospitalar, determinando, assim, a não utilização, até a presente data, dos 1.645 leitos já instalados, conforme referência anterior, e impedindo a instalação dos 1.273 leitos projetados, com os quais seria atingido o número de leitos suficiente para atender a demanda atual neste setor.

2.2.2.0.3 – **Lepra**

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

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

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

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

O número de doentes de lepra conhecidos no Brasil, atingia 100.123, em 31 de dezembro de 1962. Dentre esses, encontravam-se internados em leprosários 18.231 (18,2%); em tratamento ambulatorial 56.446 (56,4%), permanecendo sem controle os restantes 25.446 (25,4%).

Estimativa dos casos teóricos faz ascender, no entanto, a 156.000 o número de hansenosos no país.

Apresentando um coeficiente médio de prevalência de 1,3 por 1.000 habitantes, o Brasil enquadra-se entre as regiões de mais alta endemicidade, em todo o mundo.

A intensidade do problema no país varia conforme a região fisiográfica observada (Tabela XVI), aparecendo a Região Norte com o mais alto coeficiente de prevalência, contrastando com o Nordeste, onde o mesmo índice não ultrapassa 0,4 por 1.000 habitantes, não havendo explicações convincentes que justifiquem a discrepância assinalada, se bem que esteja correlacionada, em parte,

aos fatores locais que, na Amazônia, dificultam os trabalhos de profilaxia especializada e a assistência médica geral aos habitantes da região (vastidão territorial, núcleos populacionais dispersos e de difícil acesso, comunicações precárias).

TABELA XVI

PREVALÊNCIA DA LEPROSA (Coeficiente por 1.000 habitantes) NAS DIFERENTES REGIÕES FISIAGRÁFICAS NO BRASIL

1962

REGIÕES	coeficientes
NORTE	3,7
NORDESTE	0,4
LESTE	1,5
SUL	1,9
CENTRO OESTE	2,6
BRASIL	1,3

Fonte: (20)

Dessa forma, comparecem com as mais elevadas taxas de prevalência (por 1.000 habitantes) os Estados do Acre, Amazonas e Pará e o Território Federal de Rondônia, cujos índices são relacionados a seguir:

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

“A organização profilática atual para o combate a endemia leprotica ainda aproveita os 36 leprocômios, 117 dispensários e 31 preventórios existentes no país, acrescidos de 1.920 Unidades de Trabalho (UT) da “Campanha Nacional Contra a Lepra” (CNCL), das quais 435 são constituídas de órgãos de saúde locais”. “A Campanha Nacional Contra a Lepra foi instituída visando ao melhor aproveitamento dos trabalhos de profilaxia da lepra no país, pois a clássica tríplice barreira profilática então existente tinha-se mostrado insatisfatória para deter a marcha da endemia”.(19)

Realmente, revelou-se pouco eficiente no combate a lepra, o antigo tripé “leprosário-preventório-dispensário”, cuja ação baseava-se, com maior ênfase, no internamento sistemático dos hansenos. Desse fracasso, no decênio 1946-1955 (8,04 em 1946 e 10,10 em 1955); o incremento constante dos índices de prevalência (0,96 por 1.000 habitantes, em 1946 e 1,17 de 1955), verificado no mesmo período e, sobretudo, a predominância absoluta de casos lepromatosos entre os doentes fichados no referido decênio, representando aqueles casos 60,7% do total, contra 18,9% de tuberculóides e apenas 20,4% de indeterminados.

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

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

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

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

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

Os primeiros resultados obtidos pela CAMPANHA, parecem ser promissores, conforme indica os dados constantes das TABELAS XVII, XVIII e XIX, os quais mostram, na área coberta pela Campanha, a maior oportunidade de diagnóstico precoce, através do maior percentual de formas indeterminadas fichadas, o incremento da contribuição do reexame de comunicantes na descoberta

de novos casos (28,12%), além da intensificação da vigilância de doentes (77,9% sob controle) e comunicantes (cerca de 60% sob controle), dados que por si só, constituem uma demonstração evidente da ação profilática por excelência dinâmica que a CAMPANHA vem desenvolvendo.

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

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

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

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

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

TABELA XVII

MODO PELO QUAL FORAM DESCOBERTOS OS 17 881 CASOS DE LEPRO
FICHADOS NA ÁREA DE AÇÃO DA C.N.C.L.
1956-1962

ANOS	Total Doentes Fichados	DESCOBERTOS POR				
		NOTIFICAÇÃO OU DENÚNCIA	REEXAMES DE COMUNICANTES	APRESENTAÇÃO EXPONTÂNEA	OUTROS MEIOS	INQUÉRITO EM COLETIVIDADE
	Nº	%	%	%	%	%
1956-1962	17.881	33,22	28,12	26,67	10,18	1,81

Fonte: (19)

TABELA XVIII

DISTRIBUIÇÃO POR FORMAS CLÍNICAS DOS DOENTES FICHADOS PELA
C.N.C.L.

1956 - 1962

ANOS	TOTAL DE FICHADOS	FORMAS CLÍNICAS						INCIDÊNCIA POR 100.000 HAB.
		LEPROMATOSA		INDETERMINADA		TUBERCULOÍDE		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
1956	611	294	48,12	195	31,91	122	19,97	12,66
1957	3.113	1.383	44,43	937	30,10	793	25,47	19,37
1958	3.267	1.386	42,42	1.091	33,39	790	24,19	12,29
1959	3.583	1.651	46,08	1.201	33,52	731	20,40	11,19
1960	3.009	1.318	43,80	1.094	36,36	597	19,84	9,05
1961	2.380	1.011	42,48	844	35,46	525	22,06	7,30
1962	1.918	874	45,57	628	32,74	416	21,69	5,43
TOTAL	17.981	7.917	44,43(+)	5.990	33,39(+)	3.974	21,69(+)	11,19(+)

(+) - MEDIANO

Fonte: (19)

TABELA XIX

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

FORMAS CLÍNICAS	Distribuição %					
	Distribuição %	Sob Vig. %	Prevalência	Distribuição %	Sob Vig. %	C/D
L	48,4	78,3	0,41	57,6	60,1	5,2
I	29,0	77,2	0,25	21,8	60,0	3,3
T	22,4	77,9	0,19	20,3	58,4	4,0
D	0,2	88,9	0,00	0,3	57,5	7,2
TOTAL Nº	30.100	77,9%	0,85	131.625	59,8%	4,4

Fonte: (19)

TABELA XX

ÁREA DE AÇÃO DA C.N.C.L., EM RELAÇÃO AO BRASIL
1962

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

2.2.2.0.4. Esquistossomose

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

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

Além disso, a moléstia é endêmica ainda em trechos de Minas Gerais e do Espírito Santo (Zona Serrana do Centro), apresentando focos isolados no Pará (Fordlândia e Quatipuru), Maranhão (Curuputu, São Bento e São Vicente Ferrer), Piauí (alguns casos na capital), Ceará (Pacoti, Redenção, Acarapé, Quixadá e Juazeiro), Rio de Janeiro (Niterói e Duas Barras), Guanabara (Jacarepaguá), São

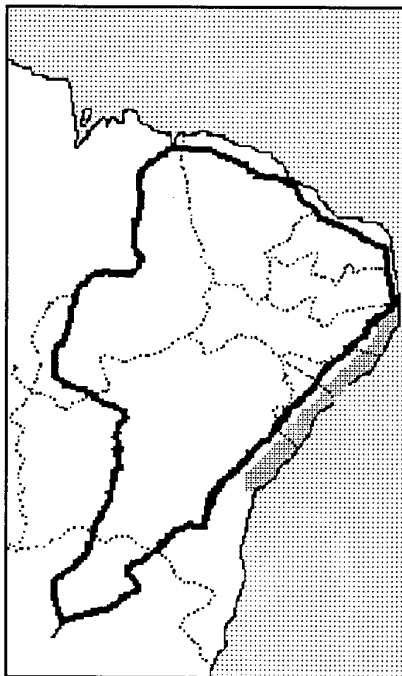
Paulo (Ipiaçu, Ourinho, Caçapava, Campinas, Itariri, Jambeiro, Pindamonhangaba, Roseira, Santos, São José dos Campos, Taubaté e Tremembé), Paraná (Curitiba, Uraí, Jacarezinho, Santo Antônio da Platina e Jataizinho), atingindo, portanto 16 unidades da federação.

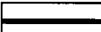
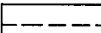
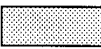
A Tabela XXI, permite entrever os elevados percentuais de infecção pelo “S.Mansonii” no Nordeste; focalizando a Tabela XXII, a extensão do problema nos diversos Estados da Federação.

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

GRÁFICO Nº 5

NORDESTE DO BRASIL



-  Polígono das secas
-  Limite estadual
-  Esquitossomose (alta endemicidade)

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

TABELA XXI

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

1957

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

Fonte: (22)

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

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

TABELA XXII

NÚMERO DE LOCALIDADES INVESTIGADAS, COM EXAMES COPROSCÓPIOS POSITIVOS PARA *S. MANSONI* E COM ÍNDICE DE POSITIVIDADE SUPERIOR A 4%, EM DIVERSOS ESTADOS DA FEDERAÇÃO BRASIL 1953 - 1954

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

Fonte: (23)

2.2.2.0.5 Doença de Chagas

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

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

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

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

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

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

A escolha das áreas endêmicas para execução do programa de expurgo se baseia nos seguintes critérios:

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

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

Revelaram índices mais elevados o “T.infestans” (43,5%) e o “P.megistus” (33,9%), seguindo-se o “T.sórdida” (9,65%), “T.brasiliensis”(8,25%) e o “T.maculata”(3,27%).

A maior área de dispersão é coberta pelo “P.magistus” seguido do “T.sórdida” e do “T.infestans”.

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

TABELA XXIII

NÚMERO DE MUNICÍPIOS COM TRIATOMÍNEOS INFECTADOS E ÍNDICE DE
INFECÇÃO NATURAL DE DIVERSOS ESTADOS DA FEDERAÇÃO
BRASIL - 1960

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

Fonte: D.N.E.Ru.

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

TABELA XXIV

PERCENTUAL DE POSITIVIDADES PARA "T. CRUZI" (VALORES MÁXIMOS) EM INQUÉRITOS SOROLÓGICOS, EM DIVERSOS ESTADOS DO BRASIL
1960

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

Fonte: D.N.E.Ru.

2.2.2.0.6 Tracoma

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

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

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

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

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

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

TABELA XXV

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

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	Nº DE MUNICÍPIOS	ÁREA (Km ²) EM 1960	POPULAÇÃO EM 1960	PREVALÊNCIA			
				PERCENTUAL DE CONTAGIOSIDADE (Tr I - Tr II - Tr III)			
				0,0% NEGATIVA	0,1%-10,0% FRACA	10,1%-30,0% MODERADA	ACIMA DE 30,0% FORTE
NORTE							
Território de Rondônia	2	243.044	70.783	--	--	1	1
Território do Acre	4	65.108	103.438	--	1	3	--
Pará	2	2.125	50.904	--	--	--	2
NORDESTE							
Maranhão	10	30.074	650.377	--	--	3	7
Piauí	48	189.241	1.099.819	--	6	26	16
Ceará	34	26.018	784.550	1	4	15	14
Rio Grande do Norte	18	20.320	360.562	--	10	8	--
Paraíba	42	36.469	1.476.280	--	19	16	7
Pernambuco	53	72.481	1.922.487	2	20	18	13
Alagoas	13	10.030	389.472	--	3	5	5
LESTE							
Sergipe	25	7.553	408.620	--	14	9	2
Bahia	46	271.993	1.156.260	--	14	20	12
Minas Gerais	40	146.981	1.501.699	10	23	5	2
Espírito Santo	11	17.297	419.851	--	2	5	4
Rio de Janeiro	1	442	243.619	1	--	--	--
SUL							
Paraná	20	22.753	970.393	--	--	12	8
Santa Catarina	25	19.340	670.200	1	12	8	4
Rio Grande do Sul	37	77.664	1.466.282	6	22	8	1
CENTRO - OESTE							
Mato Grosso	2	185.310	99.106	--	1	--	1
Goiás	45	233.335	876.959	8	22	12	3
Distrito Federal	1	5.814	141.742	--	--	--	--
NORTE	8	310.277	225.125	--	1	4	3
NORDESTE	218	384.633	6.683.547	3	62	91	62
LESTE	123	444.266	3.730.049	11	53	39	20
SUL	82	190.693	3.006.875	7	34	28	13
CENTRO-OESTE	48	424.459	1.117.807	8	23	12	4
BRASIL	479	1.754.328	14.763.403	29	173	174	102

Fonte: D.N.E.Ru.

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

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

2.2.2.0.7. **Ancilostomose**

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

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

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

TABELA XXVI**INCIDÊNCIA DE ANCILOSTOMOSE EM 20 ESTADOS DA FEDERAÇÃO - BRASIL**

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

Fonte: D.N.E.Ru.

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

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

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

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

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

2.2.2.0.8. **Leishmanioses**

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

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

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

TABELA XXVII

CALAZAR HUMANO DIAGNOSTICADO NO BRASIL

1953 – 1962

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

Fonte: D.N.E.Ru.

Nota: Não foram incluídos 36 casos diagnosticados antes de 1953

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

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

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

2.2.2.0.9. **Bouba**

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

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

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

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

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

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

2.2.2.1.0. **Filariose**

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

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

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

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

microfilaremia à nível impeditivo de transmissão.

TABELA XXVIII

LOCALIDADE COM FILARIOSE AUTÓCTONE NO BRASIL

1956

ANO	LOCALIDADES	ESTADO	Nº de pessoas examinadas	Nº de portadores de microfilaria	Índice de filariemia
1954	MANAUS	AMAZONAS	10.889	25	0,2
1951	BALÉM	PARÁ	8.529	837	9,8
1952	CAMETÁ	PARÁ	2.262	101	4,5
1953	VIGIA	PARÁ	2.369	124	5,2
1954	SOURE	PARÁ	2.067	179	6,1
1954	RECIFE	PERNAMBUCO	23.065	1.589	6,9
1952	MACEIÓ	ALAGOAS	6.052	18	0,3
1954	SALVADOR	BAHIA	20.138	79	0,4
1955	CASTRO ALVES	BAHIA	1.920	113	5,9
1957	SÃO LUIZ	MARANHÃO	8.776	51	0,6
1952	FLORIANÓPOLIS	S. CATARINA	3.663	50	1,4
1951	PONTA GROSSA	S. CATARINA	122	17	13,9
1954	BARRA (LAGUNA)	S. CATARINA	1.195	112	9,4
1954	PORTO ALEGRE	S. CATARINA	18.811	27	0,1

Fonte: (22)

Com o tratamento em massa, a prevalência da filariose em Belém caiu de 10,8% (em 1948) para 3,3% (em 1962) e em Recife de 6,9%(em 1955) para 2,8%.

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

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

2.2.2.1.1. Doenças carenciais

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

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

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

TABELA XXIX

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

1960

PAÍSES	RENDA (US\$)	CALORIAS	PROTEÍNAS ANIMAIS (gramas)
E.U.A.	2.164	3.130	68
REINO UNIDO	960	3.110	52
ITÁLIA	406	2.620	25
BRASIL	261	2.700	20
MÉXICO	234	2.330	18
EGITO	112	2.250	13
ÍNDIA	60	2.030	6

Fonte: Diversos

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

REGIÕES	Necessidades calóricas diárias "per capita"
NORTE	2.800
NORDESTE	2.800
LESTE	2.850
SUL	2.950
CENTRO OESTE	2.900
BRASIL	2.860

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

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

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

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

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

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

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

O mais frequente indício de subnutrição em 4.100 exames de adultos e crianças de mais de 5 anos de idade foi o aumento da tireóide. Isto foi observado em 21% das amostras totais e a predominância foi duas vezes tão grande em pessoas do sexo feminino quanto nas do sexo masculino. A predominância do aumento da tireóide foi observado em Natal, Catende, Itabuna, Ilhéus e Penedo, onde 1/3 ou mais das pessoas examinadas apresentavam este defeito. Taxas mais altas foram notadas em Currais Novos, Juazeiro e Areia, com valores de menos do que 4% daquelas examinadas.

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

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

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

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

- a) deficiência na produção de gêneros alimentícios;
- b) distorções ou inadequação nos sistemas de transporte, armazenagem e distribuição dos gêneros produzidos;
- c) escasso poder aquisitivo do rurícola;
- d) reduzida capacidade popular de escolha conveniente dos alimentos a serem consumidos. (26)

BÓCIO ENDÊMICO

Em 1954-1955, a prevalência do bócio foi obtida pelo exame de 866.217 escolares que representavam 18,22% das matrículas dos estabelecimentos de ensino de 1.129 municípios de 20 Estados. Assim, foi estimado em 3.900.000 o número de bociosos nas diversas áreas estudadas, e para o grupo etário de 5 a 19 anos.

As mesmas pesquisas revelaram a existência de 3 áreas bociógenas:

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

A profilaxia dessa endemia vem se fazendo crescente e sistematicamente por força do Decreto n° 39.814, de 17 de agosto de 1956, que dispõe sobre o uso do sal iodado, tornando obrigatória a todas as indústrias salineiras a iodatação de todo o sal produzido para consumo humano.

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

2.2.2.1.2. Diarréias Infecciosas

As diarréias infecciosas constituem, ainda, no país, um dos principais problemas de saúde pública, representando a causa mais importante dentre aquelas que concorrem para o obituário infantil, ocasionando em média, anualmente, de 110.000 a 140.000 óbitos de infantes em todo o país. Conforme documentado em relatório apresentado a OPAS (1961), sobre "Problemas da Criança", (27) as diarréias infecciosas constituem no Nordeste a principal causa de morte, não só entre as crianças mas também em toda a população. É assim que, no período de 1954 – 1958 os coeficientes médios de mortalidade (todas as idades) por doenças diarreicas variaram entre 418,6 e 1.039,4 por 100.000 habitantes, em quatro capitais do Nordeste (Fortaleza, Natal, João Pessoa e Recife), o que dá uma idéia da magnitude do problema naquela região.

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

"Apesar de não existirem dados suficientes para o conjunto do Brasil, estimou-se, com base nos elementos disponíveis, que tenham ocorrido no país, na década de 1950 a 1959, de 1.100.000 a 1.400.000 óbitos de infantes por diarréias infecciosas, mostrando-se, outrossim, que esse grupo de doenças constitui a principal causa de morte entre as crianças brasileiras.

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

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

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

2.2.2.1.3. Outras

HIDATIDOSE

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

Por ser zoonose dos rebanhos, hidatidose tem o seu controle na dependência dos serviços de veterinária, visto que a profilaxia da infecção hidática humana é baseada no combate à doença animal.

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

No período 1956 – 1962 foram realizadas 180.460 reações de Casoni, apresentando resultado positivo 1.953, isto é, 1,1% de positividade.

BRUCELOSE

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

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

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

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

2.2.3.0.0. Doenças Pestilenciais

2.2.3.0.1. Varíola

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

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

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

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

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

"Os países que tenham erradicado a varíola deverão adotar medidas para manter essa erradicação, seja mediante um programa permanente de imunização, seja pela aplicação combinada de medidas de isolamento e imunização, caso a enfermidade seja introduzida no país. Recomenda-se que os países submetidos a um grande risco de introdução da varíola, por exemplo, quando a enfermidade for endêmica em países vizinhos, tratem de manter um nível adequado de imunidade na população por meio de:

- a) vacinação dos novos membros da população e;
- b) revacinação periódica da população, especialmente dos setores mais expostos."

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

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

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

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

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

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

Considerando os planos-pilotos de preparo da Campanha e a sua realização propriamente dita, até 8/11/63, foram vacinadas em 9 Estados e 1 Território, 6.578.679 pessoas, de acordo com os dados recebidos até 20/11/63.

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

TABELA XXX

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

CAPITAIS	1956		1957		1958		1959		1960	
	Nº	Cf	Nº	Cf	Nº	Cf	Nº	Cf	Nº	Cf
Manaus	24	18,3	9	5,8	2	1,2	353	210,5	544	312,2
Belém	24	7,0	54	15,2	11	3,0	19	4,9	50	12,5
São Luís	15	11,0	66	46,4	180	121,8	22	14,4	—	—
Teresina	9	7,3	7	5,5	14	10,5	18	13,0	12	8,3
Fortaleza	131	31,6	69	15,7	38	8,2	140	28,8	369	72,2
Natal	1	0,7	1	0,7	—	—	11	7,1	1	0,6
João Pessoa	3	2,2	6	4,3	22	15,2	14	9,4	—	—
Recife	128	18,7	81	11,4	48	6,5	67	8,7	—	—
Maceió	73	48,7	50	32,3	23	14,4	18	10,9	53	31,3
Aracajú	17	16,9	16	15,4	8	7,4	—	—	—	—
Salvador	301	53,9	159	27,3	162	26,8	380	60,5	—	—
Vitória	5	7,0	2	2,7	7	9,0	4	4,9	12	14,2
Niterói	127	57,4	—	—	—	—	52	21,8	—	—
Guanabara	813	27,8	353	11,7	247	7,9	231	7,2	662	20,1
São Paulo	243	7,7	71	2,1	214	6,2	312	8,6	307	8,1
Curitiba	314	102,3	262	85,9	69	21,4	418	122,7	—	—
Florianópolis	39	45,4	63	70,9	2	2,2	3	3,2	—	—
Porto Alegre	27	5,0	63	11,2	106	18,0	61	9,9	90	14,1
Belo Horizonte	62	11,2	26	4,4	30	4,8	472	72,1	—	—
Goiânia	15	13,4	29	23,8	41	31,1	—	—	—	—
Cuiabá	9	18,7	27	53,6	8	15,2	35	63,5	—	—

Fonte: S.F.Be.

Nº - Nº de casos
Cf - Coeficiente
por 100.000 hab.

2.2.3.0.2 Peste

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

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

No período de 1935 a 1962, foram verificados 3.565 casos de peste humana, dos quais 211 ocorreram no quinquênio 1958-1962. No corrente ano, já foram registrados 15 casos positivos.

Em 87 municípios são controlados 280 focos de peste, distribuídos conforme tabela seguinte:

2.2.3.0.3 Febre Amarela

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

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

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

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

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

I- VIGILÂNCIA ANTI-AEGYPTI

a)- Inspeção realizadas em prédios	13.213.099
b)- Prédios com “ <i>Aedes acgypti</i> ”	—

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

II-VISCEROTOMIA

Amostras de fígado colhidas 21.937

III- VACINAÇÃO ANTIAMARÍLICA

Pessoas vacinadas 7.822.743

2.2.4.0.0 Outras doenças transmissíveis

2.2.4.0.1 Difteria, coqueluche, tétano e sarampo

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

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

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

2.2.4.0.2 Raiva

A raiva, no Brasil, representa ainda sério problema de saúde pública. Como zoonose, sua incidência é elevada, estimada no Estado da Guanabara em 135 por 100.000 cães; além disso, a zoonose está disseminada em outros animais domésticos e selvagens no país.

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

2.2.4.0.3 Doenças Venéreas

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

TABELA XXXI

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

1959

CAPITAIS	COEFICIENTES (por 100.000 habitantes)								
	F. Tifóide	Difteria	Coqueluche	Tétano	Poliomielite	Varíola	Sarampo	Raiva	Malária
Manaus	3,6	3,6	7,8	8,9	—	3,6	8,9	3,0	7,8
Belém	0,8	2,9	2,9	21,5	—	—	0,8	0,3	5,7
S. Luís	5,2	2,0	2,6	22,2	—	3,3	8,5	1,3	3,9
Teresina	21,6	12,3	4,3	9,4	—	9,4	0,7	—	2,2
Fortaleza	11,7	5,1	0,4	—	0,2	—	1,8	—	0,4
Natal	8,4	12,2	10,3	16,8	0,6	0,6	20,6	—	—
João Pessoa	2,8	6,0	4,7	6,7	—	4,0	4,7	—	—
Recife	2,5	7,4	2,2	19,6	0,3	0,9	7,2	1,4	0,3
Maceió	4,3	4,9	5,5	51,1	0,6	1,2	20,7	1,2	0,6
Aracajú	2,7	3,6	1,8	12,6	0,9	—	0,9	—	—
Salvador	3,2	2,7	4,1	39,1	0,3	1,1	3,0	0,6	2,2
B. Horizonte	0,6	3,8	1,1	2,4	1,4	2,0	6,1	—	—
Vitória	1,2	8,6	6,1	25,8	—	—	9,8	—	—
Niterói	2,5	6,3	5,0	18,0	0,4	—	15,9	0,4	—
Guanabara (1)	2,0	3,1	1,5	13,6	0,3	0,1	6,5	0,2	0,2
São Paulo	0,3	4,2	2,3	4,0	2,5	0,1	5,9	0,2	0,0
Curitiba	2,6	7,3	5,9	2,1	1,2	0,6	2,3	0,3	—
Florianópolis	2,1	14,7	4,2	6,3	—	—	7,4	—	—
Porto Alegre	1,5	5,4	3,4	—	0,8	1,2	—	—	—
Cuiabá	—	10,9	14,5	3,6	1,8	—	1,8	1,8	6,4
Goiânia (1958)	3,6	2,2	2,2	19,0	0,7	1,5	6,6	—	0,7

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

TABELA XXXII

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

PAÍSES	1959					
	COEFICIENTES (por 100.000 habitantes)					
	Difteria	Coqueluche	Variola	Poliomielite	Malária	F.Tifóide
Canadá	—	0,3	—	1,0	—	0,0
E.Ú.A.	0,0	0,2	—	0,3	0,0	0,0
México	1,3	22,0	0,6	0,6	45,1	9,8
Guatemala	1,4	111,4	0,0	0,9	3,4	10,3
Rep. Dominicana	2,3	2,3	—	—	32,8	4,8
Colômbia	3,4	20,5	1,2	0,4	9,5	4,9
Brasil	6,1	4,4	1,4	0,5	1,4	3,9
Portugal	1,6	2,5	—	0,4	—	0,8
Dinamarca	—	0,2	—	0,0	—	—
Tailândia (1958)	4,8	0,4	0,0	0,1	44,1	7,0

Fonte: Serviço Federal de Bioestatística e "Annual Epidemiological and Vital Statistics" (WHO)

TABELA XXXIII

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

1959

PAÍSES	Incidência da raiva canina (nº absoluto)	Coef. cães raivosos por 100.000 (população canina)	Coef. de casos positivos de raiva canina por 100.000 (pop. humana)
Brasil	9.500	100,00	14,32
Guatemala	50	9,70	0,71
Honduras	25	9,30	1,32
México (1960)	45	95,90	15,00
Nicarágua	37	18,20	2,59
El Salvador	31	8,60	1,20
E.U.A.	594	3,20	0,33

Fonte: (28)

todos os Estados, a partir de 1948.

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

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

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

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

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

“Apesar de seus êxitos espetaculares, a luta contra as doenças venéreas está muito longe de haver alcançada a vitória final. As conquistas obtidas em data recente podem infundir um falso e enganador sentimento de segurança e otimismo acerca do futuro destas doenças; todavia, não obstante os meios de

tratamento modernos, rápidos e eficazes, há um consenso unânime em admitir-se que as medidas de controle utilizadas para a descoberta dos casos contagiantes, carentes de imediata ação terapêutica, estão muito distantes de serem as mais apropriadas. Também é aceito por todos que os reservatórios da doença apresentam proporção desconhecida e que a incidência real tem aumentado nos últimos anos, mui provavelmente porque o conhecimento e a facilidade de aplicação, bem como a inegável eficácia da moderna terapêutica fez esquecer, a muitos, as precauções para evitar o contágio.” (29)

2.2.4.0.4 Poliomielite

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

QUADRO 5

CAMPANHA CONTRA POLIOMIELITE NO BRASIL

Iniciada em 22/8/1961

Vacinas fornecidas pelo Ministério da Saúde:

Ano:1961	1.817.900
1962	3.286.400
1963 (até 27 / 09 / 63)	2.078.800
Total	7.183.100

Vacinas de outros Estados:

Ano:1962	3.016.000
1963 (até 27 / 09 /63)	35.000
Total	3.051.000
Total geral de vacinas empregadas até 27 / 09 /63	10.234.100

Número de pessoas vacinadas no país:

Ano: 1961	1.584.162
1962	5.566.439
1963 (até 27 / 09 /63)	1.913.525
Total	9.064.126

2.2.5.0.0 Doenças Degenerativas e Mentais

2.2.5.0.1 Doenças Cardiovasculares e Câncer

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

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

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

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

Dispõe o país, atualmente, de 1.725 leitos destinados a portadores de câncer, sendo 283 no Instituto Nacional de Câncer e 1.422 em entidades privadas. Muitas das Unidades Hospitalares que dispõem desses leitos, nem sempre estão aparelhados para oferecer um serviço técnico realmente eficiente. Essa falha é muito séria em se tratando de câncer, pois só se consegue bons resultados com a aplicação exata dos métodos diagnósticos e terapêuticos.

TABELA XXXIV

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

1930 - 1940 - 1950 - 1960

CAPITAIS	COEFICIENTES			
	1930	1940	1950	1960
Manaus	18,8	32,1	29,4	—
Belém	—	55,6	44,8	55,0
S. Luís	23,2	48,0	33,9	34,8
Teresina	8,0	26,1	62,2	28,5
Fortaleza	26,4	23,3	20,4	19,1
Natal	18,8	37,4	48,5	—
João Pessoa	—	52,2	61,4	—
Recife	58,0	67,2	61,2	70,5
Maceió	—	52,7	63,6	62,0
Aracajú	35,3	30,7	49,8	39,9
Salvador	47,8	56,5	38,8	66,1
Vitória	66,1	68,7	58,9	111,0
B. Horizonte	59,0	67,5	83,3	—
Niterói	40,5	59,0	68,5	95,3
Rio de Janeiro(1)	51,7	66,1	77,3	94,2
São Paulo	58,6	80,3	92,5	99,7
Curitiba	46,6	70,9	74,8	—
Florianópolis	31,9	40,7	68,0	—
Porto Alegre	69,8	99,2	118,5	123,2
Goiânia (2)	—	27,5	55,2	—
Brasília (3)	—	—	—	—
Cuiabá	—	31,9	63,2	—

Fonte: Serviço Federal de Bioestatística

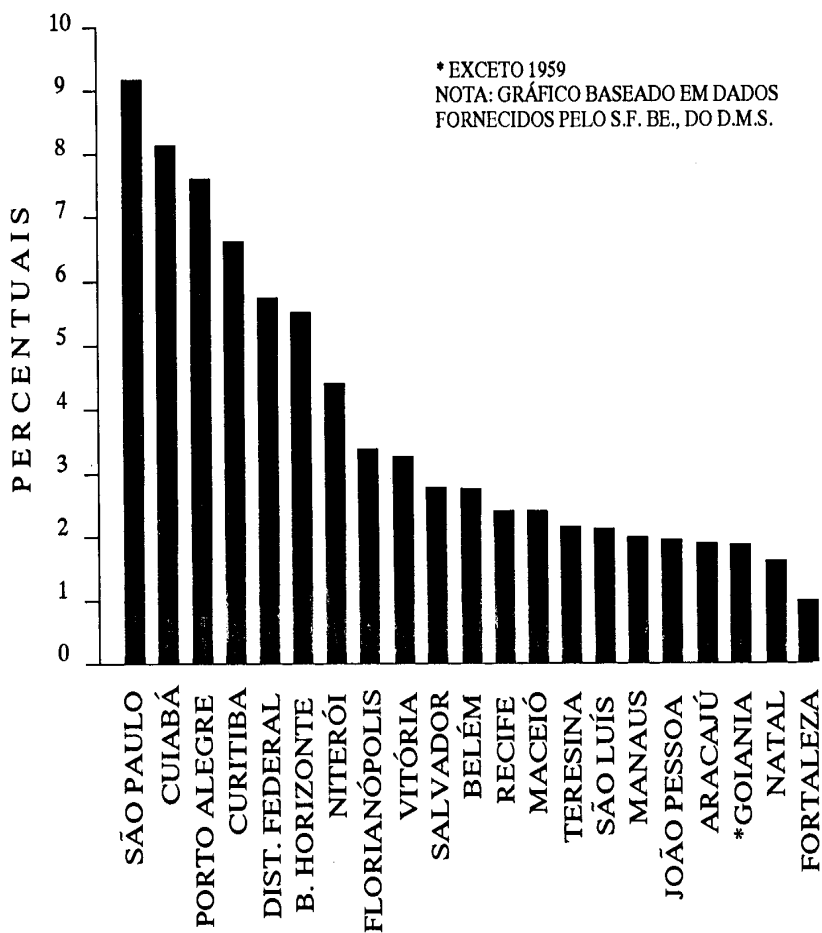
QUADRO Nº 6

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

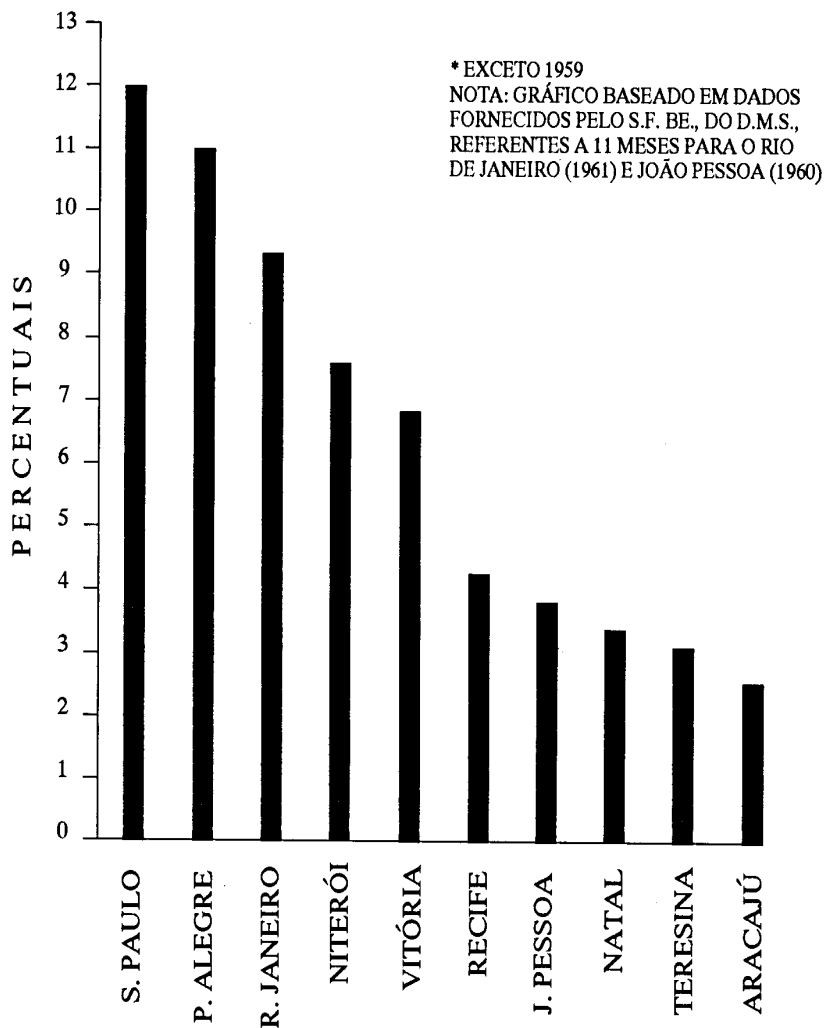
ORDEM	1 ANO	1-4 ANOS	5-19 ANOS	20-49 ANOS	50+ ANOS	TODAS AS IDADES
1ª	GASTRITE, DUODENITE, ENTERITE E COLITE	GASTRITE	ACIDENTES, ENVENENAMENTO E VIOLÊNCIAS	TUBERCULOSE	DOENÇAS ARTERIOSCLERÓTICAS E DEGENERATIVAS DO CORAÇÃO	DOENÇAS ARTERIOSCLERÓTICAS E DEGENERATIVAS DO CORAÇÃO
2ª	OUTRAS DOENÇAS PARTICULARES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

Fonte: S.F.Be.

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



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



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

2.2.5.0.0 Doenças Mentais

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

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

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

Revela-se significativa a incidência das formas exotóxicas (alcoolismo e toxicomanias) em número de 5.426 (1962) internações; entre os bancários enfermos mentais encontram-se 80% de formas neuróticas, espelhando o desajuste econômico-social.

Tem-se uma figuração do vulto que assume o problema das doenças mentais no país, pelo exame do Quadro N° 7, que acusa 39.711 internamentos de primeira entrada, durante o ano de 1962, entre os quais computam-se 78% de formas de origem psicogênicas a 22% de quadros psicóticos, resultantes de lesões orgânicas, metabólicas, tóxicas, traumáticas e infecciosas.

Importa salientar que na realidade 8.399 desses internados (22% do total) poderiam ser assistidos em Pronto-Socorro psiquiátrico e Ambulatórios, sem vinculações a nenhum hospital asilar, com uma permanência reduzida, a traduzir múltiplas vantagens, inclusive a redução dos custos assistenciais. Mas, para tanto, seria necessário, que o país dispusesse de maior número de ambulatórios e, ainda, que esses ambulatórios funcionassem não como ante-câmara de hospitais, mas sim

QUADRO Nº 7

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

DIAGNÓSTICOS	BRASILEIROS				ESTRANGEIROS				TOTAL DO GRUPO
	HOMENS	MULHERES	CRIANÇAS		HOMENS	MULHERES	CRIANÇAS		
			HOMENS	MULHERES			HOMENS	MULHERES	
I-PSICOSES POR INFECÇÕES E POR INFESTAÇÃO:									680
1A-Desordens agudas	163	197	9	23	5	1	--	--	
1B-Estados mentais consecutivos	55	88	9	7	--	1	--	--	
1C-Formas não especificadas	49	68	3	2	--	--	--	--	
II-PSICOSES DEVIDAS À SÍFILIS:									562
2A-Paralisia geral	352	63	--	1	3	--	--	--	
2B-Outras formas	107	31	3	1	1	--	--	--	
III-PSICOSES EXOTÓXICAS:									5.426
3A-Alcooolismo	4.588	353	4	2	154	15	--	--	
3B-Toxicomania	177	47	4	--	4	4	--	--	
3C-Profissionais	12	3	--	1	--	--	--	--	
3D-Acidentais	16	11	--	--	2	--	--	--	
3E-Formas ainda não especificadas	27	2	--	--	--	--	--	--	
IV-PSICOSES ENDOTÓXICAS:									913
4A- Por desvios funcionais viscerais	80	85	--	--	3	3	--	--	
4B- Por desvios do metabolismo	141	162	5	1	6	1	--	--	
4C- Por desvios do endocrinismo	41	262	3	1	1	1	--	--	
4D-Outras formas	28	87	1	--	--	1	--	--	
V-PSICOSES POR LESÕES CEREBRAIS:									1.838
5A-Demência senil	351	283	--	--	29	36	--	--	
5B-Artério-esclerose cerebral	500	293	--	1	52	28	--	--	
5C-Traumatismo craneano	45	10	2	--	3	3	--	--	
5D-No curso de tumores intra-craneanos	14	11	1	--	3	--	--	--	
5E-Outras formas (doenças de Ashmeir, etc.)	87	69	7	2	6	2	--	--	
VI-OLIGOFRENIAS:									1.937
6A-Debilidade mental	507	468	111	66	5	4	--	--	
6B-Imbecilidade	148	117	62	35	--	2	--	--	
6C-Idiotia	74	68	24	29	--	--	--	--	
6D-Forma não especificada	94	101	11	10	1	--	--	--	
VII-EPILEPSIAS:									2.409
7A-Psicose epilética	783	663	42	48	12	4	--	1	
7B-Outras formas	422	332	50	37	7	7	--	1	

continua

DIAGNÓSTICOS	BRASILEIROS				ESTRANGEIROS				TOTAL DO GRUPO
	HOMENS	MULHERES	CRIANÇAS		HOMENS	MULHERES	CRIANÇAS		
			HOMENS	MULHERES			HOMENS	MULHERES	
VIII-ESQUIZOFRENIAS:									11.636
8A-Formas simples, hebefrênica e catatônica	3.585	3.223	55	41	90	68	1	--	
8B-Formas paranóides e parafrênicas	1.591	1.334	8	7	52	66	--	--	
8C-Paranóia	148	76	1	--	3	1	--	--	
8D-Não especificadas	718	563	1	1	1	2	--	--	
IX-PSICOSE MANÍACO-DEPRESSIVA:									3.527
9A-Formas maníacas	604	823	7	10	23	43	--	--	
9B-Formas melancólicas	471	649	2	5	23	41	--	--	
9C-Formas mistas	198	208	1	2	--	6	--	--	
9D-Outras formas (marginais, etc.)	82	302	--	1	4	22	--	--	
X-PSICOPATIAS MISTAS E ASSOCIADAS:	174	174	4	1	5	3	--	--	361
XI-PSICOSES PSICOGÊNIAS (psic. situação, reação e desenvolvimento psicopatológicos):	375	555	17	13	17	15	--	--	992
XII-NEUROSES:									2.797
12A-Estados histéricos de conversão	158	697	6	11	8	8	--	--	
12B-Estados ansiosos	477	488	5	5	15	17	--	--	
12C-Estados fêbicos	68	87	1	1	2	1	--	--	
12D-Estados compulsivos	106	51	3	--	--	1	--	--	
12E-Estados neurastênicos	192	156	2	2	2	1	--	--	
12F-Outras formas	116	99	4	--	2	5	--	--	
XIII-PERSONALIDADES PSICOPÁTICAS:	388	186	14	40	6	--	1	--	635
*ESTADOS MENTAIS NÃO CLASSIFICADOS:									5.666
*A-Em observação	2.732	2.020	27	14	77	43	--	--	
*B-Par falta de elementos diagnósticos	337	386	2	12	11	5	--	--	
*SEM PERTURBAÇÕES MENTAIS:	207	105	4	6	9	1	--	--	332
TOTAL GERAL:	21.588	16.056	515	439	647	462	2	2	39.711

Fonte: Serviço Nacional de Doenças Mentais

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

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

Nos grandes hospitais psiquiátricos do país a superlotação, agravada pela centralização executiva, não lhes permite apresentar melhor rendimento, sendo de notar que esses mesmos hospitais, em sua fase de crescimento, foram símbolos de perfeição funcional ao tempo em que sua lotação não excedia 1.500 leitos. Hoje, Juqueri, Barbacena e a Colônia Juliano Moreira são apenas depósitos de enfermos, embora representem mais de 50% dos leitos mantidos pelos Governos Federal e Estadual.

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

No último Congresso de Saúde Mental das Américas, realizado na Argentina, ficou estabelecida como média razoável a existência de 1 leito psiquiátrico para 1.000 habitantes. No caso do Brasil, mantida a proporção preconizada, o número de leitos para doentes mentais deveria atingir 75.000. Há, no entanto, apenas 60.000 leitos, o que não constituiria maior problema não fora a sua má distribuição e excesso de centralização, exemplificada pelo “Juqueri”, com cerca de 15.000 leitos, e o “Juliano Moreira” com 4.500 leitos.

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

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

QUADRO Nº 8

NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS PSIQUIÁTRICOS E NÚMERO DE LEITOS
EXISTENTES NO BRASIL, DE ACORDO COM OS ESTABELECIMENTOS
CADASTRADOS NA SEÇÃO DE COOPERAÇÃO DO
SERVIÇO NACIONAL DE DOENÇAS MENTAIS

Unid. Federadas	Nº DE LEITOS			Nº DE ESTABELECIMENTO		
	Hospitais Públicos	Hospitais Particulares	TOTAL	Públicos	Part.	TOTAL
Amazonas	228	—	228	1	—	1
Pará	516	—	516	1	—	1
Maranhão	152	—	152	1	—	1
Piauí	325	120	445	1	1	2
Ceará	120	1.182	1.302	1	(1)3	4
R. G. do Norte	400	49	449	1	2	3
Paraíba	650	30	680	3	2	5
Pernambuco	777	1.305	2.082	4	3	7
Alagoas	300	100	400	1	2	3
Sergipe	350	30	380	2	1	3
Bahia	1.390	180	1.570	2	3	5
Minas Gerais	4.690	1.448	6.138	6	18	24
Esp. Santo	570	—	570	1	—	1
Rio de Janeiro	1.744	590	2.334	4	4	8
Guanabara	6.823	1.995	8.818	11	22	33
São Paulo	14.839	5.588	20.427	8	38	46
Paraná	1.278	1.131	2.409	2	6	8
Santa Catarina	1.088	60	1.148	1	1	2
R. G. do Sul	3.630	504	4.134	2	8	10
Mato Grosso	100	110	210	1	1	2
Goiás	655	159	814	1	3	4
BRASIL	40.625	14.581	55.206	55	118	173

Nota(1): Um dos estabelecimentos pertencente à Santa casa de Misericórdia.

No Estado da Paraíba existem mais dois estabelecimentos psiquiátricos que recebem doentes com permanência no máximo de 12 horas. São eles: a Clínica do Dr. Coelho e o Instituto de Neuro-Psiquiatria do Dr. Edilberto Antune

No Estado de Pernambuco tem um pavilhão de Neuro-Psiquiatria Infantil, anexo ao Hospital Correia Picango.

No Estado do Espírito Santo tem um Asilo para doentes crônicos.

O novo Estado do Acre, os 4 Territórios e o Distrito Federal, não possuem estabelecimentos psiquiátricos especializados.

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

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

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

Os 60 ambulatórios (Quadro nº 9) supervisionados pelo S.N.D.M. atenderam em 1962, 143.972 pacientes, exibindo, portanto, um alto nível de produtividade.

Durante o exercício de 1962, foram gastos na manutenção dos 60.000 leitos do território nacional - Cr\$ 21.900.000.000,00, saindo a Cr\$ 1.000,00 o preço médio do leito-dia.

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

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

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

QUADRO Nº 9

AMBULATÓRIOS DE SAÚDE MENTAL

1962

Unid. Federadas	Nº de Amb. do SNDM	Nº de Amb. em convênios com SNDM	Nº de Amb. de outras propriedades
Distrito Federal	—	2	—
Amazonas	1	—	—
Pará	—	—	1
Maranhão	1	—	—
Piauí	1	—	—
Ceará	1	1	—
R. G. do Norte	1	—	2
Paraíba	2	—	1
Pernambuco	—	1	—
Alagoas	1	—	—
Sergipe	1	—	—
Bahia	2	1	—
Minas Gerais	1	2	1
Esp. Santo	1	—	—
Rio de Janeiro	1	10	—
Guanabara	5	6	1
São Paulo	—	2	2
Paraná	1	—	—
Santa Catarina	1	1	—
R. G. do Sul	1	3	—
Mato Grosso	1	—	—
Goiás	1	—	—
TOTAL GERAL	23	29	8

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

2.2.6.0.0 **Influência da Investigação dos Órgãos de Pesquisas do M.S. para o conhecimento da nosologia brasileira**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

As microbactérias humanas foram estudadas por Cardoso Fontes (M. tuberculosis) e Sousa Araújo (M. leprae), com dedicação realmente sacerdotal. Magarinos Torres descreveu o 1º caso de toxoplasmose congênita da literatura universal (1927), assunto cuidado por outros técnicos do Instituto Marques da Cunha e Júlio Muniz, reproduziram em rhesus a chamada verruga peruana. Ainda na patologia humana, saiu de Manguinhos o trabalho pioneiro sobre o tratamento da bouba pela penicilina (1944) como também foi estudada a profilaxia da treponematose com esse poderoso antibiótico nos focos endêmicos. Tais estudos serviram de base para a vitoriosa campanha contra a bouba, desencadeada em 1956 pelo Ministério da Saúde. No campo veterinário, cumpre citar rapidamente dois fatos da maior importância econômica: a descoberta da vacina contra a “espiroquetose das aves” que dizimava as criações de galináceos; e a vacina contra a “manqueira” dos bovinos. A propósito desta última, devida a Alcides Godoy, Rocha Lima e Gomes de Faria, cabe lembrar que Delfim Moreira afirmava a ela dever o Brasil o seu grande rebanho bovino. Em defesa da agronomia nacional, notável foi a contribuição de Costa Lima para a solução do problema da “broca de café”. Grande desenvolvimento foi dado aos estudos da entomologia, da helmintologia e protozoologia por Costa Lima, Lauro Travassos e Marques da Cunha, respectivamente. Como é óbvio, especial referência cabe à descoberta da tripanossomíase americana, que foi a maior demonstração de grandeza da escola fundada por Oswaldo Cruz. Na verdade, Carlos Chagas descobriu, ao mesmo tempo, o seu agente causal, o seu transmissor, o seu depositário e a clínica e patologia da nova doença. Este é um fato inédito na história da investigação médica universal.

QUADRO Nº 10

ABASTECIMENTO D'ÁGUA DAS UNIDADES DA FEDERAÇÃO
MUNICÍPIOS SERVIDOS, REDE E LIGAÇÕES – 1960

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	Nº DE MUNICÍPIOS EM 31-XII		EXTENSÃO TOTAL DAS LINHAS DISTRIBUIDORAS (M)	Nº DE LOGRADOUROS PÚBLICOS COM CANALIZAÇÃO	LIGAÇÕES À REDE DISTRIBUIDORA			
	TOTAL	COM ABASTECIMENTO			HIDRÔMETROS	PENA D'ÁGUA	LIGAÇÕES LIVRE	BICAS, TORNEIRAS, CHAFARIZES, ETC
RONDÔNIA	2	2	27.669	49	65	850	355	22
ACRE	7	1	5.970	15	--	--	131	5
AMAZONAS	44	14	124.467	284	536	--	20.422	180
RIO BRANCO	2	2	10.768	19	--	620	80	32
PARÁ	60	23	506.671	642	4.656	607	28.492	240
AMAPÁ	5	4	24.636	57	--	--	822	42
MARANHÃO	99	7	90.486	464	8.168	--	2.332	49
PIAUÍ	71	9	37.438	126	52	--	3.593	58
CEARÁ	148	33	146.288	280	6.963	679	6.061	885
R.G.NORTE	83	9	207.937	272	16.525	52	34	1.479
PARAÍBA	88	21	250.757	744	3.386	13.980	6.215	216
PERNAMBUCO	102	49	772.787	2.932	34.111	12.209	47.807	56.458
ALAGOAS	64	17	155.128	484	1.766	2.389	14.542	172
SERGIPE	62	11	68.326	199	3.440	10.028	1.189	177
BAHIA	194	64	594.321	1.763	6.462	47.821	8.309	292
MINAS GERAIS	485	409	4.006.199	12.113	13.397	272.261	22.190	1.698
ESPÍRITO SANTO	40	35	270.646	1.203	828	28.810	6.508	224
RIO DE JANEIRO	61	60	1.562.250	4.819	10.529	151.605	36.101	496
GUANABARA	1	1	3.709.226	5.565	87.615	205.895	---	1.012
SÃO PAULO	304	370	11.794.367	16.556	493.270	157.466	378.534	3.299
PARANÁ	162	57	1.054.584	1.651	21.483	9.124	32.970	1.269
SANTA CATARINA	102	22	410.853	935	11.444	14.705	4.502	311
R.G.SUL	150	87	2.738.013	5.858	107.353	10.086	139.541	495
MATO GROSSO	64	21	204.321	398	2.624	4.573	14.709	85
GOIÁS	179	26	176.950	436	15.841	94	14.766	100
BRASÍLIA, D.F.	---	---	---	---	---	---	---	---
BRASIL	2779	1.354	20.940.158	58.064	850.514	943.946	790.206	69.296

Fonte: S.F.Be.

QUADRO Nº 11

ABASTECIMENTO D'ÁGUA NAS CAPITALS DOS ESTADOS E TERRITÓRIOS
MANANCIAS, LOGRADOUROS, REDE E LIGAÇÕES - 1960

CAPITAIS	Nº DE MANANCIAS CAPTADOS	EXTENSÃO DAS LINHAS ADUTORAS	EXTENSÃO TOTAL DAS LINHAS DISTRIBUIDORAS (M)	Nº DE LOGRADOUROS PÚBLICOS COM CANALIZAÇÃO	LIGAÇÕES À REDE DISTRIBUIDORA			
					HIDRÔMETROS	PENA D'ÁGUA	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 território nacional, para o amparo dos serviços de saúde pública. Algumas delas foram mesmo criadas e dirigidas inicialmente por cientistas de Manguinhos, como por exemplo o Instituto de Saúde Pública de Pelotas e o Instituto Biológico de 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 Gonçalves 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 às 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 possui 8 Divisões Técnico-científicas (Microbiologia e Imunologia, Patologia, Fisiologia e Farmacodinâmica, Química,

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

Atualmente, o Instituto é sede de 8 centros nacionais e internacionais normativos, tais como: de febre amarela, gripe, raiva, doença de Chagas, 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 esgoto	
		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

Fônte: 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, farmacodinâmica 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, conseqüentemente, da melhoria do estado sanitário das populações.

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

2.3.1.0. 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 família de 5 pessoas.

Custo “per capita” de Cr\$ 8.000,00

TABELA XXXV

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

1956 e 1960

UNIDADES	1956			1960		
	Total	Oficial	Particular	Total	Oficial	Particular
Rondônia	4	4	—	5	4	1
Acre	13	4	9	9	4	4
Amazonas	29	11	18	22	6	16
Rio Branco	2	1	1	2	1	1
Pará	18	10	8	23	12	11
Amapá	8	5	3	3	1	2
Maranhão	20	12	8	17	6	11
Piauí	13	7	6	13	6	7
Ceará	73	14	59	61	8	53
R. G. do Norte	37	9	28	47	7	40
Paraíba	42	23	19	41	16	25
Pernambuco	71	38	33	79	35	44
Alagoas	41	9	22	33	4	29
Sergipe	31	10	21	26	4	22
Bahia	110	28	82	105	25	80
Minas Gerais	380	35	345	392	37	355
Espírito Santo	51	10	41	39	6	33
Guanabara (+)	175	69	106	158	63	95
São Paulo	516	43	473	532	44	488
Paraná	204	29	175	239	23	216
Santa Catarina	113	18	95	119	16	103
R.G. do Sul	326	18	808	341	10	331
Mato Grosso	38	4	34	35	8	27
Goiás	68	8	60	59	6	53
Brasília, D.F.				3	1	2
BRASIL	2.506	448	2.058	2.547	371	2.176

(+) Distrito Federal até 21/04/1960

Fonte: Serviço Federal de Bioestatística

TABELA XXXVI

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

1956 e 1960

UNIDADES	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, LETITOS, LABORATÓRIOS
E PESSOAL EM ATIVIDADE, POR UNIDADES DA FEDERAÇÃO
MUNICÍPIOS DAS CAPITAIS - 1960

UNIDADES DA FEDERAÇÃO E CAPITAIS	NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS				Nº DE LEI- TOS	LABORAT. EXISTENTES			PESSOAL EM ATIVIDADE EM 31-XII						
	TOTAL	FINALIDADE				Análise Clínica	Sorologia	Microbio- logia	Médicos	Dentistas	Enfermeiros diplomados	Atendentes	Visitadores	Grúfos	Outros auxiliares
		Func. Sem Médico	Geral	Especia- lizado											
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	-	40	17	20	57	26	36	50	
Manaus	19	3	16	3	-	2	-	3	28	17	10	37	20	20	
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
PIAUI	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	88	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
ALAGOAS	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
Aracaju	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
ESPIRITO SANTO	59	7	46	13	-	23	5	15	81	38	7	70	83	216	273
Vitória	7	-	6	1	-	1	1	2	19	11	4	17	50	148	156
RIO DE JANEIRO	158	23	124	34	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
GOLÁS	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
B R A S I L	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
Maranhão	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					
	TOTAL	SERVIDOS DE ESGOTO	EXTENSÃO (M)		Nº DE LOGRADOUROS SERVIDOS		Nº DE PRÉDIOS ESGOTADOS	
			DA REDE	DO EMISSÁRIO	DE ESGOTOS DE DESELOS	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 PRÉDIOS 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	902	190
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	234.953	---	---	---	35.981	18.596
MACEIÓ	21.190	3.750	312	---	---	312
ARACAJÚ	18.300	1.900	22	---	---	2.401
SALVADOR	23.528	3.422	172	---	---	6.301
BELO HORIZONTE	630.130	4.500	---	---	---	---
VITÓRIA	30.520	---	120	---	7.225	2.046
NITERÓI	159.285	250	700	---	7.783	31.467
RIO DE JANEIRO	1.029.165	---	---	---	---	328.870
SÃO PAULO	1.512.900	12.000	---	---	---	194.196
CURITIBA	215.402	2.800	165	---	17.000	16.670
FLORIANÓPOLIS	34.000	882	143	---	3.000	4.300
PORTO ALEGRE	420.373	18.834	344	543	---	---
CUIABÁ	5.700	---	32	32	---	---
GOIÂNIA	85.000	5.000	120	---	---	4.300
BRASÍLIA, D.F.	---	---	---	---	---	---
CAPITAIS	4.782.650	60.592	2.813	736	126.009	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, ressentem-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 n° 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 produtora 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 condicionado às características marcantes de subdesenvolvimento dessas áreas; com a superação dos entraves sócio-culturais e econômicos virá, natural e progressivamente, a extensão a todo o território nacional e a todas as camadas populacionais do país dos benefícios da atenção médica 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 dentro das limitações impostas pelas circunstâncias. Entre os princípios fundamentais norteadores da sua política sanitária não falta o que se refere ao “recrutamento e formação de pessoal, para que o poder público possa dispor de profissionais qualificados.”

A experiência do Ministério da Saúde, nesse particular, é longa mas restrita. Inicialmente através dos Cursos do D.N.S. e D.N.Cr., e agora, da E.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 planejada e empírica, porque tem faltado para conduzi-la, tanto por parte do M.S., como dos órgãos estaduais de saúde, uma política real e segura de recrutamento, seleção, preparo e aproveitamento do pessoal técnico.

O preparo de pessoal, já porque resulta de uma necessidade 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, conseqüentemente, 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, mantém cursos de pós-graduação, tais como: bacteriologia, imunologia, helmintologia, entomologia, bioquímica, virologia e outros, destinados à formação de técnicos para atuação no próprio Instituto e em outras instituições nacionais e de outros países latino-americanos.

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

Preliminarmente, deve ficar estabelecido que ensino e pesquisa são problemas distintos, embora perfeitamente entrosados, assunto ainda não bem compreendido mesmo nos meios universitários. Entretanto, é óbvio que, acurados “currícula” e laboratórios bem aparelhados, são fundamentais para o ensino técnico-científico, mas por si 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 mantém um sistema escalonado de estágio e bolsas de estudo, de duração e número variável com o aproveitamento dos candidatos e com as disponibilidades da instituição.

Os estágios nos laboratórios do Instituto Oswaldo Cruz 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 distribuídas em 4 categorias. Tipo A (adestramento técnico); Tipo B (iniciação); Tipo C (especialização), e finalmente Tipo D (pesquisa). Como é óbvio, a concessão das bolsas mais categorizadas está na dependência do aproveitamento do bolsista (inclusive, publicação de trabalhos científicos) e o acesso direto 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 distribuída 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 antígenos para reações diagnósticas.

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, Tracomícina, 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 comercialização daqueles produtos;

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

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

I - Elaborar a relação básica e prioritária de medicamentos necessários 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 reexaminando as deduções permitidas pela legislação do Imposto de Renda;

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

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

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

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

XII - Proceder , a curto prazo, o levantamento das necessidades dos laboratórios estatis, 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 pela disponibilidade de informações, ressen-te-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, prevalecendo a idéia, em tese certa, de que caberia às Unidades 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 reestruturação prevista no Ante-projeto de Lei da Reforma Administrativa, atende parcialmente a este esquema.

No que se refere ao Programa de Trabalho propriamente dito, 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 atualmente 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 deficientes 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 mantém-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, beneficiadas 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 n° 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, enquanto 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 otimismo exagerado, sendo obrigatório reconhecer que a situação sanitária da população brasileira, como um todo, continua distanciada dos níveis considerados meramente satisfatórios, como estão a indicar as taxas ainda elevadas de mortalidade geral e infantil, tradutores sensíveis dessa situação. Importa, sobremaneira, visando a acelerar o ritmo da evolução favorável dos níveis de saúde das coletividades brasileiras, atacar técnica, honesta e realisticamente, de parceria com as medidas indispensáveis que objetivam a promoção do desenvolvimento econômico, consubstanciadas nas reformas estruturais do país, os pontos vulneráveis que definem a situação sanitária vigente, caracterizada, em resumo, por:

- 1 – Predominância das doenças ditas de massa;
- 2 – Persistência de doenças transmissíveis controláveis por recursos imunitários há muito disponíveis;
- 3 – 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

CAPITAIS	1941 - 1950 - 1960		
	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

CAPITAIS	1930 - 1940 - 1950 - 1960			
	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 LEPRO NO BRASIL" - Rio de Janeiro, 1963.
- (20) SERVIÇO NACIONAL DE LEPRO - Relatório de Atividades - 1963.
- (21) Diniz, Orestes - "NOVA FASE DA LUTA CONTRA A LEPRO 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 Prociencx - 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'AGUA” - FSESP - 1963.
- (32) Grimberg, J. - “CAUSAS E EFEITOS DA PROTEÇÃO DISSOCIADA A INFÂNCIA - Jornal de Pediatria - n° 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 dezembro 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, item II, assegurou a organização dos serviços públicos locais pelos próprios municípios.

A clara intenção municipalista da Constituição de 1946 não poderia se tornar realidade na prática, pela ausência mesma de possibilidades financeiras dos municípios aos quais tocava parcela insignificante da arrecadação nacional. O Governo Federal absorvia a maior parte dos recursos, seguindo-se-lhe o Estado e deixando aos municípios tributos sem maior significação financeira. A situação de insolvência de alguns Estados e da grande maioria dos municípios brasileiros resultou, conseqüentemente, na ditadura financeira e administrativa da União com desconhecimento tácito da organização municipal. 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 inconvenientes, 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 é a tendência dos Estados de aumentarem cada vez mais o número de seus municípios, para participarem com divisor maior na partilha do imposto de renda. Basta referir que o total de municípios brasileiros passou, no período de 31 de dezembro de 1958 a 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 suas campanhas contra as doenças pestilenciais no Rio de Janeiro, limitaram-se à ação federal. Assim, o saneamento rural e a saúde pública ao tempo de Carlos Chagas, consideravam os problemas específicos estritamente no âmbito federal, em face da fragilidade das estruturas estaduais da época.

Após a criação do Ministério da Educação e Saúde em 1931, e especialmente a partir de 1937, com o Estado Novo, a interferência do poder central na Saúde Pública dos Estados se acentuou, ultrapassando as suas atribuições normativas, supletivas e coordenadoras para 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 distribuídos, cerca de dois terços dos municípios não recebem qualquer assistência.

A disparidade de aplicação dos recursos da Previdência Social nas Capitais e nos grandes centros 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 aceitássemos, passivamente, a tese que considera Saúde Pública sub-produto do desenvolvimento sócio-econômico.

Radicalizar princípios e conceitos num e noutro extremo das idéias

não nos leva a nenhuma solução construtiva. Urge encontrar o caminho de produzir o máximo de benefícios para o maior número de indivíduos, pela aplicação conscienciosa e honesta dos recursos que nos são outorgados dentro da técnica, e ajustando 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 adquiri-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 encaminhamento dos problemas sanitários brasileiros, embora tenham dado resultados satisfatórios e algumas vezes notáveis, já não se ajustam à moderna conceituação técnica e social. A erradicação do A.aegypti e do A.gambiae 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 boubá e as doenças venéreas. O ressurgimento da malária e o aumento da prevalência das doenças venéreas mostram que a mera existência dos recursos não é suficiente para manter sob controle a situação sanitária. Urge aplicá-los criteriosamente e oportunamente.

A rede hospitalar, por exemplo, repousa, ainda, na estrutura multi-centenária das instituições de misericórdia e existe tendência a custeá-la, cada vez mais, 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 agrupamentos urbanos, principalmente das capitais, onde eram construídos grandes nosocômios.

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

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

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

Apesar de todos 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 contínua e apropriada, impõe-se, como medida preliminar, a criação de uma infra-estrutura sanitária local, capaz de executar e dar continuidade aos programas de Saúde Pública, com o aproveitamento integral e realista dos recursos humanos e materiais de que possamos dispor de fato.

O estabelecimento de uma infra-estrutura sanitária local não envolverá, obrigatoriamente, a construção ou 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, simultaneamente 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 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

Municipalização dos Serviços de Saúde

Introdução

As atividades sanitárias no Brasil têm conseguido grandes triunfos, ninguém o pode contestar. As condições sanitárias do Rio de Janeiro, e muito mais as do resto do país 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 conseqüentemente desaparecendo do quadro nosológico do país as doenças infecciosas de longa incidência e de grande repercussão internacional: cólera, peste, varíola e febre amarela, doenças que hoje, não resta a menor dúvida, se encontram praticamente erradicadas ou sob controle, não representando mais nenhum perigo eminente. Da mesma forma outras enfermidades de menor importância pelas suas consequências internacionais, porém, nem por isto menos graves do 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, boubá, 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 de 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 atividades médico-sanitárias também são distintas e devem, por isso, corresponder a essa estrutura.

No desenvolvimento do programa de Saúde Pública no Brasil, uma questão de princípio vem preocupando os técnicos: a centralização e a descentralização. No Império, a predominância de uma ou outra corrente resultava 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 Municípios quase desabitados, de modo a tornar possível começar em poucos centros de cada Estado, a contribuição financeira municipal, estadual e federal, conjuntamente, não será tão grande quanto a princípio possa parecer. E que o fosse: seria um dinheiro bem gasto. Corrigidas, pouco a pouco, as causas que contribuem para a decadência do nosso homem; melhorada progressivamente suas condições físicas e mentais, e aperfeiçoado continuamente como máquina de trabalho, determinará isso um pronunciado surto econômico que sem demora, compensará imensamente as primeiras despesas. E mais, como não há outro bem que a saúde possa igualar, e sendo ela levada a cada canto do país, por influência e decisão do governo central - que deve ser o governo de todo os Estados - mais estreitos se tornarão os laços que unem as Unidades da Federação, contribuindo 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 criação da grande rede de unidades de Saúde Pública dos Estados Unidos, não foi a causa do progresso da grande nação irmã, porém, exatamente a consequência deste progresso.

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

Muito embora os resultados dos intensos trabalhos então realizados não fossem satisfatórios, não há dúvida que, nem por isto, são menores os méritos de Barros Barreto, pois em consequência de sua experiência é que se criaram condições para a reformulação no país da filosofia das atividades de Saúde Pública e do problema da saúde do homem em países subdesenvolvidos. A História da Saúde Pública no Brasil situará, sempre, o nome de Barros Barreto entre os seus maiores, ao lado de Paula 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 assistência 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 razões:

A incapacidade financeira dos municípios é um mito. Depois da reforma constitucional, que mandou distribuir entre os municípios 15% do imposto de renda e 10% do imposto de consumo, sua situação financeira sofreu uma modificação substancial. Na proposta orçamentária da União para 1964 figura uma rubrica de Cr\$89.000.000.000,00 (89 bilhões) para ser dividida entre 3.777 municípios brasileiros, o que representa mais de Cr\$23.000.000,00 (23 milhões) para cada um, importância que, somada à receita local, representa soma suficiente para permitir que mesmo os mais pobres possam atender aos serviços locais que lhes cabem. Os que 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 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.

Cumpra-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, convém não esquecermos que a política uma constante em todos os níveis da administração pública brasileira e de qualquer outro país. O problema de sua maior ou menor influência na administração pública é uma questão de desenvolvimento econômico, cultural e de treinamento, 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-SANTÁRIAS 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 epidemia de varíola que vem se mantendo no país. A organização de uma Campanha Nacional Contra a Varíola é o atestado desta falência, e a sua inadequação às condições do Brasil é comprovada pelo fato de que a Campanha não vem conseguindo vacinar, anualmente, mesmo com gastos elevados, um número de pessoas equivalente ao número de nascidos. Aliás, é preciso não ter receio de afirmar que criar um órgão específico para vacinar contra a varíola 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 assistência médica. É conhecido o abandono em que vivem as populações do interior, no que se refere à assistência médica. Os curandeiros e aparadeiras, sem o mais rudimentar conhecimento exercem uma função que não pode ser desconhecida nem perseguida por falta de quem os substitua. As modernas conquistas 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-oftálmico 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 continuamente dentro de um quadro de crescimento das forças produtivas do país.

A MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA

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

atividade isolada de políticos junto ao Ministério da Saúde, alguns Municípios recebem, esporadicamente, auxílio para a construção de prédios para alojar repartições sanitárias, e pequenos recursos para a sua manutenção. Os problemas de saúde local são, de acordo com o artigo 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 inconveniente 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 irresponsável esta afirmativa, a situação profundamente lamentável do problema da varíola, que levou o Governo Federal a organizar um organismo especial para vacinar o povo. Parece fora de propósito, diante deste dado, acrescentar argumentos.

Discutir as razões e os culpados desta situação também 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, conseqüentemente, incapazes de formular um novo programa de trabalho.

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

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

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

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

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

I - Possibilidade da produção atender de modo mais satisfatório suas necessidades fundamentais: alimentação, habitação e vestuário, o que, como conseqüência, 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, conseqüentemente, uma grande valorização dos profissionais da medicina. Os serviços de Saúde Pública dos Estados, e mesmo os da União, não puderam, por motivos óbvios, acompanhar o ritmo de elevação dos salários destes profissionais, pelo menos nas funções que são de trabalho e não exclusivamente de emprego. Tendo-se presente que as nossas organizações sanitárias estavam fundamentalmente baseadas no trabalho do médico, é claro que suas atividades teriam de entrar em declínio, quando não fosse por 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 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. E, 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-SANTÁRIOS 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 assistenciais, resultante da elevação da renda e do acréscimo do poder reivindicatório das massas, contrastando com a escassez de recursos para atender ao clamor daquelas necessidades e estabelecer uma hierarquia de prioridades que permita atender, a médio e longo prazo, ao pressuposto do crescimento econômico, sem descuidar os infortúnios que, a curto prazo, a doença acarreta aos agrupamentos mais expostos aos seus riscos.

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 advêm de várias origens e redonda, 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 repercussões diretas e indiretas do desenvolvimento econômico sobre os níveis de vida, de que a saúde é uma resultante. Os dados demográficos e nosológicos permitem avaliar os efeitos da política sanitária realizada. As técnicas empregadas variam de acordo com o objetivo da mensuração. Os inventários, os cadastros e os censos, constituem os

meios mais simplificados para avaliação. A medição dos fenômenos sanitários, em termos de avaliação física, depende de unidades de medida, cujo valor, na quantificação dos indicadores, vem sendo posto em relevo. As projeções, os questionários, as análises de índices, 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 indissociável 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 nacional, 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 pressuposto de que as atividades atuais se desenvolverão em ritmo e na forma exibidos por 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 salutareos 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 econômicos 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 compreendida mediante utilização de módulos diversos em que 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 nascimento e de mortes.

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

apresentava o coeficiente médio de 18,5 óbitos por 1.000 habitantes, em torno do ano de 1950. A análise do censo de 1960 ainda não foi completada, de modo 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 possível supor que a elevada taxa de incremento demográfico foi, predominantemente, influenciada pela baixa 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 fatores novos, que dizem respeito, principalmente, à diminuição das enfermidades transmissíveis como causa de óbito. O plano de metas prevê um coeficiente de 12/1.000 habitantes para a mortalidade bruta anual no citado período.

MORTALIDADE INFANTIL

Este indicador vem adquirindo cada dia significação maior, sendo considerado prioritário, nos trabalhos elaborados pelos demógrafos das Nações Unidas. Para o Brasil, a proporção de óbitos, no curso do primeiro ano de vida, foi 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 conseqüente repercussão nos níveis gerais de vida.

ESPERANÇA DE VIDA

Calculado com base nas tábuas de sobrevivência dos diferentes grupos etários da população entre dois censos, este indicador geral de saúde reflete as conquistas obtidas na redução da mortalidade bruta. Para o ano 1950, a vida média no Brasil, calculada entre a população natural, era de 43,7 anos, sendo 41,5 anos para os homens e 46,0 anos para 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 pelos planos 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, indistintamente, aglomerados rurais e urbanos, desde que sua prevalência está condicionada estreitamente ao baixo nível de vida que vigora entre as grandes camadas da nossa população, marcadas pelo subdesenvolvimento e a pobreza. O arcaísmo da estrutura agrária, a precariedade do regime alimentar, as desumanas condições habitacionais, tornam o habitante da zona rural mais vulnerável às enfermidades parasitárias e infecciosas que só poderão ser

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 eliminar os focos secundários, dos quais, Florianópolis e Castro Aves, 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, estendendo-se a área de endemicidade a 450 municípios de 16 Estados e 3 Territórios. A profilaxia inclui o tratamento em massa, a avaliação e a vigilância. Graças ao uso extensivo da penicilina em dose única, o controle da boubá 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 boubá, 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 combate da boubá na Amazônia, o que será conseguido, seguramente, no biênio do plano. Entre 1956 a 1962, foram examinadas 9.538.333 pessoas e tratados 641.786 doentes, prevendo o plano de metas o tratamento anual de 20.000 pessoas, no período de 1964/65.

BRUCELOSE

O combate a esta zoonose exige controle da brucelose animal e medidas preventivas complementares 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, 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 anti-amarela 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 viscerotomia para colheita de amostras de fígado. No período de 1956 a 1962, foram realizadas 13.213.099 inspeções e vacinadas 7.822.743 pessoas. O plano prevê a possibilidade de se

HIDATIDOSE

Esta enfermidade está limitada as zonas de pecuária da região sul, principalmente aquela que é contígua ao Uruguai. Trata-se de uma zoonose, cuja profilaxia se realiza com 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, 180.136 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 453.064 cães e dedetizados 226.691 prédios,

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 exige medidas de profilaxia na zona endêmica e também vigilância nos centros de transportes. A desratização, a despoluição, 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 despoluições com 8.139.411 aplicações de cianogas para desratização. O plano de metas prevê, para o período de 1964/65, a despoluição 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 entretem 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 a evitar o contacto com águas poluídas de parte da população indene. O programa de saneamento básico que DNERu empreende, está incluído entre as medidas que se propõe a campanha contra a esquistossomose cujo controle está longe de ser conquistado nas atuais condições brasileiras. Além dos serviços de abastecimento d'água em construção, o DNERu projeta construir anualmente 200 chafarizes e 120 lavanderias, além de incrementar a construção de fossas para 30.000.

MALÁRIA

A área endêmica da malária no Brasil abrange 7.338 mil Km², representando 86,2% do nosso território. Por força de compromissos internacionais, a luta contra esta enfermidade foi colocada sob forma de companhia em 1958 e proposto o objetivo de erradicação no prazo de dez anos. O esquema de erradicação inclui o esgotamento natural das fontes de infestação, resultante da interrupção da transmissão mediante uso domiciliar dos inseticidas de ação residual. Fatores epidemiológicos diversos contribuem por vezes para frustrar esta expectativa, impondo o 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 companhia de erradicação fixando duas etapas, uma de emergência, que marca a gravidade expansão do controle 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.

VARIÓLA

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 planejado 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 TRANSMISSÍVEIS

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 entrem 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 TRANSMISSÍVEIS

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 iodado, fixando o plano de metas um aumento para 500.000 toneladas anuais no próximo biênio.

O câncer vem sendo combatido através de projetos que condensam o propósito de difundir a educação sanitária com vistas à prevenção e ao diagnóstico precoce. O tratamento dos enfermos, a vigilância após o tratamento, o asilamento dos desamparados, a assistência técnica e financeira à vasta rede de organizações assistenciais, constituem outras tantas manifestações do empenho da administração federal no sentido de fomentar atividades de combate ao câncer. No ano passado, o Serviço Nacional de Câncer mantinha 1.725 leitos, sendo 283 no Instituto Nacional de Câncer e 1.442 em 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 pelo SNDM atenderam 143.972 pacientes, enquanto nos 55 hospitais a cifra de assistidos foi de 39.711, totalizando 183.683. Para o biênio do plano, 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 proteger a maternidade, a infância e a adolescência, em todo o território nacional. Suas atividades têm os seguintes objetivos: a melhoria das condições sanitárias e educacionais, com a criação e 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 distribuídas - 33.750; clubes de mães mantidos - 763 (sendo 130 instalados em 1962).

O preparo de pessoal mereceu igual interesse em 1962, tendo sido aprovados, nos 28 cursos de 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 instituições 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 ítems 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 nos 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 administração 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 coordenação efetiva do extraordinário esforço que a administração federal vem devotando ao problema do saneamento ambiente. A inexistência de pessoal capacitado para realizar projetos e administrar os serviços instalados, constitui outro elo a ser fortalecido no complexo de providências que estão sendo reclamadas.

A solução definitiva do problema vem sendo entrevista através da disposição de se conferirem características econômicas 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 construírem 30.000 fossas em cada ano do próximo biênio. A FSESP iniciou em 1963 a construção de 80 serviços de abastecimento d'água e deu prosseguimento a 45 outros, sendo também construído até o presente 6.650 privadas higiênicas. Para o ano de 1964 está previsto o início de mais 20 serviços de abastecimento d'água e a construção de aproximadamente 10.000 privadas higiênicas.

FORMAÇÃO DE PESSOAL

O 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, prevenindo 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 frustrações. Neste sentido, muito deve ser esperado do Instituto Nacional de Saúde, órgão a ser criado na projetada reestruturação do Ministério.

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

realiza, no ano corrente, 9 cursos visando 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-MEDICA

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 intensificação 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 conseqüente cortejo de ignorância, desnutrição, desamparo assistencial e promiscuidade, ser ilusório obterem-se resultados seguros e definitivos na luta contra a esquistossomose. Na ordenação do esforço governamental visando ao seu controle, nenhuma medida excede a difusão dos meios de saneamento ambiente, que intercepta e anula dois elos do ciclo epidemiológico, com a eliminação dos dejetos e o abastecimento 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) déficit 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 assistência 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 população 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, prevalentes no país;

b) incentivar ao máximo o emprego dos recursos imunitários 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 desempenho 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 bioestatística, 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. Arnaldo 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 Secretarias 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 Gato,

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,
Dr^a 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 - Tuberculose;

4 - Esquistossomose;

5 - Saneamento básico;

6 - Produção de medicamentos necessários ao combate às enfermidades de massa;

7 - Ampliação ou instalação de indústrias para a produção de inseticidas 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 Mendonça 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, INSTITUTE 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 Distrito 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 reúnam 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

3^a
Conferência
Nacional
de
Saúde

Anais

Agosto de 1992

Edição 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:	Editoração Lidador

1963

3^a
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 3^a 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 pela revitalização da Memória Histórica Brasileira.

ENTREVISTA HEITOR BRAGA

Identificados três oradores.

Orador 1 – Dr. Heitor Braga

Orador 2 – Prof. Maximus Santiago

Orador 3 - Prof. Marcos Moreira

Heitor Braga - Eu fui o primeiro interno no hospital psiquiátrico, que era na rua São João, onde é hoje a delegacia de polícia e aquele presídio que faz esquina de São João com Marquês de Paraná, o Heitor Carrilho. Ali era o Hospital Heitor Carrilho.

Nós transferimos – nós: o Dr. Pandega, era o Diretor; o Dr. Teixeira Brandão era o diretor de serviços de saúde mental e, claro, de doenças mentais. O hospital psiquiátrico de Jurujuba foi inaugurado e nós nos transferimos para lá, no dia 13 de março de 1953. Então lá na rua São João ficaram apenas os doentes vinculados à Justiça e lá em Jurujuba a parte de hospital geral de psiquiatria.

Depois nós construímos o novo Hospital Heitor Carrilho, ao lado do Centro de Saúde Carlos Antônio da Silva, que após a fusão, para evitar a duplicidade de manicômios judiciários – um no Rio e outro em Niterói - foi desativado e transformado em hospital penitenciário, porque só existia um hospital penitenciário, em Niterói, que é lá no presídio da Alameda São Boaventura, no Fonseca.

Marcos – Houve a fusão. Com a fusão, além do Carlos Antônio da Silva, tinha algum centro de saúde?

Heitor Braga – Tinha: o Centro de Saúde Santa Rosa, que foi a última inauguração do Governo Raimundo Padilha. Nós o criamos ali, no Vital Brasil, em frente ao Instituto Vital Brasil. Foi criado para ser também o centro de saúde modelo para treinamento de pessoal na área de saúde pública, tendo o Laboratório Miguelote Vianna acoplado a ele.

Marcos – Então, o Laboratório Miguelote Vianna mudaria de lugar, do centro da cidade passou para o bairro do Vital Brasil.

Heitor Braga – Passou, e com suas funções ampliadas, inclusive com a parte de laboratório para análise de alimentos, com uma infra-estrutura da fiscalização sanitária.

Maximus – Isso foi em que ano, Dr. Heitor?

Heitor Braga – Foi em 1974.

Maximus - O Raimundo Padilha foi o último governador do antigo estado do Rio e o Chagas Freitas, o último do antigo Guanabara.

Heitor Braga – Sim.

Marcos – Então o Centro tinha uma função de vigilância sanitária, meios para poder exercer a vigilância sanitária.

Heitor Braga – Era.

Marcos – Então, tinha o Carlos Antônio da Silva, desde a década de 30, e....

Heitor Braga – Isso. O centro já existia em Santa Rosa, lá na Mário Vianna, num prédio antigo, lá indo para Viradouro, quase chegando na entrada para a Casa

de Saúde Santa Marta. Dali ele mudou, então, para o prédio novo. Tinha mais: o posto de saúde de Itaipu, também construído nesse período do governo Raimundo Padilha...

Marcos – Era um posto de saúde, não um centro de Saúde.

Heitor Braga – Não, era posto de saúde. E havia dois subpostos de saúde: um na ilha da Conceição e outro no Caramujo.

Maximus – No mesmo lugar, onde ainda é o do Caramujo?

Heitor Braga – Sim. Esse tem uma história também. A Universidade estava desenvolvendo um programa docente assistencial...

Marcos - Isso na época do governo Raimundo Padilha?

Heitor Braga – Bem, aí eu já não sei... deve ser concomitante. O NAT...

Maximus – Núcleo de Assistência Técnica?

Heitor Braga – Isso. O NAT desenvolveu esse projeto e levou a Universidade para o Caramujo. Então esse subposto do Caramujo passou a atuar junto com a Universidade nesse projeto docente assistencial, que depois foi encampado pelo Departamento de Saúde da Comunidade.

Maximus – Quer dizer que não foi um projeto do departamento?

Heitor Braga - Não, foi anterior. Essa história vem...

Marcos – Esses subpostos da Ilha da Conceição e do Caramujo foram do tempo do governador Raimundo Padilha?

Heitor Braga – Já existiam. Não foram criados no governo dele, são anteriores, já vinham de administrações anteriores.

Marcos – E a universidade então se ligou ao Caramujo?

Heitor Braga – Ligou-se ao Caramujo com um projeto piloto, docente assistencial, que depois o Departamento de Saúde da Comunidade passou a operar.

Marcos – É o meu departamento... Foram para o Caramujo alguns professores da Clínica Médica, que não eram do meu departamento - Eduardo Almeida, Ana Alice Schröedere - e fizeram um trabalho incrível lá, mas isso já tinha começado antes?

Heitor Braga – Já tinha sim, tinha começado antes pelo NAT. E havia ainda o do Barreto, que era o dispensário Mazzini Bueno... não, desculpe, o Vizela.

Maximus – João Batista Vizela.

Heitor Braga - Vizela.

Marcos – Lá era um dispensário?

Heitor Braga - Era um dispensário que foi depois transformado em posto de saúde do Barreto. Ele mudou só a finalidade, mas continuou existindo.

Marcos - Esse posto de saúde do Barreto era anterior ao governo Padilha?

Heitor Braga - Também.

Maximus – Todos eram anteriores ao governo Padilha?

Heitor Braga - Menos o posto de saúde de Itaipu, que foi construído por nós.

Maximus - O sr. falou que havia dois subpostos.

Heitor Braga – Dois subpostos: Caramujo e Ilha da Conceição.

Marcos – O de Itaipu era um...?

Heitor Braga – Posto de saúde. E ainda é.

Marcos – E foi no governo quando o sr. era secretário.

Heitor Braga – Não, ainda era o Astor.

Maximus – Astor Melo?

Heitor Braga – É.

Marcos – Então foi no governo Raimundo Padilha que passou a ser posto de saúde. Então havia o posto de saúde de Itaipu, dois centros de saúde, Carlos Antônio e Santa Rosa, o posto de saúde de Itaipu, dois subpostos, e depois o do Barreto.

Heitor Braga – Dois postos, então, o Barreto e o Itaipu, e dois subpostos, Caramujo e Ilha da Conceição.

Marcos - E dois centros de saúde, que eram o Carlos Antônio e o Santa Rosa.

Heitor Braga – Dois centros de saúde..

10:15 Maximus - Todos do antigo estado do Rio de Janeiro?

Heitor Braga - Todos do governo do estado. A prefeitura não tinha nada ainda, só tinha o controle médico.

Maximus - Dr. Heitor, o prefeito de Niterói, nessa época, quem era?

Heitor Braga – Eu me lembro dele, mas não me lembro o nome dele... Não dá para lembrar.

Maximus – Isso era 1974, não?

Heitor Braga – Sim. Eu não me lembro dele porque...

Maximus - O Ronaldo foi em 1975.

Heitor Braga - É, quando houve a fusão...

Maximus - Quando houve a fusão o primeiro prefeito foi o Ronaldo.

Heitor Braga – É, foi o Ronaldo. Eu não me lembro dele porque ele morava no Rio...

Marcos - O prefeito de Niterói morava no Rio?

Heitor Braga – No Rio. E a gente não tinha muito contato. Principalmente eu, que era muito tímido, fechado dentro do meu círculo, não tinha muito relacionamento.

Marcos – E nessa época, o sr. foi secretário de saúde do estado do Rio durante uns três anos?

Heitor Braga - Não, eu fui secretário apenas 10 meses, antes da fusão, porque quem era secretário era o Astor, eu era o chefe de gabinete dele.

Maximus - O Dr. Astor... me avise a memória, porque nessa época eu era residente do Hospital... O Dr. Astor, a essa época fazia alguma coisa na Associação Médica Fluminense, ou não? Ou é impressão minha, estou confundindo com Dr. Waldenir ?

12:15 - Heitor Braga – Está confundindo. O Waldenir, sim. Quem construiu aquele prédio foi o Waldenir. Aquele terreno era do estado, da secretaria de educação. Tanto que houve um problema sério entre o secretário de saúde, que era o Armando Sarcoto.

Maximus - Sei que foi secretário de São Gonçalo também.

Heitor Braga - Sim, e o hospital infantil tem o nome dele. Eu trabalhei com o Armando, eu era o diretor do departamento hospitalar do Armando. O Armando era muito duro...

Maximus – Aqui em Niterói ou lá em São Gonçalo?

Heitor Braga – Aqui em Niterói, como secretário de estado. O Armando era secretário de estado. (A gente trabalhou um bocado naquela época!) E o Geremias era o governador. Quem era o prefeito de São Gonçalo naquela época era o Lavoura... muito falado na época, que trepava no trator, abria rua...

Heitor Braga – Isso! Era... Mas, voltando à Associação Médica. Aquele terreno era da Secretaria de Educação. E o Waldenir pediu ao Armando para interferir junto ao Geremias para conseguir aquele terreno para construir a Associação Médica.

Marcos - Armando Sá Couto

Heitor Braga - Armando Sá Couto.

Marcos - Que era...?

Heitor Braga - Era o secretário de estado de saúde do estado, na época. 1966. Meia-meia.

Maximus - A década de 1960 foi a década que o Geremias pegou.

Heitor Braga – (...) E o Geremias falou: mas aquele terreno é da secretaria de educação, não posso ceder. Aí o Armando falou assim: “Bem, se não ceder, o que eu vou dizer à minha classe? Aquele terreno está ocioso aí” “Não, mas aquele terreno está destinado a uma escola.” “Não mas aquele terreno está lá à toa, não vai ser construído nada agora.” Não, mas eu faço questão de ter aquele terreno, senão eu deixo a secretaria. Aí, acabou discutindo, e tal, ele falou assim, “vou dar para a Associação Médica, desde que” – aí entrou o secretário de administração – “Está bem, eu vou atender à classe médica e vou ceder o terreno, mas desde que seja construído em um ano. E aí foi uma luta para conseguir recursos para construir aquele prédio. Waldenir até hipotecou a casa dele, para conseguir o financiamento para construir aquele prédio. Em um ano inauguramos ali.

15:34 - Marcos - Isso foi em 77?

Heitor Braga – 66. Essa foi a história da Associação Médica, que é *ad latere*.

Maximus – Mas importantíssimo, porque revelou duas situações: Armando Sá Couto, como secretário de saúde em Niterói – fato que absolutamente desconhecia, eu o conhecia como secretário de saúde de São Gonçalo.

Marcos - Ele era secretário de saúde do estado do Rio.

Maximus – Pois é do estado, em Niterói, antigo estado do Rio.

Marcos – Em 1975, depois da fusão, entrou o novo prefeito, Ronaldo Fabrício, e então se designou um secretário municipal de saúde, pela primeira vez?

17:03 - Heitor Braga - Pela primeira vez foi nomeado um secretário. Foi criada a secretaria. Dentro da estrutura de Niterói, do governo municipal, foi criada a secretaria municipal de saúde e assistência,

Maximus - Que ficou localizada...

Heitor Braga - Que não tinha nem sede...

Marcos - ... e assistência social.

Heitor Braga – Não, acho que era só assistência. Mas aí eu vou deixar o Waldenir falar, porque não sei muito essa parte local. Eu sei, conversando com o Waldenir, que foi uma luta conseguir alugar uma sede, no edifício da Ordem dos Advogados, ali na esquina de Visconde de Sepetiba com a Amaral Peixoto. Foram duas ou três salas, foi o início ali.

Maximus – Da secretaria municipal de saúde de Niterói, cujo primeiro secretário foi o Waldenir.

Heitor Braga – O Waldenir.

Maximus – Então pode-se dizer que o Dr. Waldenir foi o primeiro secretário municipal de saúde de Niterói.

18:21 - Heitor Braga – Foi. Realmente foi.

Marcos - E ele ficou o tempo todo do governo do Ronaldo Fabrício?

Heitor Braga - Ficou.

Maximus - Até 1977?

Heitor Braga - Bem, deixa eu ver... porque houve uma fase em que ele foi deputado... Perguntem a ele, porque provavelmente ele deve ter saído para se candidatar a deputado, e aí entrou outro...

(...)

Marcos - E a secretaria, doutor, essa nova secretaria se incumbia de quê? Cemitério?

19:03 - Heitor Braga - Para criar a secretaria tinha que ter alguma coisa. Os cemitérios eram vinculados à Secretaria de Obras até então. Foi criado, para justificar, o serviço funerário e os três cemitérios.

Marcos – Que se vincularam à nova secretaria?

Heitor Braga – À nova secretaria.

Marcos - Então, na estrutura da nova secretaria só tinha praticamente isso, porque os postos de saúde eram estaduais, os hospitais eram estaduais ou do INPS e o Antônio Pedro era da Universidade.

Heitor Braga – Isso. Mas aí houve um entendimento do município com o estado e foi criado um plano piloto de municipalização de serviços de saúde em Niterói.

Marcos - Então, entre o município de Niterói e o novo estado, um plano de municipalização, de Niterói e de Pádua.

Heitor Braga - E de Pádua. Foram os dois municípios com que esse convênio foi feito. Foi o projeto inicial que se deu, de municipalização das ações de saúde.

Marcos - E por quê foram escolhidos Niterói e Pádua?

Heitor Braga - ... Niterói está justificado, agora, Pádua?

Maximus – Waldenir é de Pádua?

Heitor Braga – Não... eu é que estudei num colégio interno em Pádua, [risos] mas não foi por isso...

Marcos – Pádua é no norte, não é?

Heitor Braga – É no norte. Foi um projeto piloto também...

Marcos – Talvez quisessem... E o senhor se lembra quando foi firmado esse convênio?

21:15 Heitor Braga - 1975.

Marcos - Ainda em 1975? Porque a gente pode tentar recuperar isso, no diário...

Heitor Braga - Pode, na secretaria de saúde do estado, deve ter, no diário oficial deve ter os dois convênios.

Marcos – Com Niterói e com Pádua. O senhor se lembra em que mês?

Heitor Braga – Não. Mas eu me lembro bem que o prefeito de Pádua era o filho do diretor do Colégio de Pádua, Lavaquiel Bioschi, Fernando Lavaquiel, o prefeito. E o Fernando criou uma rede de unidades menores no interior do município, na periferia, com rádio, de forma que a unidade central tinha contato permanente com essas unidades periféricas, e acho que isso foi um dos motivos principais da criação desse convênio de municipalização.

Maximus - Então isso era anterior ao convênio?

Heitor Braga - Não, no convênio. Junto do convênio.

Marcos - Ele antes do convênio já tinha essas unidadezinhas ligadas por rádio?

Heitor Braga – Não, ele entrou nessa época também. Porque nessa época também acho que entraram os prefeitos...

22:54 Maximus – Os prefeitos foram todos indicados.

(...)

Heitor Braga - Não, não, o de Pádua foi eleito.

Marcos - Pádua podia ter eleição, porque não era capital.

Maximus – Não, mas estâncias hidrominerais também...

23:13 – Heitor Braga - Pode ser, pode ser. Mas eu me lembro que um dos interesses aí, foi...

Maximus - Muito interessante.. e inteligente!

Heitor Braga - Inteligente. Porque ele tinha contato permanente, a unidade central tinha contato permanente com todas as unidades dos distritos, em Pádua. Então foi um projeto... talvez um dos motivos tenha sido isso.

23:35 Maximus – Fazendo um parêntesis agora, isso me lembra o tempo quando a Universidade recebeu o Antônio Pedro, com incumbência de prestar assistência à urgência, aos partos, e atender aos pobres – isso está escrito, não é “a população carente”, não, é “aos pobres”.

A prefeitura se comprometia em colocar uma bomba de gasolina no Antônio Pedro – e tinha, isso eu vi, isso eu vivi – para abastecer as ambulâncias, e pagar o salário de cinco acadêmicos bolsistas, por 24 horas de serviço, para atuarem nas equipes de emergência.

Essas equipes do Antônio Pedro eram pequenas, e quem trabalhava mesmo, quem carregava o pesado eram esses estudantes de medicina, esses acadêmicos bolsistas. E havia os não bolsistas também, que se aceitava em quantidade igual, então, as equipes tinham, na verdade, dez – cinco remunerados e cinco não remunerados.

24:53 As ambulâncias tinham rádio, as do Antônio Pedro tinham rádio - porque era muito comum você sair de ambulância e no meio do caminho alguém fazer um pedido, e você, com a ambulância ali perto, já atendia aquela pessoa.

Heitor Braga - Como a gente fazia com o SAMDU.

Maximus – Com o SAMDU, exatamente, que foi uma invenção maravilhosa!

Heitor Braga – É, eu estou para ver no SAMDU...

Maximus – Maravilhosa, uma das coisas fantásticas, e agora voltou com o SAMU. Vê-se que as coisas passam, mas...

Heitor Braga - Mas voltam.

Maximus - ... a idéia fica. Acabar com o SAMDU foi uma estultice completa.

Heitor Braga – Pois é...

Marcos – Agora, só um parêntesis, quando começou o SAMDU em Niterói?

Maximus - Em 1949.

25:35 Marcos – Começou em todo o Brasil?

Maximus – Praticamente em todo o Brasil.

Heitor Braga – Eu fiz o concurso, que era no Hospital Presidente Vargas, no Rio Comprido... foi em 1954. José Maria Mendes era o diretor aqui, do Samdu.

Marcos – Então, o diretor do SAMDU , em 1954, era José Maria Mendes. E cada município tinha uma sede?()

Maximus - Uma unidade do SAMDU.

Heitor Braga – É, uma unidade do SAMDU. Cada município não, porque a gente atendia São Gonçalo. Niterói e São Gonçalo. E era uma coisa, porque a gente saía com uma lista de atendimentos, de chamados, e aquilo ia atrasando, e quando a gente chegava na casa tinha que escutar aquelas reclamações todas.

26:37 Marcos - E o Samdu acabou quando? Quando o sr. entrou?

Heitor Braga – Não, o SAMDU era da Previdência.

Marcos – E ele acabou?

Maximus - O SAMDU foi extinto... não tenho a data precisa, não estou me recordando agora, foi extinto e foi uma comoção geral. Até porque o SAMDU deixou de funcionar muito porque o SAMDU atendia, não só... O nome técnico (e nunca vi uma sigla tão perfeita) era Serviço de Assistência Médico-Domiciliar de Urgência, SAMDU. E também tinha o lugar onde estavam sediados os médicos, as ambulâncias, os enfermeiros, atendimento.

27:33 Marcos - O que eu queria saber é se em 1975 ainda havia SAMDU.

Heitor Braga - Havia.

Marcos - E até quando foi?

Maximus – Essa data é que eu não tenho certeza...1966/1967.

Marcos - 1980?

Maximus - Não, antes disso, com certeza.

Marcos - Para a gente saber com quem a cidade de Niterói contava – tinha o Antônio Pedro, o SAMDU, os postos do estado...

Maximus – Mas essa questão da emergência em Niterói – aí o Dr. Heitor vai poder (...), evidentemente que não é do seu tempo -, mas quando Antônio Pedro faz, junto com outras pessoas, evidentemente, o pronto-socorro lá no Jardim São João...

Heitor Braga – Isso, Dr. Mário Monteiro, Francisco Pimentel...

Maximus – Isso, essa turma toda,

Heitor Braga – Aquela turma toda.

Maximus – Depois esse pronto-socorro sai da rua São João e vem para a Dr. Celestino onde tem aquele prédio do IBASM- Instituto de Benefício e Aposentadoria do Servidor Municipal, da Associação de Professores, onde tem o Hospital de Clínicas hoje.

Heitor Braga - IBASM, do IPERJ.(Instituto de Pensões do Estado do Rio de Janeiro)

Maximus – IPERJ, desculpe. E dali ele muda para o Santa Monica, que já era INPS. O PU do INPS, que era o SAMDU ainda – o INPS foi criado em 1966 – o PU era no Santa Mônica já.

29:11 Heitor Braga – Era no Santa Mônica.

Marcos – Quando?

Maximus – Em 1966.

Marcos - Ano da criação do INPS?

Heitor Braga - Não, não.

Maximus – O INPS foi em criado em 1966. Mas foi praticamente no mesmo ano que foi transferido para lá.

Marcos – Da Dr. Celestino para lá?

Heitor Braga – Para o Santa Mônica.

Maximus – Um grande pedaço do Santa Mônica era o PU...

Heitor Braga – Era ali embaixo do Santa Mônica, na entrada...

Maximus - O Santa Mônica tem três prédios.

30:00 Heitor Braga - Porque no prédio da Dr. Celestino, onde eu trabalhei, era pequenininho, eram duas salas embaixo e em cima também, uma coisa pequena onde a gente ficava, e a gente atendia ali, no ambulatório. Ali não tinha condições, as ambulâncias ficavam paradas na Dr. Celestino - eram duas, e tinha sempre uma quebrada (risos).

30:08 Marcos - E o sr. se lembra, dr. Heitor, nesse convênio assinado entre o estado e o município de Niterói (não sei se está escrito aqui), o que se pretendia?

Heitor Braga – Pretendia-se delegar ao município uma área programática de saúde que pudesse ser estudada epidemiologicamente. E a melhor área em Niterói para isso seria a Ilha da Conceição, porque teria uma população cativa, ainda não tinha tanta indústria lá, era mais de pescadores, então poderia ser feito ali um estudo de natureza de saúde pública.

31:06 Marcos - O convênio pensava isso: vamos escolher uma área para a gente estudar bem, porque a população era delimitada – até espacialmente, por ser uma ilha -, tinha 30 mil pessoas, se tanto, talvez menos?

Heitor Braga – Não me lembro, mas era de pescadores, poucas indústrias ainda...

Marcos - E o convênio tinha essa finalidade, não era um convênio que se estendesse para todo o município de Niterói.

Heitor Braga – Essa finalidade. E era vinculado, então – aí o Waldenir vai depois lhe dizer – ao Centro de Saúde Carlos Antônio da Silva, que era o apoio para essa área programática.

Marcos – O Carlos Antônio da Silva dava o apoio?

Heitor Braga – Era a base dele.

Marcos - Era a base da Ilha?

32:08 Heitor Braga - É, do projeto. Também a prefeitura teve delegação – eu não sei como foi feito isso, porque não participei – nos outros postos periféricos, sem o centro de saúde – Carlos Antônio, Santa Rosa e Barreto. Os outros, o Itaipu, Caramujo, ficaram também dentro da estrutura de cobertura do município.

Marcos – Então os postos de Itaipu e Caramujo também ficaram.

Heitor Braga - Ficaram sob a cobertura também do município. Daí então a prefeitura não ter ficado só com os cemitérios,...

Maximus - Ela era parceira do estado.

Heitor Braga - Parceira do estado.

33:06 Marcos – Como se o estado tivesse delegado a administração dos postos dessas populações ao município.

Heitor Braga – Ao município.

Marcos – Isso foi possível porque saiu uma lei, em 1975, que tratava de municipalização, não foi? Aquela 6.229?

Maximus - A 6.229 é a Lei do Sistema Nacional de Saúde.

33:27 Marcos – Nesse sistema nacional de saúde fala de transferir para o município?

Heitor Braga – Sim, já estava delegando para o município.

Marcos - Portanto não era só cemitério, apenas.

Heitor Braga – Não era só cemitério. Os cemitérios são até hoje.

Maximus – Acho até uma grata curiosidade, sob o ponto de vista histórico e social, do município de Niterói isso de os cemitérios serem público. Isso permite à população de baixa renda, mesmo que tenha que pagar aquela questão do enterramento (...) mas a parte, digamos assim, legal, a prefeitura se encarrega de fazer isso, é uma coisa fantástica.

34:30 Heitor Braga – Nós fizemos, o Waldenir criou lá as capelas, nós criamos o serviço funerário anexo ao Maruí. São oito capelas e em cima o serviço funerário todo, com dependências para que os cartórios trabalhassem ali também, de modo que quem fosse tratar do sepultamento, ali mesmo resolveria tudo, mas os cartórios não aceitaram. Não aceitaram.

Marcos - Por que o sr. diz “nós criamos”?

Heitor Braga – Porque a estrutura dos cemitérios ainda continua na Saúde.

Marcos – Eu sei, mas a essa altura, em que o Dr. Waldenir...

Heitor Braga - Já prefeito.

Marcos - O sr. fala... está falando sobre “antes”?

Heitor Braga – Não.

35:33 – Marcos – Eu não entendi porque o sr. falou “nós criamos”.

Heitor Braga – Deixa então eu voltar na história. Essas capelas eram na rua Coronel Gomes Machado.

Maximus - Isso, e ainda têm algumas lá.

Heitor Braga – Não, acabou.

Maximus - Acabaram? Tinha o Médico Legal de um lado e as capelas do outro.

Heitor Braga - Isso. Nós acabamos com tudo aquilo. Por causa dos papa-defuntos. Eu fui jurado de morte lá, pelos papa-defuntos.

Marcos – Por quê o sr. foi jurado de morte?

Maximus – Porque acabou com aquilo...

Marcos – Eu sei, mas foi porque o sr. era o Secretário de Saúde do estado?

36:12 Heitor Braga - Não, do município.

Marcos - Quando?

Heitor Braga - Agora, na época do...

Marcos - Ah, agora, depois, com o Waldenir?

Heitor Braga - Na época do Waldenir prefeito.

Marcos - Ah, porque deu um salto...

Heitor Braga – Pulou!

Marcos – Não, porque eu estava pensando aqui: entrou Dr. Waldenir, secretário do Ronaldo Fabrício, só tinha cemitério. E aí quando chegou o Waldenir prefeito e o Dr. Heitor conseguiram acertar essas coisas.

36:42 Heitor Braga - Porque esse projeto todo, novo, foi feito ainda Waldenir secretário, junto com o Ronaldo Fabrício, junto com a Secretaria de Obras e Urbanismo. Esse projeto das novas capelas no Maruí foi ainda de Waldenir secretário. Quando Waldenir prefeito é que nós construímos, então, tornamos realidade isso.

Maximus – Ficou só no papel à época do Ronaldo Fabrício.

Heitor Braga – É, não se chegou a executar.

Maximus – O secretário de obras do Ronaldo Fabrício era o Pedro Lentino?

37:38 Heitor Braga – Pedro Lentino... Provavelmente... Do Moreira Franco eu tenho certeza. E do Waldenir...

Maximus – Do Waldenir acho que ele foi da Fazenda..

Heitor Braga - Ou do Moreira Franco ele foi da Fazenda e do Waldenir ele foi de Obras?

Maximus – Acho que ele foi de Obras no Waldenir, ou melhor, no Moreira Franco.

Heitor Braga - Ah, que ele fez aquelas obras todas, do anel viário, e deixou aquela dívida de...

Marcos - 22 milhões de dólares...

Heitor Braga – 22 milhões de dólares...

Maximus – Isso é uma história que depois a gente vai ver...

(risos)

38:17 Marcos – Mas, enfim, quando entra o prefeito Ronaldo Fabrício e o Dr. Waldenir, secretário, houve uma publicação da estrutura da nova secretaria, porque ela foi criada.

Heitor Braga – Houve. Exatamente.

Marcos – Então houve e isso está no diário oficial do estado, na parte relativa a Niterói.

Heitor Braga - Isso. Na parte relativa aos municípios.

38:42 Marcos - Quando entrou o prefeito Moreira Franco, houve uma reestruturação da Secretaria de Saúde. Durante esses dois anos só se criou a Secretaria, ela viveu dois anos, mas não houve uma reestruturação. Quando entrou o Moreira Franco houve uma reestruturação, a Secretaria de Saúde se ampliou muito.

Heitor Braga – Sim, com Tomassini

39:24 Marcos – Quando saiu o Moreira Franco e entrou o prefeito Armando Barcellos, um pouquinho, ele fez uma nova reestruturação. E quando o Waldenir entrou, houve alguma reestruturação, assim, no papel? Alguma coisa que necessitasse de publicação no diário oficial?

39:32 Heitor Braga – Nessa época eu não participei...

Marcos – Era o Miguel Ângelo?

Heitor Braga – Eu não tinha contato, era o Miguel Ângelo e eu estava no Rio, como secretário do Raimundo Moreira.

Marcos - O sr. foi para o Rio em...?

Heitor Braga - Em 1975. Quando houve a fusão... o Chagas Freitas...

Maximus - O Chagas Freitas foi até 1974.

Heitor Braga - É, o Chagas Freitas saiu.

Maximus – Em 1975 foi o Faria Lima.

40:18 Heitor Braga - O Almirante Faria Lima. Com ele entrou o Dr. Hernani Braga, que ficou uns quinze dias só. Houve um problema... A gente estava em plena campanha de vacinação contra a meningite. Nós já tínhamos vacinado a metade do estado do Rio. Fazendo uma linha de Três Rios até o Rio de Janeiro, até Niterói, a gente já tinha vacinado todos, no norte. E mais a região metropolitana toda. Nova Iguaçu, Itaguaí, Paracambi, toda a parte. Faltava a região do médio Paraíba e a região sul. Naquela ocasião, nós fazíamos a vacinação, de acordo com a população de cada município, e de cada estrutura, a gente fazia a vacinação em um, dois ou três dias. Entrávamos maciçamente e fazíamos a cobertura vacinal daquela população em um, dois ou três dias. E isso tudo nós fazíamos com o apoio do Exército. Fazíamos isso tranquilamente. E isso foi rompido, com a fusão.

Marcos – O Dr. Hernani Braga tinha levado o senhor.

Heitor Braga – Aí Dr. Hernani saiu e ficou o chefe de gabinete dele, que era o Pantoja.

42:53 Maximus – WOODROW PANTOJA.

Heitor Braga - Isso. E aí então o Pantoja assumiu. E o Pantoja peitava, mesmo, e o Dr. Hernani era um diplomata, não tinha mesmo, assim ...(ininteligível/risos) Então ficou o Pantoja como secretário e tocou a secretaria. E eu fiquei na subsecretaria, junto com o Suzard, que era o subsecretário.

Marcos - Aí, chegou uma hora que o Dr. Raimundo Moreira...

Heitor Braga – Aí aconteceu o seguinte: o prefeito do Rio mudou. Brigou com o governador e saiu. Entrou um novo que tirou aquela estrutura toda, mudou. Chagas Freitas era o governador, o Silvio voltou a ser secretário, o Raimundo

Moreira era o subsecretário do Silvio, e eu trabalhava na subsecretaria, na área de planejamento de saúde. Trabalhando com o Raimundo, ele era o homem de confiança do Silvio, e eles, de confiança do Chagas Freitas, levaram para ser secretário de saúde do município o Raimundo. E o Raimundo falou: “Eu vou levar o Heitor comigo, para ser meu subsecretário.” Daí eu fiquei lá no Rio.

Maximus – O prefeito do Rio nessa época, era o Israel Klabin ou o Marcos Tamoio?

Heitor Braga – O Marcos Tamoio saiu e entrou o Brigadeiro Julio.

Maximus - Julio Noronha?

Marcos – Era Julio, mas não era Moreira.

45:53 Marcos – Então, o secretário de saúde do estado era o Dr. Pantoja, e o subsecretário dele?

Heitor Braga – Suzart, Eurico Suzart.

Marcos – E o secretário do município era o Dr. Raimundo Moreira e o sr. era subsecretário.

Heitor Braga - Não, foi depois do Pantoja que eu fui para lá. Na época do Pantoja e do Suzart eu fiquei na subsecretaria

Maximus – Trabalhando com o Moreira?

Heitor Braga – Não, ainda com o Suzart. Quando passou o período de governo do Faria Lima é que houve eleição e entrou ... não sei se houve eleição ou se

foi... Eu sei que voltou o Chagas Freitas. Então passou o período do Faria Lima...

Maximus – E foi indicado o Chagas Freitas.

46:57 Heitor Braga – Voltando o Chagas Freitas, aí é que vem a história: o Silvio foi ser secretário e o Moreira, o subsecretário. Porque era a dinastia do Souza Aguiar.

Maximus – Era isso o que eu ia falar, pessoal do Souza Aguiar.

Heitor Braga – Era a dinastia do Souza Aguiar.

Maximus - Raimundo era do Souza Aguiar. O Silvio também.

Marcos – Quando saiu o Dr. Silvio, o Raimundo subiu para secretário e o sr. foi ser subsecretário?

Heitor Braga - Não, o Silvio continuou secretário do estado e indicou o Raimundo para ficar no município.

Maximus - O Souza Aguiar pilotava o estado e o município do Rio de Janeiro.

Heitor Braga – Isso.

47:47 Marcos – Eu fui funcionário de 1974 a 1977, do estado, primeiro do estado da Guanabara e depois do estado do Rio, e eu me lembro dessa campanha, uma campanha grande contra a meningite.

Heitor Braga – Fizemos, foi uma luta grande. E o Rio tinha estrutura para isso. Trabalhar com a prefeitura do Rio, para mim, foi muito enriquecedor, porque

tinha meios para fazer. Agora, no estado nós fizemos uma campanha... Conseguimos fazer essa campanha, por quê? Não tínhamos recurso, estávamos no final do governo, final do governo Raimundo Padilha, que estava sendo altamente criticado pelas posturas aqui. Então, fazendo aquele aterro todo, que hoje é o campus da UFF, estava colocando aquelas pedras...

Maximus – Milhões para cá, milhões para lá...

49:00 Heitor Braga – Isso. E o Raimundinho... então diziam que aquelas pedras eram preciosas...

Maximus - Isso, tão caro que custavam...

Heitor Braga - Então o Raimundo era altamente criticado, então não tinha... a gente estava sem recurso, a Petrobras tinha cortado o abastecimento de combustível para o estado. Nós conseguimos, por meios pessoais, o apoio especial de combustível para a campanha. O secretário de Segurança do estado era coronel do Exército e o... naquela época não era subsecretário, não, era chefe de planejamento, era também coronel do Exército. Eu pedi apoio a eles. Então montamos uma estrutura militar para poder conseguir fazer isso. Foi lá no prédio do manicômio judiciário, que estava acabando de ser construído. Então nos instalamos lá e fizemos uma operação militar, tudo controlado sistematicamente. Tudo, como eles falam, Provan - Programa de Vacinação. Eu era o Provan-1, dentro do rádio. E tudo controlado – tem uma estação de rádio da Polícia Militar, que fica no alto do morro do Serrão, no Cubango, e dali de cima pega o estado todo. Então dali a gente controlava tudo, a gente sabia, por antecipação, programava todos os deslocamentos e saía. Era uma estrutura de vacinação muito grande, como você falou.

51:08 Marcos - Conseguiram. O antigo estado do Rio conseguiu.

Heitor Braga – Conseguimos, sim.

Marcos – E no governo do Dr. Waldenir o sr. só entrou depois do Dr. Miguel Ângelo.

Heitor Braga – É. O Miguel Ângelo entrou primeiro e ficou em 1982 e 1983, não é? Eu entrei em 1984.

Maximus – Deve ter sido 1983, porque 1982 era Moreira e Armando Barcellos.

Heitor Braga – É... Então entrei em 1983 e um pouquinho de 1984. Dessa época eu me lembro... coisa que não é da parte de saúde, mas é da angústia que viveu o Waldenir como prefeito. Porque o Moreira Franco saiu e Niterói devia à Previdência Social o pagamento das taxas devidas ao funcionalismo e com isso o Fundo de Participação dos Municípios não poderia chegar a Niterói porque ficava retido para pagar a dívida. O estado emprestava, a prefeitura devia ao estado, então também o ICMS era retido, e ficou só, como receita da prefeitura, o IPTU. E daí as dificuldades todas para o início do governo. E nós vivemos assim, praticamente o governo todo. Foi melhorando pouco a pouco; da dívida maior do empréstimo o Waldenir só conseguiu pagar os juros, o principal ele não tinha recursos para pagar – e então foi sempre passando – e a inflação daquela época, que era triste.

53:39 Marcos – E o sr. se lembra, daquela época, que estrutura o sr. encontrou na secretaria municipal? Tinha um número maior de postos?

Heitor Braga – Já. Tínhamos dez postos. Tinha a coordenadoria de saúde, tinha... eu já anotei os postos. Então tem, vamos recordar, sim: eram chamadas de unidades municipais de saúde – UMS. A UMS-1 era o Largo da Batalha; a UMS-2 era a Ilha da Conceição; UMS-3, o Viradouro; UMS-4, Atalaia...

Marcos - Quando o sr. chegou já tinha tudo isso? Tudo isso tinha sido construído no governo Moreira Franco?

Heitor Braga – No governo Moreira Franco, tudo isso tinha sido construído no governo dele. A UMS-5 era Santa Bárbara; seis, Engenhoca; sete, Morro do Castro; oito, Morro do Estado; nove, Piratininga; dez, Várzea das Moças; e onze, Jurujuba. Até aí foi Moreira Franco. Aconteceu que grande parte dessas últimas unidades foram inauguradas no finalzinho do governo Moreira Franco e equipadas depois, tanto com recursos humanos quanto material.

56:44 Maximus - O projeto inicial parecia ser de dezesseis unidades. E eu achei, assim, uma proeza, de 1980 – junho de 1980, quando Tomazini saiu - até maio de 1982, quando Moreira se desincompatibilizou para concorrer as eleições a governador, construírem, praticamente, duplicarem o número de unidades.

Heitor Braga – Correto.

Marcos - Das cinco que havia quando Tomazini saiu passaram a onze. Mas elas foram inauguradas sem muita...

57:35 Heitor Braga – Sem estrutura.

Marcos - O sr. lembra, Dr. Heitor, se essas unidades foram construídas ou foram adaptadas? Porque, daquelas cinco primeiras, parece que uma foi construída, a quinta, Santa Bárbara.

Heitor Braga – Santa Bárbara foi construída, certamente. Atalaia não, era uma unidade pequena que nós reformamos toda, depois. Viradouro também, foi ao lado da escola municipal, depois... Ilha da Conceição já existia, e o do Largo da Batalha tinha até o nome da estrada, Francisco Nunes, era um serviço...

Maximus - De pronto atendimento?

58:44 Heitor Braga - Não, de pronto atendimento foi criado pelo Waldenir. Era um serviço filantrópico, que o Alcir Vicente Chacar dava assistência lá. Era um serviço filantrópico. Foi aproveitado depois para ser Unidade.

Marcos - Porque essas últimas foram inauguradas, mas não tinham nem equipamento nem pessoas.

Heitor Braga – Não tinham equipamento, nem pessoas. Mas aí deixa o Waldenir falar, porque é o tempo dele secretário. Não, dele prefeito.

Maximus - Ele foi secretário praticamente o governo todo.

Heitor Braga - Não, mas eu não peguei essa fase inicial, essa transição.

Marcos – Nesses dois anos do Dr. Miguel Ângelo Coura, foi aí que houve essa...

Maximus – Doutor, o Miguel Ângelo era do Inamps aqui em Niterói, não era?(INAMPS)

59:40 Heitor Braga – Miguel Ângelo era do estado... ou era do Inamps?

Maximus – Eu me lembro de uma pessoa do Inamps, da (...) Amaral Peixoto 169 ou 171... 169 era do Ipase e o 171 da Administração.

Heitor Braga – Isso.

Maximus – Eu me lembro do Miguel Ângelo ali.

01:00:12 Heitor Braga – É, pode ser...

Maximus – E ali ficava a... não era a Superintendência, que era no Rio...

Heitor Braga – É, mas era o departamento de saúde do Inamps, que foi o Manuel de Almeida, chefe da Divisão de Medicina Social do INAMPS, em Niterói.

Maximus - Manuel de Almeida... foram essas pessoas que construíram.

Heitor Braga - Nessa época, antes da criação do Projeto Niterói, o presidente do Inamps era o Dr. Aloysio Salles e o Manuel era aqui de Niterói.

Marcos – Quem era o Manuel?

Heitor Braga – Manuel de Almeida.

Marcos – Ah, o médico do Antônio Pedro.

Maximus – Era professor da faculdade.

Heitor Braga – Isso. E o Manuel era muito ligado ao Dr. Aloysio.

Maximus - Era inclusive o médico do Dr. Aloysio.

Heitor Braga - Isso. Então, começou aí um entendimento de fazer as ações integradas de saúde de Niterói.

Marcos - O Dr. Manuel de Almeida era o quê?

Heitor Braga – Ele era... Eu não sei o título que era...

Maximus – Pois é, está me faltando a palavra. No Rio, seria Superintendente do Inamps.

Heitor Braga - É. Aqui ele era Diretor de Saúde.

Maximus – É, Diretor De Divisão Médica

Maximus - Que era ligado ao Rio. O Inamps de Niterói era ligado ao Rio. O Ôrencio de Freitas era ligado ao Rio, não era ligado a Niterói.

Heitor Braga - Ah, é?

01:02:10 Maximus - É. É uma coisa que chamava atenção, porque o Orêncio tinha um poder tão grande junto ao Inamps, que na verdade, Dr. Guilherme Eurico, Dr. José Fernando, aquele pessoal todo – era um hospital eminentemente cirúrgico – eles praticamente se reportavam ao superintendente do Rio. Praticamente, não, na verdade. Eram organicamente, estatutariamente ligados à superintendência do Rio.

Marcos - Então, o Dr. Manuel e do Dr. Aloysio começaram a apertar as “AIS” de Niterói.

Heitor Braga – Junto com Waldenir, na prefeitura.

Marcos – O Projeto Niterói é de 1982, e o Dr. Waldenir entrou em 1983.

Maximus – Quando ele entrou? 15 de março? Não era 1º. de janeiro, com certeza.

Heitor Braga – Não. Devia ser 15 de março. Nessa ocasião é que houve aquele prolongamento do período de governo, que antes era de quatro anos...

Marcos – Até 1989, em vez de ser quatro, passou a ser seis.

01:03:41 Heitor Braga – Prolongaram para poder coincidir com as eleições.

Marcos – Então ficou um governo longo...

Heitor Braga – Longo. Eu fiquei quatro anos. Nós saímos em 1º. de janeiro de 1989.

Maximus - Quando foi a posse do Jorge Roberto.

Heitor Braga - Isso. Bem, agora vamos falar da Secretaria de Saúde nesse período. Além dessa estrutura, na época do Waldenir prefeito, foi criado o Serviço de Pronto-Atendimento Francisco Pimentel, anexo à Unidade Municipal de Saúde do Largo da Batalha.

01:04:47 Marcos – Eu entrei na Universidade em 1977, e o primeiro lugar que eu fui foi a Ilha da Conceição, e o segundo, foi o Largo da Batalha, e a Unidade de Saúde era do lado para cá, e hoje em dia ela é do outro lado.

Heitor Braga - É, mas ali do outro lado é que era o Serviço de Pronto-Atendimento, que foi construído do lado, a ambulância entrava entre as duas.

Maximus – E até hoje é assim, não é?

Heitor Braga – Acho que é.

Maximus – É, até hoje é assim. A ambulância sobe ali.

(...)

Marcos – De um lado e de outro daquele pedaço de rua tem unidade de saúde?

Maximus – Não, é do mesmo lado.

Marcos – Quando eu fui, tinha uma Unidade – talvez essa filantrópica – que era do lado esquerdo.

Heitor Braga – Essa filantrópica.

Maximus – Onde fica, hoje em dia, um pequeno shopping.

Heitor Braga – Isso.

Marcos – Então hoje é tudo do mesmo lado. Isso foi criado no governo...

Heitor Braga – Do Waldenir. Então ele criou o Serviço de Pronto-Atendimento 24 horas, a que deu o nome de Francisco Pimentel. Na outra Unidade, lá na Engenhoca, que também tinha uma comunidade grande, ele criou outro serviço de pronto-atendimento, DR. Mario Monteiro . Esses dois serviços eram junto das Unidades Municipais de Saúde. E construímos uma outra unidade, especialmente para ser o Pronto-Atendimento, no trevo de Piratininga. (...) Um SPA, que foi especialmente construído para isso, a que ele deu o nome de Professor Roched Seba.

Marcos - O sr. lembra, por acaso, as datas, os anos? Esses SPAs, os dois primeiros, foram anteriores?

Heitor Braga - O primeiro foi no Largo da Batalha, logo no início, o Waldenir fez, mas eu não tenho a data. Depois, já fomos nós, no meu período de secretário, fizemos o da Engenhoca e depois, no final, construímos esse.

Maximus - Finalzinho do governo?

Heitor Braga - É.

Maximus - Então pode-se estabelecer uma certa cronologia. 1984, que foi quando o sr. se tornou secretário de saúde...

Marcos – O SPA do Largo da Batalha foi no tempo do Miguel Ângelo?

Heitor Braga – Foi do Miguel.

Marcos - O da Engenhoca já foi no tempo do sr.?

Heitor Braga - Pode ser 1983, 1985, 1987, por exemplo.

01:08:47 Maximus - Eu me lembro que na inauguração do Largo da Batalha eu era chefe da Emergência do Antônio Pedro e fui convidado para ir. E eu fui chefe da Emergência a partir de 1984.

Heitor Braga - É? Então foi 1984.

(...)

Marcos - Então no trevo de Piratininga talvez tenha sido 1987.

Heitor Braga - É, 1987 e princípio de 1988.

Marcos – E teve mais algum?

Heitor Braga – Nesse interregno – isso foi serviço de pronto-atendimento. Ele construiu também, nós construímos também, a Unidade de Saúde de Cantagalo, a UMS-12.

)

01:14:06 Marcos – A UMS-12 é Cantagalo.

Heitor Braga – Cantagalo. E a UMS-13, Vila Ipiranga.

Maximus - Essa foi a última?

Heitor Braga - Foi a última.

Marcos - E até hoje existe?

Heitor Braga – Não sei se existe. O Waldenir deu o nome do Dr. Carlos Tortelly e depois tiraram o nome e eu não sei se existe ainda.

Marcos – A 12, Cantagalo, tem um nome?

Heitor Braga – Todas elas têm nome, mas eu não me lembro.

Maximus – Adelmo Mendonça, Santa Bárbara. Luiz Decnop é ...

Marcos – Isso a gente tem uma lista.

Heitor Braga - ...Ilha da Conceição. Lauro Mota é Atalaia.

Marcos- Eu perguntei da Vila Ipiranga porque eu não ouço falar, será que acabou? Mas foi inaugurada?

Heitor Braga - Foi, funcionou.

Maximus - (...) Em 1975, depois de haver a fusão, a Secretaria de Estado de Saúde, com Woodrow Pantoja, fez um convênio com a Universidade Federal

Fluminense – Geraldo Sebastião Tavares Cardoso era o Reitor – para fazer o Programa Integrado de Saúde Materno-Infantil na Vila Ipiranga.

Marcos – Tinha alguma coisa lá. Que instituição era aquela?

Heitor Braga – Era a LBA.

Maximus - Não era a Leão XIII não, era a LBA?

Heitor – Era a LBA.

Marcos – Ou LBA ou Leão XIII, uma das duas.

Maximus – Estou achando que era Leão XIII.

Heitor – Leão XIII. Eu falei LBA porque ali, em Pendotiba, tinha um posto da LBA grande, que nós pleiteamos - que estava desativado, funcionando só com serviços pequenos, de orientação, de cursos - , para fazer uma unidade de saúde grande ali, mas não deram, transferiram para o município.

Marcos – Então houve essa unidade na Vila Ipiranga. Teve mais alguma?

Heitor Braga – Em termos de unidade, não. Mas teve outras coisas. Então, isso tudo, dentro da estrutura da saúde (...), fazia uma coordenação, era a Coordenação dos Serviços de Saúde. E havia outra coordenação, que era de epidemiologia. Nessa de epidemiologia e controle de doenças tinha o Centro de Epidemiologia e mais o Centro de Zoonoses, que também foi construído lá no Morro do Céu. Esse tem o nome do meu pai, que foi quem criou a Escola de Veterinária.

Maximus - Ah, o Braga...o Américo Braga foi seu pai?

Heitor Braga – Américo Braga. É. E lá, nesse, nós deixamos até o convênio – não chegou a ser convênio, era protocolo de intenções, entre a prefeitura e a Universidade, para que a Escola de Veterinária tivesse aquilo como campus.

01:18:22 Maximus – Eles inauguraram um belíssimo centro cirúrgico lá, agora.

Marcos - Mas o sr. está dizendo tivessem como campus, mas é lá no Morro do Céu.

Heitor Braga - Mas só o protocolo de intenções, porque não se chegou a formalizar, porque ele foi construído de forma que servisse de apoio não só para essa parte de medicina veterinária, de cirurgia, mas também como prevenção e controle de zoonoses, transmissão de vetores. Fizemos, naquela ocasião, os depósitos todos – naquela época era a Sucam – então eram os depósitos todos de material para fazer o controle que estava naquela categoria. E fizemos na primeira epidemia de dengue, em Niterói.

Marcos – E esse Centro de Controle de Zoonoses, em que bairro era?

Heitor Braga - Morro do Céu, Atalaia. Além desse – isso era o Centro de Epidemiologia e Controle – uma unidade de alimentos hidrossolúveis.

01:19:57 Marcos - Eu me lembro disso...

Heitor Braga - Era a vaca mecânica! Que foi desativado. Lá, nesse local, eu tenho a impressão de que está funcionando ou o ambulatório ou a emergência da unidade do Largo da Batalha.

Marcos – Porque é pertinho, um pouquinho antes. Eu me lembro disso, tinha leite de soja...

Heitor Braga – Lá tinha uma produção, ou poderia fazer, mil litros de leite de soja por mês. E tinha a Coordenadoria de Planejamento.

01:20:54 Marcos - Dr. Heitor, tem uma série de coordenadorias de serviços de saúde. Houve, durante o governo do Dr. Waldenir, a publicação de uma nova estrutura?

Heitor Braga - Houve.

Marcos – Porque eu sei que no governo do Moreira Franco teve; no do Armando Barcellos, que ficou pouco, mas fez; e no do Dr. Waldenir também teve?

Heitor Braga - Teve. Porque foram criados também os órgãos colegiados. Criamos dois órgãos colegiados.

Marcos - Quais?

Heitor Braga - O Conselho Municipal de Entorpecentes e a Comissão de Medicina Nuclear. Porque todas as fontes de energia usadas em saúde eram cadastradas só na Comissão de Energia Nuclear no Rio, na Urca, e aqui ficava ao deus-dará. Chegamos a cadastrar mais de 400 fontes de energia aqui em Niterói, em consultórios médicos e odontológicos.

Maximus - Sem controle?

Heitor Braga - Sem controle.

Maximus - Niterói era uma bomba atômica, literalmente. (risos)

Marcos - A gente fez uma pergunta no nosso roteiro: o que o sr. acha que o governo do Dr. Waldenir e seu trabalho deixaram?

Heitor Braga - Ah, deixou muita coisa! (risos) Mas deixa eu dizer uma coisa, fazer uma pergunta antes dessa – por quê não foi criado um Conselho de Saúde?

Marcos - O Conselho Municipal de Saúde?

Heitor Braga - Por quê? Por que não criamos? Faltou! Criamos o Conselho Municipal de Entorpecentes, e o Conselho Municipal de Saúde, por que não criamos?

Maximus – Seria lógico.

Marcos – Sem esquecer que em 1986 já tinha havido a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, que deu toda a força para isso. Por quê, doutor?

Heitor Braga – Porque praticamente ele já existia.

Marcos – Porque era o Projeto Niterói.

Heitor Braga – O Projeto Niterói. A maior importância do Projeto Niterói foi ele funcionar como centro de estudos para a criação do SUS. Não era só Niterói, foi Campinas e outras experiências nacionais que fizeram as bases para a criação do SUDS e depois o SUS.

Maximus – O SUDS e o SUS?

01:24:24 Heitor Braga – É, primeiro era Sistema Único Descentralizado de Saúde e depois ficou só o SUS.

Marcos – Por que o sr. falou em Campinas?

Heitor Braga – Campinas teve um projeto importantíssimo, igual a Niterói. Houve mais alguns, mas não me lembro... Londrina...

Marcos – Então é assim que o sr. vê o Projeto Niterói?

Heitor Braga - É, além do trabalho todo, creio que a maior importância foi de ele ser criado e contribuído como uma fonte de estudos acadêmicos para a criação do SUS. Ele funcionava, na prática do dia-a-dia, era um colegiado. Tinha a secretaria executiva, com o Gilson Cantarino

Marcos - Desde 1984 era o Gilson.

Heitor Braga - Era. O Gilson foi eleito naquela época, em 1984, e ele era da Secretaria de Saúde, também, designado para lá. Então, tinha representação do Inamps, que eu me lembro, o Maurício Velloso, ortopedista; e não sei separar bem se era da UFF ou do Inamps, o Márcio Torres.

Maximus – Da UFF.

Heitor Braga – Da UFF. Não sei se ele estava por um ou o outro...

Maximus – É porque ele trabalhava nos dois.

Heitor Braga – Eu ia pelo município, e pelo estado ia a chefe de seção de Santa Rosa.

Marcos - Ah, pelo estado era a chefe...

Heitor Braga – Do centro de saúde, que naquela época não se falava Santa Rosa, falava-se Vital Brasil.

Marcos – Então nesse tempo não havia ainda a municipalização, tudo continuava estado.

Heitor Braga – Não, havia uma integração. Eram Ações Integradas de Saúde, as “AIS”. Então havia um interesse de formar aquela estrutura e de juntar os serviços federais, estaduais e municipais, mas não ainda com decisões formais de governo, e com isso, na Secretaria Executiva do Projeto foram formadas comissões para esses estudos, sobre saúde materno-infantil, sobre ação odontológica...

Maximus - Grupos de trabalho?

Heitor Braga – Grupos de trabalho. Então essa foi a atuação mais...

Marcos - O sr. gostava de ir às reuniões? Eram produtivas?

Heitor Braga - Produtivas sempre foram. Mas havia muitas questões. Por exemplo, nós tínhamos uma Policlínica no Rio do Ouro, que era muito precária, conveniada com o Inamps.

Marcos - Era uma policlínica...

Heitor Braga - Policlínica particular. Então, muito criticada, mas o Inamps não podia descredenciar, porque senão deixaria descoberta aquela população ali. Mas ela não tinha condições de funcionar, então teoricamente ela tinha de ser fechada. Agora, socialmente, ela não poderia ser fechada. Então havia esses trabalhos que eram penosos para algumas administrações – esse seria um exemplo do Inamps.

01:29:05 Marcos - As pessoas lá no Projeto Niterói diziam: “Vamos fechar essa unidade!” Aí começava: “mas se fechar, a população vai ter o quê?” “Então a prefeitura tem que construir alguma coisa lá!” “Mas, como?” E vai assim...

Heitor Braga – É, e o município também criticava, falta médico na unidade tal, não tem estrutura para atender... havia sempre a superposição dessas críticas. Mas dentro do contexto geral, o Projeto Niterói teve essa importância.

Marcos - Havia uma integração?

Heitor Braga - Havia uma integração.

Marcos - As reuniões eram semanais, quinzenais?

Heitor Braga - Semanais, e havia reuniões também com a comunidade.

Marcos - E elas eram regulares, ou aconteciam...

Heitor Braga – Regulares com a comunidade.

Marcos - Eram reuniões diferentes.

Heitor Braga - Diferentes, dentro desse grupo de trabalho. O Projeto Niterói funcionava na Rua São Pedro.

Maximus – Até hoje ele funciona na UFF, em cima do Banespa.

Heitor Braga - É, em cima do Banespa.

Marcos - O Projeto Niterói tinha algum poder? Poder consultivo, acadêmico?

Heitor Braga - Deliberativo, não. Mas ele tinha um poder de assessoramento, de consultoria, e a deliberação tomada pelo colegiado, ou as deliberações, respeitavam sempre as disposições legais das instituições.

Marcos - Tinham um limite?

Heitor - Tinham um limite.

Marcos - As disposições do Inamps, de uma prefeitura, do estado, da UFF?

Heitor Braga – É, sempre se chegava a esse limite.

01:31:42 Marcos – Se, por exemplo, se quisesse... O Projeto Niterói dizia que estava havendo um uso indevido dos recursos humanos, e tal, esse tipo de coisa assim? Fazia umas análises que mostravam: está havendo superposição, está havendo desperdício, ou não?

Heitor Braga – Em termos de diagnóstico, sim. Mas em termos de definição real, não.

Marcos – O que fazer...

Heitor Braga – Do que fazer, não. Vamos dar um exemplo prático: o Inamps tinha, na Engenhoca, um posto do Inamps. Ao chegar na Engenhoca, ali naquela rua principal...

Maximus – (...) perto do Largo da Morte.

Heitor Braga – Isso, no Largo da Morte.

Marcos - E o município tinha...

01:32:49 Heitor Braga – E a prefeitura tinha uma unidade de saúde ali do lado. A unidade de saúde atendia, dentro das suas limitações, e o poderio do Inamps ali do lado.

Maximus – E um senhor poderio...

Heitor Braga - Um senhor poderio...

Marcos - E o Inamps só atendia as pessoas (...) pagam para o Inamps.

Heitor Braga – Isso. Então havia um desequilíbrio. E aquele desequilíbrio era apontado como um fator que precisava ter uma acomodação, um rearranjo daquela situação de saúde naquela área. Agora, isso tudo era proposição.

Marcos – Eu me lembro bem dessas duas unidades – a da prefeitura, e a do Inamps, que era forte, grande...

Maximus – Era o Panhoca, que chamavam: o PAM da Engenhoca.

Heitor Braga - Panhoca, era...

Marcos - Aí no Projeto se discutia, mas não se conseguia deliberar?

Heitor Braga – É, deliberar sobre isso, não, porque teria que desativar um ou outro.

01:34:05 Maximus – Acho que o Projeto, de uma certa forma, fazia alguns diagnósticos que apontavam...que se essas unidades trabalhassem harmonicamente, todos – especialmente a população - serão beneficiados e o gasto será muito menor.

Heitor Braga – Isso. Exatamente. Em termos de diagnóstico. Agora, em termos práticos disso tinha a integração, mais entre o Inamps e a municipalidade, via Projeto Niterói. O Inamps cedia médicos para trabalhar nas unidades de saúde do município. Cedeu vários. Como também o município cedeu ao Projeto Niterói profissionais para trabalhar na Secretaria de Saúde.

01:34:52 Marcos – Ah, então eles eram cedidos ao Projeto Niterói, ou eram cedidos diretamente, os médicos?

Heitor Braga – Via Projeto Niterói.

Maximus – Funcionava como intermediador?

Heitor Braga – Intermediador. Com isso: o Inamps dispunha de pessoal, a prefeitura carecia desse pessoal, então havia essa cessão.

Marcos – O Projeto Niterói tinha dinheiro?

Heitor – Não. Ele funcionava em prédio do Iapas, e com recursos também cedidos pelo...

Marcos – Pelas instituições, ou pelo Iapas?

Heitor – Mais pelo Iapas.

Marcos – Porque a gente já leu, Maximus e eu, estranhamente, como se o Projeto Niterói repassasse verba – não era um pouco isso? Está escrito isso, a gente não acredita, mas por que se pensaria isso? Porque, vamos dizer, se alguém fizesse um planejamento e submetesse ao Projeto Niterói, por exemplo,

a prefeitura queria fazer e mostrava às outras instituições no âmbito do Projeto Niterói, e aquele colegiado dizia: não. Isso não era lei, né, não tinha poder de...

01:36:37 Heitor Braga – Não, isso não acontecia.

Maximus - Eu me lembro que eu fazia parte do grupo de trabalho de emergências...

Heitor Braga - Isso, grupo de trabalho.

Maximus - ... porque eu era chefe da Emergência do Antônio Pedro, que na época era um... funcionava 24 horas por dia, sete dias por semana, sem parar. Com todas especialidades, e que na verdade acabava virando, como um Samdu, um grande ambulatório e uma grande emergência, fazia-se de tudo. O Azevedo Lima, a essa época, estava fechado, quase demolido, em obras - obras de igreja, como se diz, não acabam nunca; o Ari Parreiras com aquela seção de...

Heitor Braga – Só havia pneumologia...

Maximus - ... só de tuberculose, e o Orêncio de Freitas, cirurgia eletiva, assim mesmo só as coisas “filé mignon”,

Heitor Braga – Isso... para gastro...

Maximus – para do aparelho digestivo, e...o Getulinho... também meio complicado... Então o Antônio Pedro...

Heitor Braga – É quem fazia tudo.

Maximus - ... arcava com aquilo tudo. Eu me lembro que nas muitas reuniões que se davam no Projeto Niterói, a maneira de fazer a hierarquização do atendimento de emergência – e isso a gente conseguiu fazer durante um certo tempo – era com o Azevedo Lima, com o Getulinho, mas não com o Orêncio.

01:38:20 Interessante, isso, e com muitas pessoas do Orêncio trabalhando no Antônio Pedro.

Heitor Braga – Isso.

Marcos – Mas eram funcionários do...?

Maximus – Do Antônio Pedro, e do Inamps, também. Era uma coisa, assim...

Heitor Braga - Mas é porque o Orêncio de Freitas sempre foi um hospital fechado.

Maximus – Um feudo...

Marcos - Um feudo.

Heitor Braga - Um feudo, ali, sempre da parte de gastro.

01:38:52 Marcos – Então o Projeto Niterói tinha esse poder, assim, consultivo, de assessoria?

Heitor Braga - É, e a gente fazia, quer dizer, praticamente a gente fazia essa permissão de exercício nas instituições.

Marcos – De pessoal?

Heitor Braga – É. Agora, além dessa miudeza, vamos dizer assim, tinha os grupos de trabalhos técnicos, de reorganização, de rearranjo da saúde na cidade.

Marcos – E essas decisões desses grupos técnicos de trabalho, eram respeitadas?

Heitor Braga – Eram acadêmicas.

Marcos – Mas nesse sentido, eram acatadas? Por exemplo, pela prefeitura municipal, “Vamos reestruturar...” Naquele tempo do sr. ainda não tinha o SUS, era antes... “Vamos reestruturar o hospital de Jurujuba”, que era...

Heitor Braga – Era do estado.

Marcos – Então: “vamos reestruturar a unidade lá do Largo da Batalha” – aí, o município acatava, ou...?

01:40:02 Heitor Braga – Dentro dos recursos que se tinha disponíveis, dentro da disponibilidade.

Marcos - Mas eram... tinham valor, né?

Heitor Braga - Tinham valor.

Maximus – Eram auscultadas.

Heitor Braga – Eram auscultadas. O problema sempre era a dificuldade de recurso.

01:40:32 Maximus - É, porque o Inamps centralizava todo o dinheiro e passava... O poder que eu acho que – e estava discutindo com o Marcos sobre isso – quando se fala em poder financeiro do Projeto Niterói, ou repasse financeiro do Projeto Niterói, talvez as pessoas quisessem dizer - mas quando você coloca isso no papel, fica perigoso não colocar corretamente - é porque o Projeto Niterói podia, na tentativa de organizar melhor o funcionamento da rede pública, ou de atendimento público - porque tinha também os conveniados que iam participando das reuniões, participavam todos os órgãos... Lembro do DR. Arani), que também era docente da UFF, uma vez reclamando, até não poder mais, não sei o quê da anestesia, e tal...

Marcos - Então tinha uma representação das casas de saúde?

Maximus - Tinha. Todo mundo participava.

Heitor Braga - Tinha, por causa do Inamps.

Marcos – Ali dentro do Inamps tinha a parte de...

Heitor Braga – O Inamps era hegemônico.

01:41:29 Marcos - Sim, porque essa parte de convênio representava grande parte da assistência da cidade, né?

Maximus – Uma boa parte. A outra era do Antônio Pedro.

Heitor –É.

Marcos – Tinha o Antônio Pedro e tinha as unidades de saúde que tinham...

Heitor Braga – Então, vamos tentar interpretar essa parte de repasse de recursos.

Maximus – É, porque na verdade acho que o Projeto Niterói tentava hierarquizar, de alguma maneira, e ordenar essa situação, porque o dinheiro do Inamps vinha – o Projeto Niterói foi criado pelo Inamps...

Heitor Braga – Pelo Inamps. Agora, o dinheiro do Inamps vinha como? Aí é que vem a coisa... O dinheiro do Inamps... Naquela ocasião das ações integradas de saúde, o Inamps comprava serviços. Comprava serviços dos conveniados. Então, era a estrutura particular. E a partir de uma determinada época, não foi só o Projeto Niterói, o Projeto Niterói era aqui em Niterói, mas foi ... - aí entra o Aloysio Salles -, ele, o Inamps passou a também, a comprar serviços também da rede pública. Então havia o repasse de saúde de acordo com a produção de serviços das unidades de saúde.

Maximus – Então o Antônio Pedro passa a receber?

Heitor Braga – Passa a receber pela produção de serviços. E aí também as unidades do município passaram a receber pela produção de serviços. Isso não era... quer dizer, vamos dizer, o Projeto Niterói era o catalisador? Não,... porque isso...

Marcos – Isso era uma lei, né, uma lei nacional?

Heitor Braga - Uma lei nacional.

Marcos - Não era de Niterói, era uma lei nacional.

01:43:33 Heitor Braga - É. A gente passava pelo Projeto Niterói, quer dizer, a gente mandava a produção de serviços para o Projeto Niterói contabilizar, a produção de serviços...

Maximus – E ele canalizava essa informação.

Heitor Braga – Essa informação.

Marcos – Mandava a produção de serviços para o Projeto, que era o intermediário entre o município e o Inamps.

Maximus – Esse papel do Projeto Niterói, a meu modo de ver, é fundamental, é seminal nessa história, porque ele, de alguma forma, organiza uma coisa que se superpunha ao longo do tempo. Muitas vezes, era comum o paciente sair do Santa Mônica, atendido pelo Inamps, não gostava do atendimento, ia para o Antônio Pedro, não gostava do atendimento, ia para o Azevedo Lima, quando o Azevedo funcionava, e depois voltava para o Antônio Pedro, para fazer a mesma coisa!

Marcos – Então se criou... o Projeto Niterói era um órgão central para saber dessa produção das várias instituições – particulares e depois de um tempo...

Heitor – Das várias instituições... Particulares eu não sei se o Inamps mandava para lá.

Marcos – Mas da pública mandava?

01:44:57 Maximus – Das particulares o Inamps não sei se mandava para lá, mas as particulares tinham participação nas discussões, porque na verdade o valor de dinheiro que vinha – e isso depois se concretizou quando a Secretaria Municipal de Saúde é ocupada por Gilson, e isso demandou um certo tempo,

evidentemente – mas o volume de serviços realizados era dividido entre os segmentos; havia uma segmentação, e essa segmentação atendia, evidentemente, já que o setor público não conseguia atender a todas as situações, tinha que atender também a parte privada, não tem solução, especialmente na parte de exames, que cresceu exponencialmente.

01:46:00 Marcos – E isso representa... Quando o Inamps começou a pagar pela produção ao município, o município começou a ter alguma folga, né, vamos dizer assim...

Heitor – Exato, sim.

Marcos - Os recursos para construir essas unidades vinham de uma coisa chamada FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, isso sumiu, ou vinham do IPTU...?

Heitor – Não. Nessa ocasião, só recursos do município.

Maximus – No governo Waldenir?

Heitor – No governo Waldenir. Só recursos do município. O dinheiro que vinha repassado das AIS, da produção de serviços, eram aplicados nos ensumos básicos. Não se poderia pagar pessoal, não era permitido pagar pessoal. Então só vinha mesmo para a parte de manutenção, custeio de manutenção, ou equipamentos. E deu um aporte muito importante...

Maximus – Deu uma subida muito boa.

Heitor – É.

Marcos – Não podia contratar pessoal.

Heitor – Não, não podia pagar pessoal.

Marcos – Pagar pessoal. Não podia construir unidade, as unidades tinham que vir com recursos...

Heitor - Não é que não podia...

Marcos – Mas não dava?

Heitor – Mas não dava, porque a produção de serviços das unidades de saúde, o pagamento era mínimo.

Marcos – E era talvez aplicado na própria?

Heitor – Nas próprias unidades.

Marcos – Só se tivesse uma unidade muito carente, uma que tivesse mais força, dava uma... passava um pouco para lá?

01:47:42 Heitor – Mas não dava. Não dava sustentar e para construir...

Marcos - Então, essas unidades que foram construídas, foram construídas os com recursos da prefeitura?

Heitor – Da prefeitura.

Marcos - ICMS, foi desbloqueado, ou não, ficou o tempo todo bloqueado?

01:48:05 Heitor – Dentro da estrutura de governo, isso é uma caixa única. A única coisa que funcionou sem ser caixa única foi o Centro de Controle de

Zoonoses, porque o recurso do convênio foi direto do Ministério da Saúde com a Secretaria de Saúde do Município, via prefeitura, e naquela situação de caixa única, a liberação, devido à inflação ser tão alta naquela época, se o dinheiro ficasse parado na Secretaria da Fazenda, não se ia construir nada. Então nós depositamos esse dinheiro todo que veio, através do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde, no Banco do Brasil, e com isso tocamos a obra. Compramos equipamento, concomitantemente com a execução da obra, porque senão a inflação ia comer o dinheiro todo e não se ia construir nada.

Maximus - É, e àquela época você praticamente fazia obra com os juros da inflação...

Heitor - É.

Maximus – Dr. Heitor, eu tenho uma pergunta, sobre a qual estou curiosíssimo. O que aconteceu, no final do governo (voltando só um pouco, aqui) – não sei se é no final do governo, mas... – no governo do Armando Barcellos, que ele acaba renunciando ao governo, de uma certa forma... Se eu estiver errado o sr. me corrija, por favor. Porque os funcionários não recebiam, as unidades não tinham dinheiro, as pessoas praticamente estavam... Isso era 1982, não um tempo tão distante assim...

Heitor Braga – E àquela época, quem era o Secretário de Saúde?

Marcos – Era o Renato, o Renatinho. E de passagem, Dr. Heitor, o sr. tem ou sabe algum contato com esse Renatinho?

Heitor - Não, a gente pode ter... Waldenir tem. Waldenir fala com todo mundo, aquele ali conhece todo mundo. Waldenir é excepcional.

Marcos - Então, o sr. sabe o que aconteceu com o Dr. Armando Barcellos?

Heitor - Não sei não...

Maximus – Porque não se acha referência, nem com o prefeito... Aparece o Luiz Pinaud, que ficou interinamente, dias, e uma pessoa como o Armando Barcellos, que era um político de Niterói, presidente da Câmara de Vereadores, desaparece...

Marcos – Ele ainda está vivo?

Heitor – Eu não sei...

Maximus – Eu não consigo entender...

Marcos – Mas ele era o vice do Moreira Franco...

Maximus – Era o vice do Moreira!

Marcos – E foi, durante o governo inteiro..

Heitor – É, e ele era muito conhecido em Niterói. Como o Maximus falou, foi presidente na Câmara...

Maximus – E sumiu, o nome dele sumiu! Aliás, com muito esforço, procurando na Câmara de Vereadores, encontro referência ao Vereador Armando Barcellos, que apresentou o projeto de lei tal e tal, mas ao prefeito Armando Barcellos...não encontro! É uma coisa que fica... E aconteceu, quer dizer, nesses seis meses em que ele foi prefeito – porque ele fica como prefeito até antes da posse de Waldenir, quem deve ter passado o cargo ao Waldenir deve ter sido o presidente do TRE, ou o presidente da Câmara, alguma coisa assim...

Marcos – O sr. lembra disso, o sr. estava na posse do Waldenir?

Heitor - Não, eu estava na... Eu sempre fui muito fechado no meu trabalho, então não era muito chegado...

Maximus - Ele ficou um tempo considerável... ficou 180 dias, seis meses. Quer dizer, o Waldenir saiu em maio, então: novembro, dezembro, janeiro, fevereiro, até meados de março... quatro meses e meio, praticamente...

Marcos – E sabe que nesse tempo ele fez, no papel, uma reestruturação da Secretaria de Saúde...

Maximus - No dia 16 de novembro.

Marcos - A estrutura de Secretaria de Saúde que o Dr. Waldenir recebeu foi feita pelo Armando Barcellos. Porque o Tomazini, o Moreira Franco fez, e ele fez outra.

Heitor Braga – Ah, é?

Marcos – Fez. Assinada por ele e pelo Renato.. A gente ainda não confrontou as duas para ver o que havia de diferença, se houve alguma diferença significativa, mas a gente sabe disso, a gente tem as duas, e acho que o Dr. Waldenir deve ter feito uma.

01:54:21 Heitor – Deve. Certamente fez. Deve ter feito a incorporação dessas coordenadorias.

Marcos – Ah, então pode ter tido até duas.

Heitor – Agora vamos voltar àquela pergunta sua. O que que é o mais importante? Algumas coisas foram mais importantes. Uma coisa que nós fizemos e que foi importante para Niterói e São Gonçalo e que não consta em nada de estrutura nem de serviços foi a fluoretação da água de abastecimento público. Conseguimos com a CEDAE fazer isso, para prevenção da cárie dentária.

Maximus - Consta sim.

Heitor - Consta?

Maximus - Consta sim.

Marcos - Isso foi feito durante, ou no fim...?

Heitor - Foi no meio, que nós fizemos. Porque, voltando atrás, no antigo estado do Rio a Secretaria de Saúde era Secretaria de Saúde e Saneamento, então, a CEDAE de hoje era a SANERJ daquela época. Era uma companhia de água e esgoto do estado que era vinculada à Secretaria de Saúde. Era um apêndice. Como é o cemitério hoje, era um apêndice. Mas a gente tinha muita ligação com os engenheiros sanitaristas de desde aquela época a gente vinha tentando fazer a fluoretação. E conseguimos nessa época agora, colocar na estação de Imunana, no Laranjal, e fazer a fluoretação da água de abastecimento público de Niterói e São Gonçalo, para prevenção da cárie dentária. Isso foi uma das vitórias; epidemiologicamente tem sua importância.

01:56:50 Marcos – E o sr. gostou de ser secretário? Era muito trabalhoso, mas gostava?

Heitor Braga - Gostava.

Marcos – Porque às vezes tem uma parte política, que não deixa as coisas...

Heitor Braga - Eu nunca me vinculei à parte política. Eu sempre, à parte, deixei a parte política de lado. Até, quando, na Secretaria de Estado, tinha aquelas solenidades no palácio do governo, Palácio do Ingá, e o pessoal do cerimonial me chamava, “Dr. Heitor, vem para cá, ficar ao lado das autoridades”, e eu estava lá misturado com o meu pessoal. Mas do trabalho eu sempre gostei. Hoje eu me arrependo de não ter me dedicado muito à parte médica, profissional, clínica; eu sempre fui, de um tempo para cá, voltado sempre para a administração pública.

Formei-me em 1955, fiz o curso de Administração Hospitalar, fiz o curso de especialização em Psiquiatria e depois fiz um de Planejamento em Saúde, tudo isso na Escola de Saúde Pública da Fiocruz. Aí fui ser diretor de um hospital, Hospital Colônia do Carmo, aí voltei para cá para ser chefe de divisão, depois diretor de departamento, chefe de gabinete e secretário de estado. Na estrutura do Antônio Pedro fui chefe de serviço, depois fui diretor administrativo do Antônio Pedro, e superintendente, na época do Aloysio Salles. Aí a minha parte médica, clínica, ficava restrita ali ao meu doente de ambulatório...

Marcos – Às sete da manhã...

Heitor Braga – Às sete da manhã, antes de começar a burocracia... E depois fui para a prefeitura do Rio, depois para ser secretário municipal, então, sempre fiquei vinculado a isso, até me aposentar no Antônio Pedro e no estado. Com isso, hoje, eu me afastei da medicina. Eu leio, mas não me sinto capaz de exercer.

Marcos – [...]

Heitor – É, não me sinto capaz. Essa parte, eu sinto. Mas em termos de trabalho, entre as pressões negativas, as faltas de recurso, isso tudo, eu sinto que realizei alguma coisa. Deixei alguma coisa.

Maximus - E deixou mesmo, porque eu vou lhe dizer uma coisa. Em conversa que tive com Gilson Cantarino, de quem eu sou amigo pessoal, ele disse, “Poxa, se você conseguir conversar com o Heitor, dê um abraço nele, porque é uma pessoa que teve uma importância enorme, foi de uma gentileza sem par, e foi” – por isso que eu perguntei – “a pessoa que implantou os SPAs em Niterói”, porque tinha aquela coisa de parar às cinco da tarde, e depois? Quem é que vai atender?

Heitor Braga – Hoje são as UPAs. Naquela época foram criticados...

Maximus – Exatamente. Agora virou... então o Gilson Cantarino me mandou...

Heitor Braga – Obrigado, eu fico...

Maximus - E falou exatamente isso [...] “Eu me lembro sempre Dr. Heitor, às sete da manhã, chegando ao ambulatório.” Parece que é um adágio psiquiátrico, porque o Fernando também chega às sete da manhã ao ambulatório para atender os pacientes.

(risos)

02:01:31 Marcos - Dr. Heitor, desculpe perguntar uma coisa, que me escapou: como é que a população de Niterói se relacionava com a Secretaria? Havia... porque [...] isso de Federação de Pendotiba, coisas de ônibus, para reclamar de ônibus, e depois foi crescendo, a federação das associações de moradores – FAMNIT elas iam ao Projeto Niterói, ou à Secretaria?

Heitor Braga - Às duas entidades. Tanto vinculavam ao Projeto Niterói, dentro dessa estrutura da FAMNIT nessas reuniões de associações de moradores, com os grupos de trabalho, tudo, como também com a prefeitura. Então, nós tínhamos um contato permanente.

Marcos – Como era, elas chegavam, eram recebidas - tinha uma seção para recebê-las?

Heitor – Não. Elas tinham contato direto, via unidade de saúde. Elas falavam direto via unidade de saúde.

Marcos - E dali as coisas chegavam até o nível central.

02:02:55 Heitor – Chegavam até o nível central. Tinha a parte política delas com a prefeitura, com a comunicação social da prefeitura, mas dentro da saúde não, o canal era direto, centro de saúde, posto de saúde, unidade de saúde e o central.

Marcos - Essa foi uma época... de 1986, com a 8^a. Conferência, e depois, em 1988, com a Constituição, que fala que a população... é o controle social.

Heitor Braga – Isso, o controle social.

Marcos – E Niterói já tinha um certo...

Heitor – Isso era mais... em termos de debate, era mais dentro do Projeto. Em termos de contato da realidade de cada comunidade, aí era direto com a unidade de saúde e direto com a Secretaria.

Marcos - O sr. fez um trabalho bom!

Heitor - Nós deixamos até a lei da Fundação Municipal de Saúde pronta. Só que eu tenho impressão de que o Gilson não a aproveitou. Porque se aproveitou, ele fez uma nova lei, um ano depois.

02:04:34 Maximus - É, porque teve a conferência em 1991, e a Fundação saiu em 1992.

Heitor Braga - Mas nós deixamos uma... em 1988, antes de sairmos, deixamos uma lei aprovada e sancionada. A lei de criação da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

Maximus – Na Câmara de Vereadores?

Heitor - É. Essa lei não entrou em vigor.

Marcos – Entrou uma outra?

Heitor – É. Entrou uma outra, que foi feita um ano depois, pelo Gilson.

Marcos – Por que será, né? A gente vai procurar saber...

Heitor – Certamente foi para fazer melhor.

02:06:21 Marcos - Bom, agora a gente já sabe muita coisa. E cada vez a gente sabe perguntar melhor, no fundo é isso.

Maximus – É porque na verdade, o que nós nos ressentíamos, e agora já não tanto assim, era da falta de informações, que pode ser uma coisa natural porque o período estabelecido é um período que eu vivenciei, atuando praticamente o tempo todo, no Antônio Pedro, e conhecendo o sr., o Gilson foi meu aluno, o pessoal todo, e você acha que aquilo... mas quando você vai procurar

documento - e aí o Marcos, como meu orientador, perguntava: “mas isso está escrito onde?”, aí...

Heitor - É, pois é...

Maximus - ...você não encontrava. Porque a Prefeitura Municipal de Niterói, se você entra na prefeitura, no site da prefeitura, você não encontra nada escrito. A Secretaria Municipal de Saúde remete para a Fundação Municipal de Saúde, então é uma coisa como se não tivesse existido. Até você encontrar coisas, você leva um tempo enorme! O que tem nos servido muito – aliás, um contato importante foi aquela bibliotecária da Receita Federal no Rio de Janeiro. Porque veja o sr., os diários oficiais que a Universidade Federal Fluminense detinha, recebia regularmente, e tinha até uma seção específica de diários oficiais – só os tem até cinco anos atrás, todos os outros foram encaminhados para a Receita Federal no Rio. Então, eu precisei fazer um contato, através de pessoa conhecida, com a bibliotecária, que foi gentilíssima, uma pessoa superacessível, perfeita. E é uma dificuldade imensa até para conseguir coisas dentro da própria Universidade. Um exemplo é até a própria Satiê Mizubuti, que não conseguia localizar de maneira alguma, e foi preciso também, com uma terceira pessoa, que foi da biblioteca, que descobriu que tinha um volume tal, assim, em tal biblioteca...

Marcos - Dr. Tomassini, quando entrou, fez um plano. Até um mês atrás a gente não tinha esse plano. Ele, Dr. Tomassini, pessoalmente não tem um exemplar do plano.

02:09:03 Heitor – Mas isso é que eu ia falar: se a gente estivesse tendo essa conversa um ano atrás, eu teria muita coisa. Eu teria um trabalho da história de Niterói toda, da parte geográfica, da parte de descobrimento, tudo. Mas eu fui me desfazendo das coisas, me desfiz de tudo. Que pena. Um ano atrás eu tinha isso, um trabalho grande.

Maximus - E esse também o sr. não sabe onde está?

Heitor - Não, eu desfiz, acabei com ele.

Marcos – E o Dr. Heitor é igual a mim, escreve à mão.

Heitor Braga – Ah, eu não sei...

02:10:28 Marcos – Mas posso dizer ao sr. que aquela simples conversa ao telefone, antes desta, quando eu acabei de conversar com o sr. eu falei para o Maximus, vamos começar em 1975 e não em 1977, porque só aquilo... as coisas têm começo, elas não nascem assim, do nada, elas têm uma história, uma origem.

Heitor – A história começou em 1975.

Marcos - E é razoável que tenha começado assim, houve a fusão, o município adquire outra...

Heitor - E ela se transformou quando foi instalada a Fundação, aí começa outra história.

Maximus – Que é o período maior nosso, mais alto.

Marcos - A Fundação é de 1992, não é? A gente está fazendo nosso período final – primeiro era de 1977 a 1991, agora ficou 1975 a 1991, não sei se a gente não devia por 1992, com a Fundação Municipal de Saúde, talvez devesse.

02:11:36 Heitor - É a história da administração direta. Pega a estrutura da administração direta, do começo ao fim, porque daí passa à administração indireta, que é a Fundação.

Maximus – O sr. sabe que o sr. falou essa frase agora e me deu uma sensação – e aí eu vou ter que perguntar ao meu mestre-escola aqui, no bom sentido, o que ele acha, vamos ter que discutir sobre isso –, porque surgiu uma perspectiva de... a história da administração direta, o sr. falou, do início ao fim. Quer dizer, não é o fim de “acabar”, mas como ela começou, em 1975, com a fusão, e como ela...

Heitor Braga – passou adiante...

Maximus – Não, chegou até um certo ponto. E daí para frente ela (...)

Marcos – Mudou de nível. (...) Ela nasceu em 1975 e se transformou em 1992.

Heitor Braga – Isso.

02:15:50 Maximus – Essa sua frase foi...

Marcos – Está vendo, Dr. Heitor, já mudamos, por causa do sr., duas datas! É bom isso, é uma coisa incrível, porque a gente vai entendendo; entendendo melhor a situação toda... a gente às vezes tem um fragmento, e com esse fragmento a gente constrói um período, mas aí você entende mais, alarga pra cá, alarga pra cá, ele fica...

02:13:16 Heitor Braga – Agora, uma outra coisa: a par da estrutura, da organização, tem a parte da epidemiologia, do estudo epidemiológico da cidade, do município. Então, esses dados poder-se-ia conseguir no departamento de epidemiologia da secretaria de estado. Porque o estudo da mortalidade infantil

veio decrescendo, gradativamente, enquanto a mortalidade, proporcional, acima de 50 anos vai crescendo. O estudo de fecundidade e da natalidade caiu, então, a composição da população mudando... esse estudo todo poderia ser feito à parte, também.

Marcos – O estado talvez tenha...

Heitor Braga – Tem esses dados todos. Ai poder-se-ia construir até o gráfico desse período, de 1975 a 1992. Seria talvez importante, ao lado da análise, vamos dizer, institucional, a análise de saúde do município nesse período.

Marcos – Demográfica... A gente tem uma parte na tese, Dr. Heitor, que é a história de Niterói. Muito sucinta. Tem uma outra que é a evolução urbana de Niterói – porque isso é importante.

Heitor Braga - É importante.

02:15:10 Marcos - E aí a gente tem dados. Tem um livrinho, Maximus está com ele aqui, “Niterói: Perfil de uma cidade”.

Maximus - Tem o livro de Carlos Wehrs

Heitor Braga – Ah, do Carlos Wehrs, o Carlinhos...

Marcos – Tem o livro do Carlos Wehrs e tem um livro que foi editado depois que a Satiê saiu, e tem dados bons sobre Niterói. Mas a gente ainda não entende muito a evolução urbana de Niterói.

Maximus - Nem nesses dois livros que vieram da Secretaria de Ciência e Tecnologia, no tempo da Satiê, você não tem essa frase: evolução urbana da cidade, ou do município, de Niterói.

Marcos – Porque isso deve ter tido uma repercussão na saúde, claro, e vice-versa.

Heitor Braga – É. E aqui nós tivemos um trabalho importante na época do Amaral Peixoto, não na primeira fase, mas foi a criação da Companhia de Desenvolvimento Urbano de Niterói.

Marcos – Que é a CODESAN?

Heitor Braga – Não, a CODESAN é da época do Moreira Franco. Isso foi por volta de 1940...

Maximus – Quando ele foi interventor, ou governador?

Heitor Braga – Governador.

Maximus - Então foi 1950.

Heitor Braga – 1950, então.

Marcos – Companhia...?

Heitor Braga – Companhia de Desenvolvimento Urbano de Niterói. A sigla dela era... Ela faz aquela parte de... por que São Domingos e Gragoatá não podem se desenvolver, não podem criar aquelas (...) todos. Tudo aquilo ali é dessa época da Companhia de Desenvolvimento Urbano de Niterói.

[Marcos – Talvez, Maximus, naquele livro da Fundação Getúlio Vargas sobre Amaral Peixoto...]

Heitor Braga – Mas para isso vai ser muito importante a conversa com o Waldenir. O Waldenir tem tudo isso.

[Marcos - E você acha que ele vai conversar com a gente?

Heitor Braga - Claro que vai. Claro. Eu venho com ele.

Marcos - Vai ser ótimo.]

[...]

01:28:06 – Um dado sobre o que eu encontro muita dificuldade – pode parecer uma bobagem, mas para mim é evolução urbana de Niterói – foi a construção do Túnel Raul Veiga, o primeiro túnel.

Heitor Braga – No tempo do Roberto.

Maximus – O Roberto começou as obras.

Marcos – Qual é esse túnel? É o que liga...

Maximus – É túnel da Lemos Cunha. Todos dois ligam São Francisco a Icaraí. Um é na reta em relação à Roberto Silveira, que é o maior dos dois e é do tempo dos anos 1970 e pouco, que foi feito pelo Moreira.

Marcos – E o outro...?

Heitor Braga – O outro foi feito pelo pai do Jorge Roberto.

Maximus - Pelo Roberto?

Heitor Braga - Pelo Roberto.

Maximus - Foi o Roberto quem fez aquele túnel?

02:18:56 Heitor Braga - Foi.

Maximus - Pensei que ele só tivesse começado as obras, assim como da Avenida do Contorno ele começou as obras, não as terminou, porque faleceu antes. Certamente as terminaria, mas não as terminou porque faleceu antes.

Marcos - Então esse túnel tinha mão dupla?

Heitor Braga - Naquela época, tinha.

Maximus – Tinha mão dupla. Uma faixa pequena de ida e uma faixa grande volta. Era dividido por “gelo baiano”.

Marcos – Então a gente precisa recuperar essa evolução urbana da cidade – um pouco, não muito, mas precisa.

Maximus - Acho que é importante porque as informações da administração do Moreira, inclusive o Pedro Lentino me confirmou, que foi uma pessoa muito importante no governo do Moreira...

Heitor Braga - Foi.

Maximus - E ele... me havia dito, e eu havia lido, mas não explicitamente sido colocado desta forma: onde era feito uma unidade municipal de saúde, ou um posto de saúde – digamos assim, para simplificar - ao lado desse posto ou dessa unidade era feito também uma creche e, geralmente, uma escola elementar, naquela época...

Heitor Braga – É.

Maximus – ... e isso determinava a construção, digamos assim, das vias de acesso e, evidentemente, do serviços de ônibus, essa coisa toda, que existiam naquela época.

Marcos - As estradas passariam perto das unidades.

Maximus - Passariam pelas unidades.

Heitor Braga – Isso não era típico de Niterói.

Maximus - Não?

02:20:49 Heitor Braga - Não. Isso era um programa, uma norma de urbanismo, e toda formação urbana nova deveria conter uma disposição de serviços públicos básicos de saúde e educação, como centro vital daquela área.

Maximus – Essa norma é de onde?

Heitor Braga - Isso é uma norma...

Maximus – Isso parece coisa de europeu..

Heitor Braga – Eu não sei... Isso é uma norma... sempre se adotou, eu não sei de onde, como nasceu...

Marcos - Serviços públicos de saúde e educação, como...

Heitor Braga – Como base daquele... como núcleo ou centro nodal da comunidade.

Marcos - Aí, como conseqüência, a estrada passaria perto, para a criança não precisar correr risco... para chegar até a escola...

Heitor Braga – É. Não sei de onde vem...

Maximus - O exemplo máximo disso, que eu vi acontecer, era em Santa Bárbara. Tem o posto de saúde – eu dei aula em Santa Bárbara – em frente tem o primário e o ginásio... tem um nome diferente agora...

Heitor Braga – Primeiro e segundo graus.

Maximus – É, primeiro e segundo graus. E logo abaixo tem uma outra que eles chamam de Rachid, que é o nome da escola... Não, não é Rachid, não, tem o nome... daquele rapaz que foi, que era sanitaria...Davi ...

Marcos – Capistrano.

Maximus – Davi Capistrano, que é terceiro grau. Interessante, isso.

Heitor Braga – É. No Viradouro também, é escola e posto de saúde, juntos.

Maximus – No Largo da Batalha não é.

Heitor Braga – No Largo da Batalha não é.

Maximus – Eu não sei se Atalaia, Morro do Castro...

Heitor Braga - Atalaia não, Piratininga não, Morro do Castro, não. Morro do Estado é. Mas também por causa da localização geográfica. Colocaram as duas juntas ali, porque no alto do morro. Também tem isso. Mas sempre se procurou

seguir essa orientação, de colocar os serviços básicos de educação e saúde como polo nodal da comunidade.

02:24:05 Maximus - Isso pode ser da Organização Pan-Americana de Saúde?

Heitor Braga - Pode ser... não...

Marcos - Talvez não. Pode ser de fora da saúde, talvez de urbanismo mesmo.

Heitor Braga – É, eu acho que é de urbanismo mesmo, de desenvolvimento regional urbano...

Maximus - Porque eu me lembro que no governo do Lacerda, no Rio, quando foi governador [...] fez uma série de escolas. O Amaral Peixoto aqui também fez uma série de escolas. E o Lacerda fazia... ah, sim: as unidades municipais – não tinham nome de unidades municipais de saúde, eram centros de saúde...

Heitor Braga - Centro Municipal de Saúde.

Maximus - O dentista, o médico, do centro municipal tinha um número de escolas sob a supervisão dele. Então, frequentemente ele ia, tinha um consultório dentário nas escolas...

Heitor Braga – Como aqui também. Nós tínhamos um serviço médico e odontológico escolar.

Maximus – Eu via isso no Pedro II, onde eu estudei. Eu via isso. Tinha um médico lá, um gabinete odontológico...

02:25:38 Heitor Braga - Fazia biometria, sempre no início do ano...

Maximus – No início do ano letivo.

Marcos – Media altura das crianças?

Maximus – Isso. E se inferia uma série de dados a partir disso. É muito interessante isso que o Lacerda instituiu. Eu não sei, evidentemente,[...] eu não sei se era uma idéia dele, especificamente, talvez...

Heitor Braga – Mas o programa de governo é sempre criado, mesmo...

Maximus – Mas era uma coisa interessante. Lembro que o Thales trabalhava, era diretor de um Centro Municipal de Saúde em São Cristóvão, e fazia isso funcionar de uma maneira tal, que o Lacerda foi visitá-lo.

Marcos – Bom, o CIEP procurou seguir isso.

Heitor Braga – O CIEP também tem um serviço médico...

02:26:37 Maximus – Bom, na verdade, é juntar o útil ao agradável e ao prático.

Marcos – Bom, toda família quer isso, não é?

Heitor Braga - Na área médica, era prevenção escolar. Na área odontológica, era um serviço de... progressão... eu não sei o termo normal desse projeto, desse programa. Toda criança que ingressa na primeira série é examinada e tratada. Dali ela é acompanhada ano a ano. Jamais ela terá cárie dentária, porque ela será tratada do primeiro [ano] até a saída. As da segunda, terceira e quarta séries seguintes, só tratados, mas não feita a prevenção. De forma que de um determinado número de anos seguidos todos aqueles já estarão sem cárie. Então é um tratamento progressivo, permanente. Esse plano de odontologia escolar era muito bem feito na Guanabara. Muito bem feito.

02:28:03 Marcos – Bom, o serviço público conseguiu fazer algumas coisas.

02:28:27 Marcos - Então, Dr. Heitor, a gente vai se ver, de novo, com o Dr. Waldenir.

Heitor Braga – Estou às ordens. Sinto não lhe ter dado mais... Isso aí foi o que eu lembrei, assim...

Maximus – Agradeço muito a sua gentileza.

[Comentários pessoais]

Marcos – Muito obrigado.

Maximus - MUITÍSSIMO obrigado, foi um prazer.

Heitor Braga - Foi um prazer, às suas ordens, o que precisar...

02:30:10. Final da gravação da entrevista.

ENTREVISTA – DR. WALDENIR

(Arquivo de som nomeado como “Entrevista – Gilson Cantarino”)

Identificados 4 oradores.

Orador 1 – Dr. Waldenir

Orador 2 – Dr. Heitor Braga

Orador 3 – Prof. Maximus

Orador 4 – Prof. Marcos

Waldenir – ... telefonema dele me convidando... (...) março... ele me convidando para conversar comigo...

Maximus – O sr. pode cobrar, doutor ?

Waldenir – ... sobre a estrutura que ia montar. Um mínimo possível de organismos. Aí...

Heitor Braga – Aí começa a história.

Waldenir – Ronaldo Fabrício me oferece um organograma, em que tinha a secretaria de Saúde e Educação. Porque era o mínimo possível, porque ele estava entrando em julho, agosto, não tinha previsão orçamentária, não houve planejamento, não houve o... aquilo que a gente chama... com recursos alocados para cada...

Heitor Braga - Secretaria.

Waldenir – Para cada secretaria. Ele tinha o dinheiro para aguentar até o final do ano. Então, o mínimo possível. Eu ponderei que... e ele: “Ah, você também é professor” – aliás ele me chamava de senhor – “O sr. também é professor, podia ficar com as duas, etc”. Eu ponderei que tinha que começar

tudo na Educação, e começar tudo na Saúde. “Ah, mas o sr. vai ser ajudado pelo governo do estado, o secretário de Saúde vai apoiar o sr., o governador já disse que todos os secretários vão ajudar os meus colaboradores.” O secretário de Saúde era Woodrow Pantoja.

Marcos – Pimentel Pantoja.

Maximus – Pimentel Pantoja.

Marcos – Pimentel Pantoja, nome de presidente americano.

Heitor Braga – E o irmão tinha o nome de outro presidente.

Waldenir – É? Não sabia disso não. O Pantoja era o secretário de ...

Heitor Braga – E o Suzart era o subsecretário.

Waldenir – Gente boa, gente boa o Suzart, veio aqui também, comigo. Mas então ele aceitou, pediu que eu visse um lugar para funcionar....

Marcos – Quem aceitou?

02:14 Waldenir – Ronaldo Fabrício.

Marcos – Aceitou...?

Waldenir – Ser secretário de Saúde e Assistência. Eu seria secretário de Saúde..., ele aceitou a minha ponderação de não ser uma secretaria só, de Saúde e Educação. Ponderei para ele, também, que o ministério era de Educação e Saúde e, a partir de 1953, com o Dr. Miguel Couto, foi criado o ministério da Saúde. Então ele aceitou – e tudo ele conversava com o governador Faria Lima e com Balthazar da Silveira. (...) Aí nós alugamos um andar da OAB...

Heitor Braga – O oitavo andar.

Waldenir – O oitavo andar, né? Era correspondente ao oitavo andar...

Heitor Braga – Da secretaria.

Waldenir – ... da secretaria de estado. Eu podia ter dois departamentos... Ah, bom, a incumbência minha era ficar também com os cemitérios. Então nós tínhamos o cemitério Maruí, o cemitério de São Francisco, Itaipu...

Maximus – Só.

Heitor Braga – E o serviço funerário.

Maximus – E as capelas.

Heitor Braga - É, o serviço funerário.

Waldenir – ... e o serviço funerário, as capelas ali na rua Cel. Gomes Machado.

Heitor Braga – O serviço funerário com os três cemitérios.

03:36 Waldenir – Num segundo (...) ...pessoal. Quem que eu poderia botar? Tinha que ser quem tivesse disponibilidade 100%, tempo integral. Aí eu conversei lá com o Wilson, do Controle – já tinha um departamento...

Heitor Braga – Então você criou a secretaria.

Waldenir – Criamos a secretaria...

Heitor Braga – E qual foi a estrutura...?

Waldenir - ... colocamos dois departamentos só, um que atendesse a parte da Saúde e um que atendesse essa parte... nem departamento, uma divisão, porque na hora que falava em departamento, o DAS era um pouquinho maior. Então era o departamento, uma divisão e os serviços.

Uma das coisas que me impressionou muito: eu botei um serviço de Educação para a Saúde, porque eu vinha... tinha sido professor de Educação para a Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública. Tinha dado aulas para milhares de professores, com o Cléber Mota, para professor agente de Saúde. É a professora que entra em contato direto, que consegue verificar as primeiras alterações visuais, às vezes (...) audição, e tal, então eu achava que a Educação para a Saúde era... Aí o Pantoja (*Risos*)... “Ah, isso aí não existe...”, contestando a minha estrutura.

05:10 Marcos – O sr. fez duas divisões?

Waldenir – Ele era um homem que tinha umas frases muito duras, ele falava de maneira assim em tom de imperador, de cima para baixo. Uma das vezes ele falou comigo de tal maneira, que disse para ele: “Olha aqui, o sr. é professor, eu também sou; o sr. é médico sanitário, eu também sou; o sr. é responsável, eu também sou!” “E o que quer dizer com isso? Está encerrado!” “Está encerrado, mesmo, eu estou aqui, não pedi para ocupar este cargo, eu estou aqui com uma missão, com grande responsabilidade, eu tenho também que botar minhas ideias...” Mas foi um troço assim... aí eu peguei, “Vem cá, vai sair assim?” (...) “O sr. não tem... condição...” foi uma coisa horrível!

06:35 Marcos – Então... duas divisões...

Heitor Braga – A secretaria tinha a Divisão Médico-Sanitária...

Waldenir – Uma estrutura mínima. Aí veio a incumbência de administrar unidades de saúde do estado, uma primeira experiência de municipalização.

Maximus – O sr. acha que essa foi a primeira experiência de municipalização?

Waldenir – Foi. Fiquei com a responsabilidade de administrar...

Maximus – Nacional?

07:04 Waldenir – Foi. Eu fiquei com a responsabilidade de administrar, pago pelo governo do estado, os servidores do Centro de Saúde São Lourenço, que depois se chamou Carlos Antônio da Silva, e...

Marcos – Então (...) Divisão Médico-Sanitária e...

Heitor Braga – (...) médico sanitaria, que era o dr. Wilson Lopes da Fontoura e a outra (...) mas era uma mini-secretaria (...)

Marcos – Wilson Lopes...?

Heitor Braga – Da Fontoura. Que era do estado. Eu era da parte hospitalar e Wilson era da parte médico-sanitária. Então, o Waldenir pegou o Wilson (...) e eu fui para o Rio, com o Pantoja.

Marcos – Com o dr. Raimundo Carneiro (?)...

Maximus – Você era o secretário...

Heitor Braga – E o Raimundo era o....

08:31 Marcos – Raimundo Moreira?

Heitor Braga – Moreira. (...) para poder organizar as duas (...)

Marcos – A do município e a do estado?

Heitor Braga – E a do estado do Rio. Da Guanabara e do estado do Rio. (...) Quando houve a fusão, os postos de Saúde do interior tinham que ser abastecidos. Nós tínhamos aqui, num departamento do (...), que era anexo ao Ari Parreiras, era um grande almoxarifado, e dali nós levávamos (...) o material para abastecer as unidades do interior. A Guanabara era o miolo (?), era o almoxarifado (...) para abastecer as unidades do Rio. Então a gente não tinha experiência do deslocamento que precisava para abastecer as unidades do interior. Resende e Itaperuna: Resende, no sul do estado, a duzentos e poucos

quilômetros, e Itaperuna, Porciúncula, a quatrocentos e tantos quilômetros. Então, isso tudo, esse trabalho todo, foi feito pela subsecretaria.

10:10 Marcos – A subsecretaria do estado, do novo estado.

Heitor Braga – Do novo estado.

Marcos – Dr. Waldenir, o sr. criou uma Divisão Médico-Sanitária, e uma... e a outra?

Waldenir – (...) Você poderia até botar: foi criada uma mini-estrutura, porque havia limitações de recursos e até de espaço. Foi tudo muito difícil. O secretário de Educação foi Elber Barcelos. Elber Barcelos. E a gente trabalhava junto também, um ajudando o outro, porque não tinha muito recurso. (...) Bom, eu botei aqui umas coisas para facilitar. Então nós tivemos...

Heitor Braga – Então ficou secretaria de Saúde e Assistência.

10:52 Waldenir – Saúde e Assistência. Porque a incumbência minha na conversação com o Ronaldo é que eu tinha de ver, não só a parte de cemitérios, mas que eu tinha de ver problemas de drogas – porque existia uma queixa de que a cidade tinha (...) problemas de drogas; criança na rua – eu via a assistência à criança marginada; mendigos – marginados, a palavra mendigo é meio... marginados.

Eu era professor de Higiene e Medicina Social da Escola de Serviço Social da UFF; eu era da Medicina Social e Epidemiologia da UFF – aliás a primeira disciplina, o Ésio Cordeiro disse que veio buscar aqui (Ésio foi professor de Medicina Social), o modelo do currículo do curso que ele implantou lá também na UERJ foi em cima do meu modelo. Eu dava a parte de medicina do trabalho, doenças sociais, etc.

Então, na conversa de Ronaldo comigo – ele sabia que eu estava ligado com D. Violeta Saldanha da Gama e tal, Dr. Mário Monteiro... Dr. Mário Monteiro, o cirurgião, você conheceu, não?

12:14 Maximus – O que foi para a II guerra mundial.

Waldenir – O Mário Monteiro, o Ronaldo conversou conversou com ele, sondou se ele poderia aceitar. Ele disse: “Eu vivo na cirurgia, minha vida é..., mas eu tenho um nome – e me indicou – que é médico sanitaria...” Nós tínhamos trabalhado, o Heitor comigo, na construção da Casa do Médico; eu tinha sido presidente da Associação Médica, estava nesses movimentos todos, vice-presidente da Associação Médica Brasileira, participando, criando congresso, tinha uma atividade muito grande.

12:46 Heitor Braga – No Conselho.

Waldenir – No Conselho... tinha sido presidente do Conselho Reginal de Medicina... Então, eu preenchia uns quesitos... e estava ligado ao serviço social e à medicina, porque eu dava aula de Epidemiologia e Saúde Pública em Medicina. Mas também estava trabalhando em uma casa de saúde, fazia clínica, trabalhava no Ipase – acabei perdendo, porque não podia acumular, aquela história...

13:18 Então eu fiquei incumbido também de ver a parte social da cidade. A palavra assistência veio, então. Acabamos criando uma Feira de Integração Comunitária; uma comissão de integração de estudos e bem-estar social, botando UFF, Escola de Serviço Social, visando a (...) bem-estar social; uma comissão de entorpecentes; uma comissão do menor..., o Copam – Conselho de Proteção e Ajustamento do Menor; agilizamos para criar uma Cidade da Criança, lá em Viradouro, onde depois fizemos aquele Posto de Saúde Otílio Machado...

Heitor Braga – Isso, que é Unidade...

Waldenir – Eu tinha a incumbência também de fazer algo para reduzir a crescente busca de drogas na juventude, as crianças na rua, em tudo quanto é canto tinha..., na Amaral Peixoto tinha criança... E conseguimos.

Maximus – Dr. Waldenir, isso foi...?

14:23 Waldenir – 1975. Bom, aí, um fato importante que o Heitor lembrou – foi muito bom até, para não esquecer – aquele do Inam, o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição.

14:41 Waldenir – Nós conseguimos, generosamente, implantar um programa que foi o início da redução da mortalidade infantil, indiscutivelmente – não é Heitor? Nós dávamos a toda gestante uma cesta básica – uma cesta: o leite, e... – toda gestante, toda mulher que tinha filho pequeno...

Heitor Braga – Até quatro anos (...).

Waldenir – ... até quatro anos, e a toda nutriz, toda mulher que estava amamentando. Então essas mulheres passaram a ter melhores condições para amamentar, para fazer crescerem as crianças, não é, e as gestantes podiam (...) melhor. Infelizmente isso também foi para o espaço..

Heitor Braga – (...) era da secretaria de Saúde e era vinculado ao programa de saúde materno-infantil.

15:45 Waldenir – Então, qual foi a municipalização de que você falou, Maximus: Centro de Saúde São Lourenço, Centro de Saúde do Caramujo. Nós tínhamos um posto de Saúde na Ilha da Conceição, onde havia um galpão enorme, ocioso, da Ecex, que foi a empresa de construção da ponte [Rio-Niterói]; nós ficamos de olho, claro, e conseguimos fazer com que aquilo ficasse com o município. Aí fizemos um centro social...

Marcos – Era um galpão da ponte?

Maximus – A Ecex era uma firma que fez (...) que construiu a ponte.

Marcos – Galpão na Ilha da Conceição.

16:24 Waldenir – Galpão da Ecex. E-c-e-x. Aí conseguimos...

16:30 Heitor Braga – Onde foi seu primeiro emprego.

Marcos – Hein?

Heitor Braga – Seu primeiro emprego.

Marcos – Foi lá, o primeiro lugar onde dei aula, Ilha da Conceição.

16:36 Waldenir – Aquilo ali também foi o primeiro centro social urbano. Integrava odontologia, medicina, biblioteca, área de lazer, educação para a saúde... Aquela comunidade ali passou a receber uma coisa multiprofissional – nutricionista, odontólogo, encontro de jovens, prevenção, debates, esclarecimentos... E foi inaugurado, eu já não era mais secretário. A saudação ao presidente Geisel não foi feita por mim, foi feita pelo Barcellos. Você era secretário... subsecretário no Rio?

Maximus – Do estado.

17:22 Heitor Braga – Na prefeitura. Eu ainda estava na subsecretaria...

Waldenir – Estava no Rio!

Heitor Braga – Estava no Rio.

Waldenir – Era do estado?

Heitor Braga – Departamento de Programas Especiais.

Marcos – Do estado da Guanabara.

Marcos – Com o Eurico Suzart?

Heitor Braga – Não, estado do Rio.

Maximus – Estado do Rio.

Waldenir – Estado do Rio. Heitor foi secretário de estado, do estado do Rio de Janeiro. O Heitor foi o último secretário de saúde do estado do Rio de Janeiro antigo.

Heitor Braga – Foi. Era Saúde e Saneamento.

17:48 Waldenir – Saúde e Saneamento, pegava água e esgoto.

Heitor Braga – Pegava saneamento.

Waldenir – Era Cedae.

Heitor Braga – Sanerj.

Maximus – Sanerj.

Waldenir – Sanerj, a Cedae veio depois. Bom, então...

Marcos – Dr. Waldenir, posso perguntar uma coisa? Foi publicada a estrutura da secretaria nova?

Waldenir – Sim.

Marcos – Quando ela foi publicada... Ela era publicada no Diário Oficial do Estado do Rio, Seção Niterói?

Waldenir – Conservou-se ali, no mesmo lugar, o Diário Oficial continuou ali sempre no mesmo lugar, na Marquês de Olinda.

18:17 Marcos – Não, mas eu quero dizer...

Waldenir – Foi publicada.

Marcos - ...foi publicada... no Diário Oficial do Estado do Rio havia uma parte referente a Niterói, foi ali que foi publicada?

Heitor Braga – Municipalidades.

Marcos – Municipalidades.

Waldenir – Há uma seção, mas não só da Saúde – Saúde, Assistência, Educação e Cultura... o que mais? (...) Serviços Públicos, acho que foi esse o título – porque tinha que ser muito enxuto, não tinha trinta e tantos como tem agora não..., agora é uma loucura...

Maximus – Era... 88?

18:59 Marcos – A gente tem... Nossa preocupação – de Maximus e minha – é que quase ninguém, ou ninguém escreveu sobre isso, direito, até agora, então a gente quer, não só... a gente quer fazer uma história e dar as fontes. Por exemplo, a estrutura da secretaria: dizer, se possível, quando foi publicada, o dia, o Diário Oficial, a página.

Waldenir – Bom... eu...

Marcos – A gente quer ver se recupera...

Waldenir - ...o secretário de Governo – que não é igual ao Heitor, o Heitor é... – mas ele é organizadíssimo, também, e deve ter, porque ele era secretário de Governo do Ronaldo Fabrício, que é o Armindo D'Ascensão [Silva], professor da UFF também, da Economia, mas hoje ele está na Nuclebras, me parece, estava em Angra dos Reis e hoje ele ocupa uma posição administrativa ligada à energia nuclear. Eu não consegui falar com o Armindo (liguei, ele tinha ido para Angra), etc, mas Armindo poderá dar detalhes disso. Então foi publicada a estrutura total...

Marcos – O sr. tem ideia do mês?

Waldenir – ... e o Ronaldo teve poderes para isso, quando foi feito o ato de nomeação, para ele fazer a estrutura. E ele resolveu...

Maximus – Posso fazer uma pergunta? Simultânea à nomeação do Ronaldo saiu a nomeação do Marcos Tamoio para o Rio...

Waldenir – Isso, isso mesmo.

Maximus – No mesmo dia, certo?

Waldenir – Foi. Prefeito do Rio, Marcos Tamoio...

Maximus – ... e prefeito de Niterói, Ronaldo Fabrício. Tamoio ficou até 1969, e Ronaldo Fabrício, como houve reeleição em Niterói, ficou até 1977 – final de 1976, início de 1977.

20:47 Waldenir – Foi. Isso mesmo.

Maximus – Não é isso?

Waldenir – É. Morreu cedo, o Marcos Tamoio... meu amigo, pessoa que vinha aqui de Niterói, servidor (...) Bom, então, na Saúde ficamos com a unidade de Saúde de São Lourenço, Caramujo, o Decnop – da Ilha da Conceição – e o Itaipu, que eu nomeei também, nomeei um colega que tinha tempo e ia se dedicar, não me lembro o nome agora. Assistência social e marginados, menores, idosos, gestantes, prevenção de doenças, acidentes, problema de dependência a drogas, etc. Serviço funerário: cemitério Maruí, cemitério São Francisco, cemitério Itaipu.

21:34 Heitor Braga – Isso. Mas, nas unidades de Saúde? Por que Niterói foi contemplada com fazer um programa, uma área programática na Ilha da Conceição, que era não só a parte de Saúde, mas todo o desenvolvimento

daquela comunidade? Então foi feito um convênio da prefeitura com a secretaria de Saúde do Estado.

22:05 Marcos – Para Niterói e Pádua.

Heitor Braga – Niterói e Pádua. Pádua, por quê? Porque... lembrei, é porque a comunidade...

Heitor Braga - ...(...) era hidromineral.

Maximus – Ah, estância hidromineral, prefeito nomeado.

Heitor Braga – Era nomeado também, que foi o Fernando Lavaquial, o prefeito.

Heitor Braga - Mas o Fernando fez lá um outro, diferente de Niterói. Em Niterói foi a área programática Ilha da Conceição. E a área programática de Pádua era o município.

Maximus – Achei isso fantástico.

Heitor Braga – É. E...

Marcos – Pádua é muito menor que Niterói, não é? Pádua?

Heitor – Não, a área territorial... mas tem uma população enorme...

Waldenir – E tem Monte Alegre,.... agora quer ser município...

Heitor – É, pois é, e Aperibé é município...

Waldenir – Como não tem tomate, Ubá, como não tem tomate ..., as cidades ficam...

Heitor – É, Ubá é município...é a mesma coisa... Mas então, lá é uma área programática regional do município, e um município que é área rural,

diferente de Niterói. Então, ele dispunha de um posto de Saúde no centro da cidade e um hospital filantrópico também no centro da cidade. Então ele tinha o hospital e a unidade de saúde, e nos distritos todos ele criou subpostos. O médico ia lá, mas deixava alguém da comunidade respondendo por aquele serviço.

Marcos – Era um médico itinerante?

Heitor – Itinerante, do.... *(trecho ininteligível)*

Maximus – Já seria um agente comunitário de saúde?

Heitor Braga – Um agente comunitário de saúde.

Waldenir – Exatamente.

Heitor Braga – E ele controlava isso pelo rádio. Ele era engenheiro...

24:32 Maximus – Essa ideia de...

Heitor Braga – Foi em (...) Mas acho que isso se perdeu, também.

Maximus – Não foi à frente?

Waldenir – Não, não foi à frente.

Maximus – Uma pena. Uma pena.

Waldenir – Está sendo gravado, né? Então vou passar, rapidamente. A função que eu tinha: aceitar a fusão. Então botava integração... você procura um trabalho... isso, no palácio... “Ajuda a gente a integrar.” Então foi quando surgiu a Feira de Integração Comunitária. Botávamos cento e tantos (...) no Caio Martins, que foi colocado à nossa disposição. Criamos a Feira de Integração, integramos a Universidade Federal Fluminense à municipalidade, através do Projeto Arariboia, que era tipo Projeto Rondon, com os jovens estudantes de

várias... – Serviço Social, Odontologia, etc – vindo ao encontro de projetos nossos da prefeitura. Então, nós, do Projeto Araribóia... e... também fiquei incumbido de oferecer projetos, estudos, para aproveitar os recursos que existiam de estrutura do estado para atender às necessidades do município. O Hospital Azevedo Lima era um hospital de Tisiologia, era sanatório, eu acho...

26:00 Maximus – Sanatório Azevedo Lima. Sanatório masculino, e o feminino...

Waldenir – Era sanatório...!

Heitor Braga – Era o [...]

Maximus – Era o [...]

Waldenir – Utilizava um terço, menos até...

Heitor Braga – Mas já estava fechado...

Waldenir – Já estava sendo fechado...

Heitor Braga – Estava fechado para obras.

Waldenir – Estava fechado. Então...

Maximus – Aliás, um belíssimo...

26:24 Waldenir – Estava desativado. E o Hospital Antônio Pedro, que já era Hospital Universitário Antônio Pedro, com uma procura, uma demanda muito grande, e o município não tinha um pronto-socorro para desafogar o Hospital Antônio Pedro. Então a proposta foi aceita e foi feito um hospital geral maternidade – a maternidade do Hospital Antônio Pedro estava saturada, então nós conseguimos fazer uma maternidade, no Hospital Azevedo Lima, um pronto-socorro, a parte de ortopedia também... Era maternidade, era ortopedia,

atendimento de urgência de tudo, era umas coisas assim... Nós tivemos que botar o pessoal todo...

Maximus – Eu me lembro disso.

Waldenir – ... porque não tinha.... Bom, então, Azevedo. A outra...

Marcos – No Azevedo Lima?

Maximus – No Azevedo.

27:25 Waldenir – O Azevedo Lima passou a ser hospital geral. O governador Faria Lima, o Pantoja passou a me respeitar mais, depois desse choque das... fiquei vermelho, de vez de ficar amarelo muito tempo fiquei vermelho uma vez..

Maximus - (*Risos*) Desculpe a risada...

Waldenir – Está certo, (risos)... ele gostou...

Maximus – lembrei de uma situação que recentemente aconteceu...

(*Risos*)

Waldenir – Bom, ele passou a me respeitar, porque eu também disse, “Ah, Dr. Ronaldo, eu não tenho condições de dialogar com o Pantoja, o Dr. Woodrow Pantoja. Ele me tratou... ele faltou com o respeito a mim, e tal...” E ele: “Esse é o temperamento dele, é o jeito dele. Dá para o sr. conversar isso com o governador Faria Lima?” (...) “Vai lá, conversa com o Balthazar, com o Comandante Balthazar.” Eu fui lá e ele me tratou, de maneira... O Balthazar me tratava com afago, me chamava para almoçar com ele, gostava de mim... Morreu agora...!

28:33 Heitor Braga – Outro temperamento.

Waldenir – Morreu agora, há pouco tempo, eu nem fui ao enterro porque só soube depois. Bom, então, a estação de tratamento da Lemos Cunha, essa aqui estava desativada, não existia. E eu era ligado ao Rotary, e tinha sido presidente do Rotary em 1973 e 1974, e uma das reivindicações do Rotary era a estação de tratamento de esgoto, porque a praia de Icaraí ficava... capitão, você sabe o que é capitão? Fezes na praia de Icaraí. Hepatite em Niterói, não era, Heitor?

Heitor Braga – Era.

Waldenir – O Heitor também não tinha conseguido, no saneamento, fazer funcionar aquilo ali, não é?

Heitor Braga – É.. A Sanerj, naquela ocasião...

Waldenir – Muito difícil.

Maximus – A Sanerj era muito complicada, não era?

Waldenir – Então nós conseguimos a estação de tratamento de esgoto da Lemos Cunha...

Marcos – Voltou a funcionar?

Waldenir – Voltou a funcionar, a pleno vapor. E foi uma obra importante para a cidade.

Maximus – Muito importante.

Waldenir – E o pronto-socorro. Ocorreu nesse ínterim, também, em Angola, aquela Revolução Angolana e muitos angolanos...

Maximus – Vieram para cá.

Waldenir – ... vieram para Niterói. Cólera, lá. Esse é um fato que eu ressuscitei. Roched Seba era meu amigo, companheiro da Academia de Medicina (...), e eu disse para ele “Vem angolanos aí... caldo de cultura leva três, quatro dias (...), será que não dá para a gente bolar um caldo de cultura para revelar em menos tempo?” “Ah, eu vou ver”... ele era formidável!

Maximus – Muito.

Waldenir – Ligou para mim dois dias depois, que já tinha caldo de cultura. E esses portugueses, angolanos, foram para o Clube Português, onde a rede de esgoto, Maximus, estava... A gente passava ali...

Maximus – Borbulhava?

Waldenir – Borbulhava. E misturava, aquela água do esgoto com do abastecimento.

Marcos – Eles foram abrigados no clube?

Waldenir – Foram abrigados no Clube Português. Então, a diarreia que aparecia ali a gente fazia cultura para saber se era ou não era [cólera]. Bom, então isso...

30:50 Heitor Braga – Naquela época, o abastecimento de água era muito precário, então sofria interrupções frequentes. Quando sofria interrupções frequentes, a pressão negativa...

Waldenir – Isso, isso...

Heitor Braga – ... aspirava do cano de esgoto, que corria paralelo... então...

Waldenir – Sugava, né? Era uma sucção. Então: municipalização da Saúde, administração integrada, o governo do estado pagava o funcionário e a

gente remanejava, a gente fazia a chefia, a gente pagava. Uma coisa que me ocorreu e que achei importante é que tinha funcionário que morava lá em Caramujo e trabalhava no Centro de Saúde São Lourenço. Aí, nós botamos perto de onde trabalhavam e moravam, eles ficaram mais satisfeitos, etc. Bom, então esse tipo de trabalho, a gente tinha contato mais direto com os colegas... Botei um que era fanático pelo Botafogo e que tinha sido do Azevedo Lima... foi craque do Botafogo...

Maximus – Afonsinho?

Heitor Braga – Não, era o Dr....Leite, Carvalho Leite.

Waldenir – Carvalho Leite! (*Risos*) Ele chefiou o Centro de Saúde. Era fogo, vibrava...

Marcos – Aonde? Qual?

Heitor Braga – O Centro de Saúde São Lourenço.

Waldenir – Bom, depois veio o Centro de Assistência Social Urbano Marcolino Candau, que era diretor da Organização Mundial de Saúde, estava vivo...

Marcos – Onde era esse Centro de Assistência Social Urbano?

Waldenir – Esse Marcolino Candau... Esse, que você trabalhou lá...

Marcos – E se chama...? Ah, não me lembrava...

Waldenir – Tem o nome Marcolino Candau...

Marcos – Não sabia. Centro Social Urbano.

Waldenir – Que era um ilustre desconhecido. E ainda continua. Diretor eleito e reeleito, por vinte anos, diretor da Organização Mundial de Saúde... desconhecido.

Maximus – E não conseguiu ser patrono da minha turma. Mesmo tendo estudado aqui na UFF, se formado pela Faculdade de Medicina da UFF.

Waldenir – Isso. Isso. Ex-aluno. Agora a UFF vai fazer 50 anos. Eu digo, Meu Deus, nós temos um ex-aluno que projetou a imagem da nossa Universidade no mundo...

Maximus – Foi.

Waldenir – Eu estava em Belém agora, esses dias, e um que trabalhou na Organização, na OMS, se aposentou agora: “Niterói, Marcolino Candau!” Mas eu em Belém... e começou a falar que a sala dele – eu fui lá, você ainda não foi a Genebra não, né? – a sala do Marcolino Candau, onde ele trabalhava, é preservada, a escrivaninha dele, porque é o cara que chega, que fala português. Ele deu a sede, ampliou o número de países membros da OMS mais que a própria ONU, tinha uma habilidade, e era um cara que contava anedota, numa boa... uma habilidade, um líder – o que é ser líder, né? É a habilidade de influenciar a pessoa para alcançar o objetivo identificado – e conseguiu, ele penetrou na África, conseguiu vacinação, erradicava... Nós estamos com um problema agora de poliomielite na Nigéria, eles não aceitam... está faltando o Marcolino Candau. Na Índia está voltando a poliomielite! Ele chegava, ele tinha, ele sabia, ele tinha habilidade de convencer aqueles líderes...

34:23 Maximus – Ele sabia a quem procurar.

Waldenir – Ah, sabia! Ele sabia chegar, bater na barriga – ele tinha um jeito... sabia! Acabou com a varíola, erradicou a varíola. Ele foi o grande, ... a bomba, a bomba no Haiti... o Marcolino Candau é um gigante! Então nós demos o nome Marcolino... o Ronaldo aceitou bem, eu disse... e ele “É? Formado

aqui?” Ronaldo também não sabia... Bom, da Ilha da Conceição. É de ressaltar-se que em Niterói passou a existir uma área programática piloto – não é, Heitor? – para dar início a uma experiência de integrar os serviços de saúde dos três níveis de governo. Então, o município se integrando ao estado e a expectativa de... e também começamos com o Inamps, o ministério também começou...

Heitor Braga – Inamps?

Maximus – Inamps? INPS, era INPS ainda.

Heitor Braga – É, era INPS ainda.

35:24 Waldenir – INPS. Então os primeiros passos para colocar o município como responsável direto, de forma integrada, decerto, pelas ações locais de saúde...e ... era a área programática piloto...

Heitor Braga – Da Ilha da Conceição.

Waldenir - ... que se iniciava. Isso, 1975-1976. Aí eu deixei o meu chefe de gabinete, que era Jari Gomes, que tinha sido deputado federal – pai da Sueli Costa...

Heitor Braga – Foi governador do Mato Grosso.

Waldenir - ... foi governador do Mato Grosso, deputado federal, tinha sido secretário-geral da Associação Médica, de muita habilidade, ficou no final. Aí, (...)

Marcos – Dr. Waldenir, o sr. não ficou... o sr. saiu...

Waldenir – Não, eu fiquei um ano...

Maximus – Ele se desincompatibilizou para poder concorrer à eleição.

36:34 Waldenir – Eu não queria não, eu não era ligado a partido político, a coisa foi muito...

Marcos – Mas eu preciso saber o nome dessa pessoa que ficou no seu lugar...

Waldenir – Jari Gomes, que era o chefe de gabinete.

Marcos – Jari? O sr. saiu quando?

Waldenir – Eu sai em agosto...de 1976... A eleição foi em 1976...

Maximus – Foi, 1976.

Waldenir – Então assim, três meses antes, acho...eu não me lembro, não. Bom, aí, eu deixei, concorri com Moreira Franco. Tive mais votos do que ele, mas era soma de legenda. Meus companheiros eram Astor Melo e Adilson. Adilson trabalhou muito. Astor se entendeu com Moreira...

37:35 Waldenir – E depois ele me contou... “Waldenir, (...) tem de viver na realidade... não dava mesmo...” Ele era deputado...

Heitor Braga – Ah, ele era deputado...

Waldenir – Depois ele pegou um cargo no governo do Moreira, no Ibasam...

Maximus – Isso, foi do Ibasam ...

Marcos – Aí, acumulou. Então, na soma...

Waldenir – Na soma eu perdi. Mas eu tive mais votos que o Moreira. Porque eu tinha uma atuação direta na rua, mas o Moreira era genro do Amaral Peixoto. Ele tinha um poder...

Maximus – Um cabo eleitoral...

38:12 Waldenir – Os donos de cartório...

Maximus – Era um “continente” eleitoral...

Maximus – E hoje, o Moreira está casado com a filha do Vasconcellos Torres.

Heitor Braga – É isso mesmo...

Marcos – E o Dr. Jari ficou?

Waldenir – Jari ficou até passar para o primeiro secretário de saúde do Moreira, que foi... Nédio Mocarzel?

Heitor Braga – Não, como é o nome dele... foi Hugo Tomassini...

Maximus – Fevereiro de 1976.

Waldenir – Foi Tomassini?

Heitor Braga – Foi.

Waldenir – Depois veio o Nédio, depois veio Lamy ... foi Lamy ?

Maximus - Não, Nédio, depois veio o Renato.

Heitor Braga – Renato.

Maximus – Nédio pediu o chapéu...

Waldenir – Pediu, ele disse, “Não aguentei, não dá, não consegui...”

Marcos – Dr. Nédio é médico?

Maximus – É, do Inamps.

Waldenir – Interessante, porque o Áudio Leite Correa, que me respeitava muito, ligou para mim para pedir nomes para as unidades de saúde que iam ser inauguradas. Eu sugeri Aureliano Barcellos, que tinha sido um colega digno, que morreu com mais de 100 anos, para dar nome a um posto de saúde; Mário Pardal, que foi, do Morro do Estado – Mário Pardal era um colega que lutou pela prevenção do câncer...

Maximus – A única coisa que ele queria, da Universidade Federal Fluminense, do Hospital Antônio Pedro, era um quarto para morar.

Heitor Braga – No sétimo andar.

40:34 Maximus – No sétimo andar. E não deram.

Heitor Braga – Foi. No sétimo andar.

Maximus – Isso foi uma falta de humanidade absurda. Ele não queria nada! Morreu pobre, podia ter uma clínica vastíssima...

Heitor Braga – É.

Maximus - ...modificou a visão de puericultura e de pediatria, da ginecologia, da obstetrícia, tudo. Ele era um homem fantástico.

Waldenir – É, fantástico.

Maximus – E trabalhava no Antônio Pedro!

Waldenir – Eu fui...

Maximus – Ele só queria ficar no Antônio Pedro. Mais nada.

Marcos – Que nem o César Pernetta.

Maximus – Que nem o Pernetta, a mesma coisa.

Waldenir – Isso mesmo. Você sabe que, antes de morrer, ele pediu que fosse envolto num lençol. Não queria mais nada, só um lençol; que o corpo dele fosse envolto num lençol e sepultado. Eu fui ao enterro dele. Ele foi sepultado no Cemitério do Maruí, onde tem um mausoléu bonito... bonito. Ele foi sepultado em cima de um lençol. Era um homem de uma filosofia de vida, era de visão, um missionário. Então, um posto de saúde com o nome dele, e do Aureliano Barcellos... e o do (...) Barcellos ainda não consegui, porque ... aí ficou o nome do Renato, da Engenhoca...

Maximus – O Renato Silva.

42:00 Waldenir – É... e lá no Morro...

Heitor Braga – Morro do Castro

Waldenir – No Morro do Castro, perto do Colégio João Brasil, lá foi... Bom, mas esses postos...

Marcos – (...) Chegamos até quando Dr. Ronaldo Fabrício deixou a prefeitura. Que postos existiam? Existiam os do estado, que já existiam... mas quando dr. Tomassini entrou, que postos existiam?

Waldenir – Bom o Moreira, no final, na arrancada final, ele...

Marcos – Quando dr. Tomassini entrou, não na final...

Maximus – Não, no início do governo.

Waldenir – Nós deixamos aqueles mesmos... não é, Heitor?

Marcos – Não tinha nada...

Waldenir – Nós só acrescentamos o Centro Social Urbano e... o que mais? O mais continuou do jeito que já estava: São Lourenço, Caramujo...

Marcos – O Caramujo era do estado?

Waldenir – Era do estado. Itaipu era do estado também.

Marcos – Tudo era do estado.

Waldenir – Era do estado.

Heitor Braga – Quando houve a fusão, houve um corte, e o que era do estado ficou aqui só as unidades operacionais; o que era estrutura de governo, foi...

Maximus – Migrou.

Heitor Braga – Migrou para o Rio, daí que (...) problema.. então houve aquele colapso, Niterói parou. Por quê? Niterói era abastecida pelo governo do estado, era a capital, e passou a ser um município, um simples município, sem receita. Passou a nascer ali, com todas as dificuldades.

43:53 Maximus – 15 de março de 1975.

Heitor Braga – 15 de março de 1975.

Waldenir – Aí o Ronaldo já mandou uma mensagem para a Câmara para o orçamento...

Maximus – Mas na lei orçamentária – desculpe lhe interromper – consta uma destinação de 5 milhões de cruzeiros para essa...

Waldenir – É, ele recebeu para com esse dinheiro, ele fazer o que precisava fazer, com alguns poderes, também, para poder estruturar... mas a coisa foi tão séria que quando a ponte [Rio-Niterói] foi inaugurada foi um estrangulamento na Marquês do Paraná...

Maximus – Eu estava de plantão, foi um domingo...

Heitor Braga – O dia que Niterói parou.

Maximus – O dia em que a ponte foi inaugurada eu estava de plantão. Foi inaugurada às 5 horas da tarde.

Heitor Braga – Um sábado... um domingo. Niterói parou.

Maximus – Um domingo de sol, 15 de março...não... 31 de março...

Heitor Braga – Não, 5 de março.

Maximus – Desculpe, 5 de março. Niterói parou.

Heitor Braga – Niterói parou.

Maximus – Para se ter uma ideia: acabaram todos os líquidos, imagine o que você quiser – eu não sei se cachaça acabou – mas cerveja, coca-cola, grapette, crush, mineirinho, água mineral, o que você quiser, acabou. O trânsito todo parado!

45:15 Heitor Braga – As pessoas vinham de carro...os carros todos parados, criança chorando dentro do carro, um sol a pino...

Maximus – Os carros todos parados... não tinha para onde ir!

Heitor Braga – ... querendo beber água, e não tinha como...

Maximus – Não tinha para onde ir! Não tinha como sair de ambulância! Foi um plantão que não teve chegada de ambulância, nem saída de ambulância!

Heitor Braga – É.

Maximus – Ficou marcado, isso.

Heitor Braga – Niterói parou.

Waldenir – Gente caminhando pela ponte... uma coisa... A turma queria atravessar pela ponte, os fusquinhas...

Waldenir – ... foi uma coisa!

45:38 Maximus – Dr. Waldenir, gostaria de fazer uma pergunta (...), são duas dúvidas. Aliás, eu sonhei com isso de sábado para domingo, acordei com um pesadelo, com uma data na cabeça – e evidentemente não era... fruto de milhões de conversas... São duas questões que me deixam... Dr. Heitor tocou, assim, muito rapidamente, muito gentilmente sobre isso (falar sobre “gentilmente” do Dr. Heitor é redundância)... O que aconteceu no governo do Armando Barcellos?

Waldenir – Eu já estava eleito prefeito. Moreira deixou o governo no dia 13 de maio. Assinou nesse dia um compromisso com a Andrade Gutierrez, de pagamento de 22 milhões de dólares para cobrir o pagamento das obras que ele havia inaugurado.

Maximus – Quais obras?

Waldenir – Caminho de Ititioca, o Contorno, aqui, que pega pela UFF – que, aliás foi outro problema...

47:00 Heitor Braga – A Avenida Central de Itaipu...

Waldenir: Bom, então, Armando Barcellos assumiu sem recursos para atender ao pagamento mínimo de pessoal. Começou a pegar empréstimo – Banerj, era Banerj – começou a pegar empréstimos, dando como garantia o ICM – naquela época era ICM; ICMS foi depois – na conta nossa, minha, pessoal, para entrar serviços – telefone...

Maximus – Água, luz...

Waldenir – Luz, aí ele pegou empréstimo, pegou empréstimo... aí a coisa ficou tão ruim, que ele tinha tantos problemas, que renunciou.

Maximus – Pois é!

Waldenir – E assumiu, no lugar dele, o presidente da Câmara, que era João Batista da Costa Sobrinho, que tinha concorrido comigo. Eu consegui mais votos de que todos os outros concorrentes juntos na minha candidatura para prefeito. Isso incomodou demais, incomodou, ao ponto de literalmente, com mãos dadas, cercarem a prefeitura, para que não pagassem IPTU, que era imposto que ainda eu podia ter, porque o ICM ficava no banco; o ADTM eu não estava recebendo, porque mais de cinco anos arrecadados do INPS – naquela época era INPS – e não tinha sido repassado para... então era apropriação indébita.. então não vinha dinheiro! Uma loucura...

Marcos – O presidente da Câmara era...

Maximus – João Batista da Costa Sobrinho.

50:04 Waldenir – Então, João Batista assume e também contrai mais dívidas. Eu assumo com quatro meses de atraso no pagamento dos servidores. Não tinha onde seputar os mortos. Por quê? Doaram as sepulturas. Doaram as sepulturas!

Maximus – Doaram as sepulturas?

Waldenir – Doaram as sepulturas, os corpos eram enterrados no cemitério de Pacheco.

Maximus – São Gonçalo.

Waldenir – Pacheco é um distrito de São Gonçalo. As sepulturas tinham sido doadas... Doação!

Maximus – Em troca de dinheiro?

Waldenir – Não... gesto de...

Maximus – Humanitário?

Waldenir – Humanitário, eleitores, etc.

Marcos – Quem doou?

Waldenir – Os vereadores doaram, etc... Mas a coisa mais assim, foi... a passagem de ônibus, quando eu assumi – parece que devia ser um cruzeiro e trinta, dois cruzeiros – por cinco cruzeiros, e você já imagina o que isso... tive de abaixar a passagem de ônibus e, mais um grupo, o de donos de empresas de ônibus, zangado comigo. Comecei a tomar medidas contrariando questões imobiliárias, limitando – porque Adilson, meu vice, era contra espigões, porque o esgoto era sobrecarregado, e não podia crescer mais Niterói. “Vamos dar uma parada nisso!”

Maximus – Adilson Mota?

Waldenir – Adilson Mota. Vamos dar uma parada nisso. Aí eu chamei o pessoal da UFF e comecei a debater – sustei aquele negócio e debati o plano diretor... e tudo... era muita frente!

Maximus – E a Codesan?

Waldenir – Pois é, a Codesan foi herança do Moreira.

Maximus – Pois é, ela foi criada no governo do Moreira. No tempo do Ronaldo Fabrício era Edurb – Empresa de Urbanismo.

Waldenir – Edurb, isso.

Maximus – No governo do Moreira, foi criada a Codesan – Companhia de Desenvolvimento e Saneamento.

Maximus – Mas Armando se elegeu vereador, depois, não é?

Waldenir – Não, ficou vice do Moreira.

Maximus – Não, depois que ele saiu.

Waldenir – Não, depois... foi eleito? Eu acho que foi... foi eleito vereador, sim!

Maximus – Foi eleito vereador e presidente da Câmara!

Waldenir – Boa gente, o Armando, boa praça... Foi, ligado aos marítimos...

Maximus – Isso!

53:43 Maximus – O sr. recebeu o governo do João Batista, então?

Waldenir – Não, porque ele não me passou.

Maximus – Sim, mas oficialmente...

Waldenir – Ah, sim! Não, não me passou governo nenhum...

Maximus – Mas oficialmente era o prefeito?

Waldenir – Era o último. Mas não tinha ninguém... Eu fui para a Câmara... não tinha ninguém... Tinha um caos...

Maximus – Na Câmara, quem...?

Waldenir – Olha, o lixo, para você ter uma ideia, o lixo, quando eu assumi, estava acumulado onde depois eu fiz uma Vila Olímpica. Ali é que era o depósito

de lixo e entulho! O lixo, distribuído na cidade, um monte de lixo! Não tinha, porque o Moreira desativou o aterro sanitário, que aliás era o lixão, na Viçoso Jardim.

Maximus – É, no Viçoso Jardim.

Waldenir – O lixão... ele agradou os moradores, ganhou uma baita votação, e o lixo ficou...

Marcos – O lixo de Niterói, durante um tempo, foi levado para Caxias.

Waldenir – Foi, foi comigo...

54:49 Marcos – No tempo do... Até no tempo – não sei se foi no seu tempo já – foi levado para Caxias, porque não tinha mais... São Gonçalo não aceitava mais.

Waldenir – Quando eu assumi, existia um projeto do Faria Lima de fazer, em Itaúna, um aterro sanitário em comum.

Maximus – Itaúna é São Gonçalo.

Waldenir – Em São Gonçalo, atendendo Niterói e São Gonçalo. O prefeito que assumiu, Hairson Monteiro, reagiu.

Maximus – Hairson, com “h”.

Waldenir – É, ele não aceitou que lá fosse o local do aterro sanitário de Niterói. Então o que aconteceu? Não tinha para onde, Caxias, Gramacho. Pagando pedágio com caminhão alugado, porque dos caminhões tinham tirado os pneus, eu não tinha como fazer. Então, centro da cidade com lixo, o lixo para Gramacho, os corpos sepultados em São Gonçalo... aí ampliamos o Cemitério Maruí, fizemos... porque tinha aquela concavidade, fizemos uma...; ampliamos o Cemitério São Francisco...

Maximus – Já tinha sido ampliado o Maruí na época do incêndio do circo..

Waldenir – É, no morro.

Maximus – Pois é, no morro.

56:17 Waldenir – Ali tinha uma concavidade, que a gente estacionava. Aquilo ali nós tiramos, colocamos gavetas, colocamos mais corpos. Depois, mais tarde, tiramos as capelas funerárias da Cel. Gomes Machado – Heitor já era meu secretário...

Maximus – E construíram as do Maruí

Waldenir - ... e fizemos oito capelas no Maruí, numa área que era do Loyd Brasileiro. Aí é que começamos a melhorar. Aí conseguimos um espaço – eu sobrevoei de helicóptero, com a ajuda da Marinha – para ver onde tinha um lugar para fazer um aterro sanitário. Eu tinha ido à Alemanha e vi o aterro sanitário de Frankfurt, vi o aterro sanitário de Munique, lá fora, e comecei a ler sobre isso. Aterro sanitário, era o recomendado! Porque a coleta seletiva, que começou também conosco, em São Francisco, a coleta seletiva, que tinha lixo – amarelo, azul, (...), aquele negócio todo, mas... é problema de educação! A coleta seletiva do lixo é problema de educação, que demora, demora! Eu não tinha tempo.

Então, eu acho que poderia começar dizendo, primeiramente, meu secretário municipal de Saúde no meu período – Heitor estava ocupado no Rio, você ocupava... você era subsecretário.

Heitor Braga – Na prefeitura.

Maximus – Subsecretário na prefeitura.

57:52 Waldenir – Na prefeitura do Rio? Ah, pensei que fosse no estado...

Maximus – Não, ele foi de estado...

Waldenir – Mas você tinha sido do estado...

Heitor Braga – Eu fui do estado aqui, do estado do Rio, mas depois, quando houve a fusão, eu fui...

Waldenir – Ah, você foi ajudar no Rio.

Heitor Braga – Eu fui para a subsecretaria...

Maximus – Gentilmente convidado...

Heitor Braga – É... Aí fui trabalhar com Suzart...

Waldenir – Isso, Eurico Suzart.

Heitor Braga – ... na área de planejamento. Depois...

Marcos – Acho que Eurico Suzart.

Waldenir – Gente boa, né, Heitor?

Heitor Braga – Gente boa.

59:02 Waldenir – Voltando aqui, primeiro secretário de Saúde, o Heitor estava lá – Heitor é meu irmão, eu lhe tenho profundo respeito e admiração. Eu trabalhei com Heitor... é uma história em comum...

Marcos – Como é ?

Waldenir – Heitor seria meu chefe de gabinete, porque eu fui chamado para ser secretário de estado de Saúde. Eu fui chamado para ser secretário estadual de Saúde e quando eu vi o Heitor (...) ser meu chefe de gabinete. Ele aceitou por razões de afeto.

Eu tinha sido presidente da Associação Médica, muitos colegas, muita gente para ser secretário de Saúde, o que eu fiz? Chamei o presidente da Associação Médica Fluminense.

Marcos – Que era o Miguel Ângelo D'Elia?

Waldenir – Que era o Miguel Ângelo. Então, era uma forma de eu, também – porque o Miguel também era amigo, e tal, mas dava aula em Teresópolis. Miguel...

Maximus – E era do Inamps, também...

Heitor Braga – Era do Inamps.

Waldenir – Acabou depois que ele foi ser...

Maximus – Era do Inamps aqui em Niterói.

Waldenir – É. Depois foi ser secretário de estado do Brizola.

Heitor Braga – Foi.

Waldenir – E levou no currículo dele a experiência de ter sido secretário de Saúde em Niterói. Meu amigo, até hoje.

01:00:38 – Quanto tempo ele foi secretário?

Waldenir – Ele foi meu secretário menos de um ano, não é, Heitor? Você assumiu em 1984...

Heitor Braga – É, no meio de 1984.

Waldenir – É, um ano e pouco. Bom, aí eu botei quem eu estava querendo. E com profundo respeito por ele.

Maximus – Convocou Dr. Heitor.

Waldenir – Olha, eu tinha uma responsabilidade muito grande, porque eu tinha sido secretário de Saúde, médico sanitário, professor de Saúde Pública, Virologia, e a Saúde tinha de ser modelo! E o Miguel, não era... o Miguel é psiquiatra, entende? Agora, o Heitor era o homem do planejamento, tinha sido secretário de estado de Saúde, conhecia e eu tinha por Heitor, e continuo a ter, respeito profissional, respeito como pessoa humana, sabe, admiração. Admiração. Então o Heitor acabou aceitando. Para você... eu tive que convencer, Lia e você, lá na sua casa – você morava ali na Presidente Pedreira...

Heitor Braga – Presidente Domiciano.

01:01:45 Waldenir – Presidente Domiciano... para convencer você a aceitar. Bom, então, aí vem Heitor. Heitor vem e as coisas começam a funcionar. Ele fez um relato primoroso...

Bom, agora, antes disso, só uma coisinha, antes que eu me esqueça: Miguel Ângelo ainda era meu secretário. No Largo... – você não calcula, Maximus, como eu fui criticado... – existia no Largo da Batalha um posto que funcionava até dez, dez e meia. Eu, aí, ousei botar funcionando 24 horas, um Serviço de Pronto Atendimento – SPA. Fui criticado, criticado!... Houve um debate me criticando no Rio, que aquilo era uma forma de... mas reduziu o afluxo no Antônio Pedro. As mulheres em trabalho de parto – gente humilde, ali em volta tinha doze favelas, aquela gente humilde não tinha dinheiro para táxi, ia lá, no início de trabalho de parto... Então era trabalho de parto... Botamos duas ambulâncias, botamos ressuscitador, aproveitamos a área física e botamos lá pediatria e aquelas quatro... pediatria, materno-infantil, clínica.. e criticado! Hoje é UPA, até presidente da República inaugura... Aí pusemos essa, comemorando o Dia Nacional da Saúde, 5 de agosto de 1983. E a dificuldade de botar gente – porque não tinha dinheiro!... Remanejei. Fiz um remanejamento. Peguei a prefeitura, com gente demais – só o João Batista tinha nomeado mais de mil. Nomearam, a folha de pagamento... tinha sido nomeado... e eu não podia botar

aquele pessoal na rua, era gente humilde... Então em comecei a ampliar e aproveitei lá, comecei a ampliar escolas, a botar mais duas ou três salas de aula, aproveitando o pessoal. Ampliei todas as escolas. Algumas dobrei o número de atendimentos. E fiz SPA no Largo da Batalha, o SPA a que dei nome de Francisco Pimentel, na Engenhoca – você já estava comigo...

01:04:24 Maximus – Eu fui à inauguração desse no Largo da Batalha, eu era o chefe da Emergência do Antônio Pedro em 1984.

Marcos – E um SPA onde?

Heitor Braga – Na Engenhoca.

Waldenir – Na Engenhoca, que é também uma área cercada de favelas. E depois numa área que estava desguarnecida, Piratininga. Então: SPA, Largo da Batalha botamos duas ambulâncias, urgência, equipar, estruturar... Agora, outra coisa também: as unidades de Saúde que tinham sido inauguradas pelo meu antecessor estavam vazias... Estavam vazias!

Marcos – Que era...

Maximus – Vazias de quê, de gente?

Waldenir – Não tinha equipamento, não tinha funcionário, não tinha... E tem mais: eu é que paguei a desapropriação da área e paguei a obra!

Marcos – Quer dizer: as unidades inauguradas ao fim do governo Moreira Franco estavam vazias.

Waldenir – Isso.

Maximus – Mas antes, na época do Tomassini não, estavam todas corretamente funcionando, corretamente adequadas?

Waldenir – Aquele mesmo...

Maximus – Mesma coisa.

Waldenir – O mesmo. Não tinha ocorrido fato novo. Só no final do governo que surgiu a unidade do Morro do Castro...

Maximus – Foram as últimas que surgiram.

Waldenir – ... a da Engenhoca...

Maximus – Ficaram com doze, passaram de cinco para doze.

Heitor Braga – Isso.

Maximus – Ele fez sete unidades de Saúde.

Heitor Braga – E não equipou.

Waldenir – Não equipou. E também não pode aproveitar pessoal.

Maximus – Aí fica fácil fazer unidade de Saúde!

Heitor Braga – Construir é fácil.

Maximus – Não é? Fazer é fácil...

Waldenir – Inaugurar é bom, agora manter...

Maximus – Dar uma picadinha na fita de inauguração com a tesoura é uma maravilha!

01:06:20 Waldenir – Em Vila Ipiranga nós fizemos uma unidade de Saúde... Bom, mas aí já é você. Você já deu tudo por escrito. Nós aproveitamos um prédio – eu tinha sido diretor de um colégio da Campanha Nacional de Escolas da Comunidade, fui diretor em plena favela... fui diretor de escola secundária, por necessidade, para atender a carreira. E aí aquele prédio tinha

sido desativado, fizemos uma unidade de Saúde a que demos o nome de Carlos Tortelly, pai do Aloysio. Nosso companheiro.

Maximus – E que hoje é o nome do...

Heitor Braga – Do CPN.

Maximus – Do CPN.

Waldenir – Foi uma luta nossa, também, para conseguir dar esse nome. O Woodrow não conhecia ele, não quis assinar, foi aprovado pela Câmara e assinado.

01:07:05 Bom, momentos importantes esses... a inflação era 80% ao mês, nós não conseguíamos fazer por administração, porque aquilo não podia, ninguém aceitava fazer... Novas unidades, então: Vila Ipiranga, Carlos Tortelly; Viradouro, Ottilio Machado; Cantagalo, Antonio Barros Terra – que foi diretor da faculdade, consolidou a nossa faculdade, Ottilio Machado deu a primeira aula na nova faculdade; e Carlos Tortelly... Fizemos, o quê mais? Aqueles três Pronto Atendimentos...

Marcos – SPA do Largo da Batalha, SPA da Engenhoca, e qual é o terceiro?

Heitor Braga – Piratininga.

Maximus – Esses foram feitos para ser SPA mesmo, não é? Os outros foram adaptados...

Waldenir – SPA. 24 horas, com ambulância. Caso precisasse remover, removia, se não, ficava lá. Bom, ampliação do Morro do Castro, botamos odontologia...

Heitor Braga – Em todos eles.

Waldenir – Todos eles. Ampliamos todos, botamos odontologia, botamos assistência. Bom, Engenhoca ampliamos, Largo da Batalha ampliamos, Morro do Castro, Morro do Estado – no Morro do Estado fizemos um trabalho daqueles! Piratininga, no Tibau... ampliamos... Esse relato ficou...

Agora, ocorreu uma coisa importante: eu estava na prefeitura, Heitor já estava comigo, e Aloysio Salles, presidente do Inamps, me procurou junto com Manuel de Almeida, que era Diretor da Divisão de Medicina Social do INAMPS, em Niterói. E ele queria avançar na...

01:08:56 Heitor Braga – Esse era um cargo do Inamps em Niterói: diretor de Divisão de Medicina Social, e não superintendente, como era...

Maximus – Superintendente era no Rio...

Marcos – Diretor de Divisão de Medicina Social...?

Heitor Braga – De Niterói.

Waldenir – Esse é o fato importante na história do SUS. Esses dias, o Santini... Aliás, você podia ouvir o Santini, Luiz Antonio Santini.

Marcos – A gente ouviu...

Waldenir – Ele também participou também disso... “Eu também estou nessa história...eu participei... eu estava lá...”. Aí nós demos o Gilson O Dywer, Cantarino O’Dwyer, tinha um espaço ali na rua São Pedro...

Marcos – O dr. Aloysio Salles e o dr. Manuel de Almeida procuraram o senhor...

Waldenir – Me procuraram para dizer de dar mais alguns passos na integração dos três níveis de governo para a assistência à saúde. Então, isso em 1985, por aí.

Maximus – Não, isso foi antes.

Marcos – O Projeto Niterói é de 1982.

Heitor Braga – Ficava no prédio do Banespa.

Maximus – Banespa. Aquele prédio ali foi o INSS que passou, cedeu ao uso do Projeto Niterói.

Heitor Braga – ... do Projeto Niterói. INSS não, do IAPAS, e que abastecia de material burocrático... o Projeto.

01:14:10 Waldenir – Então, nós que estávamos precariamente instalados, com muita dificuldade, inflação a 80%, a gente não tinha apoio do governo do estado – não tive com Moreira e não tive com Brizola (Brizola até que foi melhor do que o Moreira) – não tinha apoio do governo federal, não tinha apoio do governo estadual. Tinha um esqueleto, que foi do Tribunal Regional Eleitoral, e que estava sendo considerado condenado, porque a estrutura de ferro estava sendo... Não houve planejamento, onde ia ser do Tribunal Regional Eleitoral e ficou aquele prédio... Tinha três esqueletos em Niterói: esse, aproveitamos, conseguimos autorização do presidente do Superior Tribunal Eleitoral, e ali instalamos a prefeitura e pusemos... instalamos – a secretaria de Saúde não estava lá –, instalamos a secretaria de Educação na antiga Câmara, que era um depósito de jornais... Nós fizemos umas coisas boas... Era... hemeroteca. Jornais antigos, revistas, nós tiramos... Uma reação... Mas botamos a secretaria de Educação. Aquele auditório literalmente fomos nós que pintamos, Adilson botando calção, pintando, para poder... não tinha dinheiro! Como podia entregar a terceiros (?) ... 60%, 80% ao mês, a inflação! Loucura! E ainda pagando dívida! A dívida contraída com a Andrade Gutierrez, as “Bahamas” (?) de 22 milhões de dólares, eu só pagava o serviço de dívidas, não tinha condição de pagar o principal.

Bem, Heitor conosco, ampliação dos postos, fluoretização da água, para atender Niterói e São Gonçalo; o Conselho Municipal de Saúde; o Conselho Municipal de Entorpecentes; informatização da Saúde – que é um fato histórico; a parte de epidemiologia também, que o Ronaldo Curi Gismond – Heitor, você botou isso no relatório, não botou? Muito bem feito, Heitor –; uma comissão de medicina nuclear, e descobrimos – não é, Heitor? – mais de quatrocentos pontos de despejo de laboratório em Niterói (hoje deve ter uns quinhentos aí; mais de quatrocentos, não é, Heitor?

Heitor Braga – É, quatrocentos e tantos

Marcos – Dr. Waldenir, o que era esse Conselho Municipal de Saúde?

01:19:35 Waldenir – Era integrando representantes de várias áreas da comunidade. Um conselho municipal de saúde.

Maximus – Funcionava onde?

Waldenir – Funcionava na secretaria, né?

Heitor Braga – Esse a gente fazia junto com o Projeto Niterói.

Waldenir – Projeto Niterói. Depois eu criei, na prefeitura nova, botamos um auditório a que dei o nome “Heitor Braga”.

Heitor Braga – É, a gente fazia com o Projeto Niterói.

Waldenir – Era integração.

01:20:02 Marcos – Esse conselho municipal era constituído por...?

Heitor Braga – Pelos representantes todos das Unidades e mais da comunidade.

Waldenir – Da comunidade: Associação Médica, entidades de Saúde, prestadores de serviço...

Heitor Braga – ... da FAMNIT.

Waldenir – Federação de Moradores...

Heitor Braga – Então era o Jacó, na época, que era o representante da FAMNIT. Ele é dali do Viradouro. E o Jacó entrava em contato com todos os outros tinha uma ligação muito íntima com a comunidade, com esses líderes comunitários, então era fácil o trâmite. Não havia atrito. Agora, no Projeto Niterói era com os grupos de trabalho. Então se fazia aqueles grupos de trabalho e, para evitar dualidade de comando, nós não criamos o Conselho Municipal de Saúde na prefeitura...

Maximus – Na prefeitura.

01:21:22 Heitor Braga – Deixamos no Projeto Niterói.

Marcos – Mas isso ainda era antes de 1988, portanto não tinha o SUS, não tinha nada.

Heitor Braga – Não, não.

Marcos – Porque a gente ouviu falar do Conselho...

Maximus – Com a criação do...

Heitor Braga – Pode ser.

Maximus – Quando o Tomassini saiu, o Moreira chama o Nédio Mocarzel. E o Nédio (...) O Tomassini (...) parecia com essa, só que não tinha o Projeto Niterói à época; só que ele produzia uma discussão harmoniosa. O Nédio, parece – pelo que chegou aos nossos ouvidos e o que nós conseguimos garimpar nos papéis – transferiu a reunião desses conselhos para a Academia...

1:22:53 Maximus – ... devia perguntar isso ao dr. Waldenir, talvez ele se lembre... Porque isso afastou completamente a participação comunitária.

Heitor Braga – É bem provável que tenha acontecido isso.

Maximus – Ele ficou pouquíssimo tempo na secretaria de Saúde...

Marcos – Nesse pouquíssimo tempo ele fez uma reestruturação (...)

Waldenir – O relato dele é admirável. Eu não acrescentaria nem tiraria nada. Ah, bom, a vaca mecânica!

Marcos – A gente falou. Dr. Heitor não escreveu mas na conversa... Lá no Largo da Batalha...

Waldenir – Lá foi distribuído leite de soja... foi pioneiro, também, isso, Heitor! Foi pioneiro isso! Porque o leite de soja, cada vez mais, a soja está sendo inserida como nutriente importante! É... um alimento importante. E o que mais, Heitor? Algumas medidas... Aqui, Heitor: cresceu a porcentagem da população de 60 anos de idade.

Heitor Braga – Isso é o estudo epidemiológico, que ocorre paralelo à estrutura de serviços...

Marcos – Para ajudar no planejamento.

Heitor Braga – É.

Waldenir – Aí eu botei aqui, viu, Maximus, algumas medidas de âmbito social, porque eu sou dessa área de Medicina Social. E eu acredito em gerontologia – aliás, todo mundo tem de acreditar. Então, a criação do passe livre do idoso – que foi primeiro aqui em Niterói, comigo – esses idosos que ficavam em casa...

Maximus – Passaram a sair...

Waldenir – ... que não tinham condições, dinheiro para pagar ônibus, passaram a sair de casa. Passaram a ir ao consultório, passaram a ir ao ambulatório... mexeu na população de idade. Então, uma medida de gerontologia social foi adotada, de forma pioneira, para prevenir riscos à população idosa, como o passe livre nos transportes urbanos, facilitando o deslocamento pessoal; o clube da terceira idade, recreação, reunião uma vez por semana; coisas de medida social, gerontológica, porque o isolamento, a solidão é a pior tragédia do idoso. Então nós começamos a mexer esse pessoal aposentado, fazíamos uma festa – sair de casa! Fazíamos uma prevenção, não é, Heitor, toda vez que pegava passe, o idoso tinha que andar, caminhar – aquilo que eu não faço! ...

01:26:03 Bom... melhora a memória, é bom para isso e etc...Então esse relato do Heitor está perfeito. Eu só botei isso aqui... Ah, e botei que a inflação era 80% para a pessoa sentir...

Maximus – O sufoco que nós vivemos!

Waldenir – Muita coisa, muita coisa que a gente pensava em fazer... a passarela em frente ao Hospital Antônio Pedro me angustiou, eu não consegui ninguém, porque quem ganhava a concorrência... “Não, não tenho condições de fazer... Eu disse que ia fazer por 50 mil, mas não... com 50 mil cruzeiros eu não pago nem uma semana do operário...”

Heitor Braga – (...) O que eu acho importante saber, da integração da Universidade com a prefeitura, foi a farmácia popular ali em frente ao Antônio Pedro.

Waldenir – Boa ideia... Era uma quitanda... Eu, médico, viviam me perguntando: “Dr., dá para me arranjar amostra...” A você também, devem viver ... A todo mundo devem viver... E você sabe que encontrei resistência? “Não, já tem uma farmácia ali dentro do Hospital Antônio Pedro...” Eu digo: “Mas não é só para quem está dentro, está tendo consulta dentro do Hospital Antônio Pedro.

É para quem não está sendo atendido dentro do Hospital Antônio Pedro, do lado de fora, que não e depois a gente vai empregar a moçada, que está saindo do curso – um curso teórico...

01:27:34 Eu fui do Conselho Universitário, participei do primeiro Conselho Universitário. Eu fui relator... Dayl de Almeida foi eleito deputado federal, foi para Brasília, e eu fiquei no lugar dele. E fui designado, fui escolhido relator. E eu sentia que muita coisa que o pessoal da Farmácia – era o pai do Edgar Alves Costa, Américo Alves Costa –, eles diziam, “o curso é muito teórico, essa moçada não dura ...”

Waldenir – O laboratório Glaxo... E eu atendia, porque eu atendia no Ipase (?)... Eu conselheiro... E o laboratório Glaxo... me disseram: “Olha, o laboratório Glaxo vai ser desativado.” E eu: “Puxa, seria uma boa, hein, seria o laboratório da Farmácia...” Aí falei com Américo Alves Costa. Fui designado por ele, pelo reitor – que não me lembro se era Argemiro de Oliveira – aí eu fiz parte da comissão. Eu argumentei em plenário que nós tínhamos de passar a ter atividade prática, porque o ensino teórico só, não dá... Nós, o Hospital Antônio Pedro era municipal, eu propus – Deoclécio Dantas era o reitor, tinha sido meu professor de Anatomia –, quando eu propus que o Hospital Municipal Antônio Pedro passasse a ser hospital das clínicas da Faculdade Fluminense de Medicina, ele “... Está inventando”... ficou nervoso, caíram-lhe os óculos, “O sr. está inventando um elefante branco! O sr. sabe que a gente não vai conseguir... e blá, blá, blá...” ... passou mal. Aí, eu tinha sido vice-presidente do diretório, peguei assinaturas- eram uns 23 estudantes-, conseguimos dezoito ou dezenove assinaturas. “Magnífico Reitor, a proposta...” E ele... Aí o Luiz Gonzaga Magalhães, que era secretário ... “Agora o sr. tem de... agora não tem por onde...”

Marcos – O sr. quer falar alguma coisa?

01:29:49 Waldenir – (...) Então, o Hospital Antônio Pedro também foi uma luta nossa, de 1964-1965. Ele era amigo do Castello Branco, era cearense também...

Heitor Braga – Era o Lura... era a Farmácia?

Waldenir – Ah, bom, e o Laboratório Rodolfo Albino, o Glaxo, então passou a ser... foi adquirido.

Heitor Braga – E você desapropriou aquela área...

Waldenir – Foi desapropriada.

Heitor Braga – fez a doação à Universidade, para ali...

Maximus – O sr. já como prefeito.

Heitor Braga – Foi.

Waldenir – Já como prefeito. Outra coisa que eu fiz, irregular, foi que aquele Anexo tinha de ter um afastamento. Não sei quem era... Luiz.. José Antonio... Antonio José... Peçanha?

Maximus – Não. Não. Peçanha era meu colega de turma.

Waldenir – Quem era o diretor que me pediu, foi lá me procurar...

Maximus – Calixto Kalil.

Waldenir – Foi Calixto? Aquele Anexo... tinha de ter um afastamento de seis metros.

Maximus – Do muro.

Waldenir – Do muro!

Maximus – Ele é pregado ao muro.

Waldenir – Aí... se fosse, não tinha espaço para fazer... Aí, o Almir , que era meu secretário...

Waldenir – Bom, esses foram fatos vinculados à Universidade que tem também vinculação com a história.

01:34:50 Maximus – Já que estamos falando nisso, há um fato ligado à Universidade, que eu acho muito interessante, na época em que o reitor era o Geraldo Sebastião Tavares Cardoso e o vice-reitor era Rogério Benevento. Eles fazem lá no Fonseca (*Ininteligível. Intervenções simultâneas.*), um Centro Social Urbano, me parece que com um acordo de cooperação, um convênio – não era protocolo de intenções, foi direto um convênio – entre o reitor da Universidade, Geraldo, e...

Heitor Braga – É... quem é que assinou aquilo?

Marcos – O secretário de Saúde, Woodrow Pimentel.

Maximus – Acho que era o secretário de Saúde, Woodrow Pimentel Pantoja. Foi isso. Secretário de estado. ... Criando um programa...

Marcos - Kellog's.

Maximus - ... da Fundação Kellog's, um programa de incentivo materno-infantil.

Marcos – 1976.

Maximus – 1975. Governo Ronaldo Fabrício.

Heitor Braga - É, me lembro disso.

Waldenir – É, me lembro que a Eva Mila estava lá...

Maximus – É, a Eva Mila era do INPS..

Waldenir – O Hospital Antônio Pedro...

Maximus – O Ciro era o diretor do Hospital Antônio Pedro.

Waldenir – É, o Ciro Herdy...

01:36:33 Waldenir – Agora, importante, e que você me lembrou agora: o Ronaldo conseguiu com o Geisel que essa área que tinha sido da Planurbs Araribóia, aquele aterro, fosse destinado – Geraldo Cardoso era o reitor – fosse destinado para a UFF. Mas essa destinação era diabólica, porque aquele terreno só foi regularizado no meu período, porque aquele terreno era de propriedade da Planurbs Araribóia.

Maximus – É uma briga judicial que se arrasta há anos...

Waldenir – Ele... Não sei se você conheceu o Chianelli?

Maximus – Claro que conheci!

Waldenir – Chianelli me telefona...

Maximus – Chianelli dava aula...

Waldenir – Chianelli me telefona... eu era deputado.

Heitor Braga – Meu colega de turma.

01:39:08 Waldenir – Chianelli me telefona: “Waldenir, ‘tá indo na lista tríplice o Geraldo Cardoso. Gente boa.” “Sim, meu amigo!” “Dá para você fazer uma forcinha, para ele ser o reitor?” Eu gostava muito do Geraldo. Geraldo tinha uma conduta, tinha uma mulher com problemas, ele era um sujeito... Eu aí peguei o avião... o chefe de gabinete do Suplicy, que era do Paraná...

Maximus – Não é o Suplicy...

Waldenir – ... Lacerda...

Maximus – Suplicy de Lacerda!

Waldenir – Foi o ministro da Educação Flávio Suplicy de Lacerda. O chefe de gabinete dele tinha sido vice-presidente, comigo, da Associação Médica Brasileira, era presidente da Apae Nacional – meu amigo, a gente de vez em quando estava junto em São Paulo – era o chefe de gabinete. Peguei o avião, mandei anunciar que eu estava lá, ele me recebeu: “Ah, eu estou para ir a Niterói...” – tinha uma porção de deputado lá, gente esperando na outra sala... – “O que é que você manda?” Eu digo, “Um candidato a reitor, Geraldo Cardoso...” “Trouxe o currículo?” “Trouxe.” Ele tinha sido do IAPI, ocupou um cargo no IAPI). “Que mais? Só isso?” “Mas ele é gente boa!” Mas terá sucesso, só não bota no jornal. Amanhã sai. Foi bom, o ministro está recebendo pressão até de senador...”

Maximus – Mas ele tinha um vice-reitor que tinha um currículo...que era Rogério Benevento.

Waldenir – Currículo nada, rapaz, amizade!

Maximus – Não, o vice-reitor. O vice-reitor do Geraldo, que era o Rogério, tinha um currículo... A coisa mais leve que o Rogério tem no currículo dele foi ter traduzido o livro de Anatomia em que nós estudávamos.

01:41:31 Waldenir – Ah, sim, foi introdutor da nova nomenclatura...

Maximus – Você imagina?

Waldenir – Ah, sim, foi ele que introduziu a nova nomenclatura... Mas o Geraldo era muito educado. Aí, ele disse: “Sai amanhã. Olha, eu vou a Niterói comer... uma vez eu fui lá no Tibau, vou comer um camarão com você lá no

Tibau!” E me levou até a porta, e aí encontrei Luiz Bráz. Na porta. “Dr. Waldenir, veio trazer alguma coisa para mim?” (...) “Vim falar com o chefe... sai amanhã a nomeação dele.” É? Então eu vou ficar...”Então fica.” Aí liguei para Chianelli e disse que ele ia ser.

Marcos – A gente, se o sr. tiver a gente gostaria de tentar falar com o Nédio Mocarzel, que Dr. Heitor disse que tem uma memória muito boa. E depois com o Miguel Ângelo.

Maximus – O sr. podia dar uma ligada para ela, dizendo que nós vamos ligar, só para quebrar as resistências?

Waldenir – Está bem...Claro, deixa eu ver se tenho aqui...

Maximus – Não, não precisa ser agora não, depois, mais tarde...

Waldenir – Não sei se tenho o telefone dessa senhora aqui...

Maximus – Mais tarde, só para...Quem tem padrinho não morre pagão, já dizia minha avó.

Waldenir – Tá, depois eu lhe dou.

Maximus – Uma dúvida que eu tenho, com a qual eu sonhei – comecei falando isso – não foi um pesadelo, porque acordei pensando nessa coisa: qual foi a data da inauguração do túnel Raul Veiga? Quem inaugurou o túnel Raul Veiga?

Waldenir – Foi Ronaldo Fabrício... que conseguiu ajuda do governo federal.

Maximus – Porque Jorge começou as obras, tanto do Raul Veiga quanto da Avenida do Contorno. Não as terminou porque faleceu no acidente de carro...

Waldenir – Roberto.

Maximus – O Roberto, desculpe. Eu sempre misturo os dois.

Waldenir – Ronaldo Fabrício. Eu vou... eu tenho um telefone... do Armindo Ascensão Silva. Ele tem um arquivo com os decretos, as datas, etc. Ele é fabuloso. Porque foi secretário do Ronaldo e depois foi meu secretário de Governo. E eu, quando preciso, recorro do Armindo... Ele é igual ao Heitor, Heitor tem tudo... Mas isso eu preciso ver. Não foi Moreira?

01:45:30 Maximus – Não, não foi Moreira.

Heitor Braga – Mas foi da prefeitura.

Maximus – Foi da prefeitura.

Waldenir – Com ajuda do governo federal.

Heitor Braga – Então tem isso na procuradoria.

Waldenir – Ah, sim!

Heitor Braga – Na procuradoria da prefeitura, no 10º. andar – não é décimo?

Waldenir – É, eu acho que sim. Quem está lá agora, hein, Heitor?

Heitor Braga – Não sei quem está lá agora...

Waldenir – A... o Aldir se aposentou. O procurador agora é um menino, novinho, é o filho do Navega...

Heitor Braga – Mas os procuradores do município...

Maximus – Wilson Navega?

Heitor Braga – ...eles são muito prestativos. E eles têm um arquivo todo dos diários oficiais, dos atos oficiais todos...

Marcos – Ah, isso é muito bom para nós!

Marcos – Na prefeitura nova, 10º. andar.

Heitor Braga – Procuradoria-Geral do Município. Pode falar com qualquer um, pode falar até...

Marcos – Eles têm tudo...? Por exemplo...

01:46:46 Heitor Braga – Se quer saber da estrutura do Moreira Franco...

Marcos – Estrutura...

Heitor Braga – ...do Moreira Franco...

Marcos – ...do Ronaldo Fabrício.

Heitor Braga – Do Ronaldo Fabrício. Eles têm, ou têm como puxar.

Marcos – Mas... a nomeação de fulano...

Heitor Braga – A nomeação de fulano, tem a data, tudo lá.

Marcos – Está ótimo!

Maximus – Era isso que nós queríamos.

Heitor Braga – Era isso que eu estava querendo lembrar...

Marcos – É porque a gente tem muita preocupação...

Heitor Braga – E eles têm muito boa-vontade...

Waldenir – Eu só não sei mais quem está lá, porque já saiu muita gente.

Maximus – Procuradoria-Geral do Município?

Marcos – Está no décimo andar da prefeitura?

Heitor Braga – Isso. Agora, aí, ficou faltando o quê? Desde a saída do Fabrício, depois entrou o Tomassini, depois do Tomassini entrou o Nédio...

Maximus – Depois entrou o Renato...

Heitor Braga – Renatinho...

Marcos – Depois o Miguel Ângelo...

Heitor Braga – Miguel Ângelo...

Maximus – (...) Miguel Ângelo, e depois o senhor.

Heitor Braga – É. E aí, o Gilson.

Maximus – Depois vem o Jorge com o Gilson.

Marcos – Aí acaba quando surge a Fundação Municipal de Saúde.

Maximus – Aí acaba.

Heitor Braga – Acaba o período. Aí é outra história.

Marcos – Isso.

Heitor Braga – Aí nasce outra história.

Marcos – E aquela conversa que a gente teve fez com que eu mudasse o período, de 1975 a 1992, não é mais, não é mais 1977 a 1992...

Marcos – (...) as datas das ações integradas de saúde...

01:48:51 Heitor Braga – A gente só sabe que 1982 foi um marco na história de Niterói.

Marcos – É.

Heitor Braga – Importante também é ouvir o Santini.

Maximus – Já falei com o Santini, já ouvimos. Santini para mim é mais fácil.

Waldenir – Santini...você tem o telefone dele? Acho que eu tenho aqui...

Maximus – Santini eu tenho, nós somos muito... É a primeira gravação que tem neste gravador.

01:49:17 Waldenir - É? O Santini participou do Projeto Niterói...

Heitor Braga – Antes... antes...

Waldenir – Agora, Maximus, está indo bem a coisa?

01:50:00 Maximus – Está perfeito. A colaboração que os senhores estão prestando é, assim, inestimável. E eu quero dizer uma coisa muito clara, que eu comentei com Dr. Heitor – aliás eu tenho sempre uma grata memória do Dr. Heitor, e ele até ri quando eu falo isso – porque eu era rato do hospital. Era residente do hospital. E eu me lembro que sempre, às sete da manhã, eu via aquela figura de terno escuro, chegando ao ambulatório de Psiquiatria – era o Dr. Heitor. Eu dizia, “Esse homem não falha, um dia! Não falha...” Era impressionante.

Waldenir – Ele não falha... Mas os recursos que vêm para a saúde, hoje, eu não sei, mas já soube...que entram no “bolo” geral...

Maximus – Na caixa geral...

Waldenir – Na caixa única. No nosso período – não é, Heitor? – era uma conta aberta no Banco do Brasil. E o meu secretário de Fazenda (*ininteligível*) ficava nervoso...

Maximus – O secretário de Fazenda, quem foi?

Heitor Braga – Foi o Oscar Nazaré.

Waldenir – (...) Você sabe o que eu tive que fazer, para não pegar a prefeitura mais arrasada? O João Batista, eu chamei para continuar sendo meu secretário.

Maximus – Quem era?

Waldenir – Era um ilustre desconhecido, amigo do Moreira (?).

Maximus – Melhor assim...

Waldenir – Eu disse: “Olha, me poupe, porque eu preciso ter algum dinheiro quando assumir... Você não gasta muito agora não, senão depois eu vou ficar a pé...” “Ah, eu vou continuar?” “Vai, eu preciso de você!” Aí foi que começou... porque o negócio estava terrível! Era o Oscar Nazaré, que tinha sido do Ronaldo Fabrício, era um homem muito econômico...

01:52:00 Heitor Braga – Muito sério.

Waldenir – Muito sério. Quando precisava pegar um dinheirinho para fazer mais alguma coisa, ele não me deixou pegar... Paguei todos os empréstimos – à exceção do das Bahamas –, todos os empréstimos. Jorge não pegou, não deixei um empréstimo. Paguei as dívidas, paguei a dívida com a Previdência Social, deixei tudo bonitinho. Deixei o Ibasm funcionando, os servidores tinham assistência até fora do País. Até fora do País! Inclusive o Renatinho precisou fazer – ele teve um grave problema, precisou ir para os Estados Unidos...

Maximus – Foi um tumor...

Waldenir – Eu autorizei o atendimento e tudo que ele precisasse. E outros, também.

Marcos – É preciso saber de que pessoa estamos falando...

Maximus – Da mesma pessoa.

Heitor Braga – Da mesma pessoa.

Marcos – Ele era tão novinho assim, morreu?

Maximus – Não, não...

Waldenir – Renato morreu com setenta e sete anos...

Maximus – Ele teve uma amputação por tumor no membro superior.

Marcos – Ah, não é aquele que a gente pensava... Tem um outro médico que andava no Largo da Batalha que também...

Heitor Braga – Ah não, esse é outro. Esse foi candidato a vereador.

Marcos – Isso. Isso aí. Que é muito mais novo.

Heitor Braga – Muito mais novo, muito mais novo.

Waldenir – Então, você gosta de histórias, você gosta...

Maximus – Gosto. Muito. Aliás, segundo Marcos, esse é meu defeito. Ele tem que ficar me segurando...porque a conversa...

Waldenir – A história não pode ser a invenção do historiador, tem de ser o fato, tal como ocorreu. Ela tem compromisso com a ética e com a verdade. Não pode... tem que dizer as coisas como foram...

01:59:55 Maximus – Muito.

Waldenir – Eu também gosto de história.

Heitor Braga – Só para encerrar: é que eles têm, na parte inicial da tese, uma parte de desenvolvimento urbano de Niterói. E eu lembrei da Dani Conceição e Companhia...

Waldenir – Isso!

Heitor Braga – No tempo do Amaral Peixoto. Então, o primeiro projeto de desenvolvimento urbano de Niterói foi feito...

Waldenir – De esgoto... A rede de esgoto! Heitor foi a primeira cidade a ter rede de esgoto!

Heitor Braga – Dani Conceição e Companhia Ltda, feito pelo comandante Amaral Peixoto.

Marcos – Dani – d-a-n-i – Conceição...

Heitor Braga – É, Dani Conceição e Companhia Ltda.

Waldenir – Ainda tinha há pouco tempo umas placas, ainda, dos tampos de esgoto com a marca... Quem presidiu foi Ernesto Imbassahy, sabia?

01:59:55 Heitor Braga - Por isso é que aquela área toda ali de Gragoatá não é possível edificar prédios maiores, porque ainda estão vinculados àquela data, àquela época da Dani Conceição.

Maximus – Eu vou andando com o senhor...

Waldenir – Você me chama de senhor, eu lhe chamo de Excelência.

02:00:42 – Término da entrevista.

[Trecho final – saída].

02:03:41 – Fim da gravação.

ENTREVISTA SANTINI

Identificados dois oradores:

Orador 1 – Santini

Orador 2 – Maximus

00:05 Santini – Eu queria falar o seguinte: tem um pouco da linha do tempo, e um pouco da reflexão dessa história, porque eu acho – acho não, tenho certeza – de que parte disso você mesmo participou...

Maximus – *[manifestação de concordância]*

Santini - ... você foi... esteve junto comigo em muitos momentos dessa história, então muita coisa que eu vou falar você vai se dar conta disso.

Essa história da... primeiro, minha formação: eu tive uma militância política, vamos dizer assim, durante o tempo do movimento estudantil, muito forte, até o ano que eu me formei, praticamente, até 69, que foi o ano em que comecei o internato, e a partir desse ano eu comecei o internato na cirurgia e aí eu saí da militância política-partidária, da militância política estudantil para concluir meu curso médico, porque, afinal de contas, eu tinha... a militância na política estudantil era uma atividade de cidadania, uma atividade de política, mas eu tinha compromisso com a minha formação profissional – eu queria ser médico! Isso era... Essa coisa de fazer Medicina foi um processo de vida muito forte, dada a relação minha, pessoal, com meu padrinho, com meu avô, um (?) médico, que eu tinha um exemplo de vida e, para mim, me formar e ser bom médico era uma coisa importante.

02:10 Então eu passei a me dedicar, como nunca, praticamente nos últimos anos e depois na residência médica à Medicina, à cirurgia, essa coisa toda. E aí fiquei muito fortemente vinculado ao Hospital, quer dizer, minha vida no Hospital, digamos assim, em tese, parecia... virou uma espécie de militância também. Quer dizer, eu deixei a militância política geral e passei a ser um militante da minha profissão, do Hospital Antônio Pedro, a me dedicar

profundamente ao meu trabalho lá dentro, ainda como interno, depois na residência médica, e tal. Durante todo esse tempo, principalmente a partir da residência médica – eu fui chefe de residente e tudo isso – eu comecei a me envolver com as questões da administração do Hospital. E uma das razões de eu fazer isso é que, na época, o diretor do Hospital era o Dr. Armando Siqueira, que era uma pessoa com quem eu trabalhava, fora – tinha... lá em Corrêas, na Santa Casa – porque eu fazia cirurgia torácica fora do Hospital. Ele era o diretor e era também um cara muito comprometido, então eu tinha uma participação muito forte, já, nos temas administrativos, em função disso.

03:39 Além disso, tinha uma outra questão, que era, apesar da visão política completamente... no caso do Prof. Hilário, completamente oposta, e no caso do Prof. Aloysio e outros, com nuances, mas, de qualquer maneira, eram visões antagônicas, em termos de política – quer dizer, Prof. Hilário era um cara de direita e o Prof. Aloysio era um cara liberal clássico. Apesar disso, esses caras tinham um projeto visionário para a Universidade e para a Faculdade de Medicina. Podia não ser exatamente a mesma coisa que eu pensava, mas eles tinham uma visão que permitia um debate. Permitia um debate.

04:32 E a visão deles era modernizadora, era criar um hospital universitário, um hospital de bases reais, e não uma estrutura acadêmica como era a tradição das escolas de Medicina – que era um negócio de Santa Casa, que era aquela história de você criar um museu de doentes para poder dar aula –, quer dizer, eles tinham uma visão modernizadora disso, de que não, que o hospital universitário tinha que ser um hospital real, tinha que ter tudo, tinha que atender emergência, quer dizer, foi uma grande... eles conduziram uma grande mudança no modelo de ensino médico no Brasil, já no final da década de 60, início de 70, que foi essa, nos hospitais universitários. E em poucos lugares no Brasil, nas universidades federais, aconteceu isso. Em poucos lugares... que eu saiba, nenhuma. Aconteceu em algumas estaduais, no Rio de Janeiro a UERJ, com o [Hospital] Pedro Ernesto, que estava, quem conduziu, basicamente, foi o Jayme Landman e Américo Piquet Carneiro, e o Hospital das Clínicas de São Paulo que já nasceu assim. A Faculdade de Medicina da USP já nasceu com

essa concepção de hospital real, com atendimento de emergência e tal. Então esses caras conduziram isso aí.

05:55 Então, o que aconteceu: eu entrei já para... sim, antes mesmo de terminar a residência eu já tinha responsabilidade administrativa no Hospital, porque eu passei a ser chefe de equipe de emergência no domingo, tinha que... como não tinha ninguém, domingo, mais graduado, eu era... eu respondia pelo Hospital. E comecei a ter que lidar com temas administrativos do Hospital que normalmente não cabiam a um residente, a um R-2 ... porque eu era chefe de equipe, e tal. Isso era uma coisa. E lidava, também, com outros temas, não propriamente gerenciais do Hospital, mas temas do atendimento à Saúde. Porque o Antônio Pedro recebia doentes de todos os lugares do estado do Rio, por falta de estrutura, porque não havia nenhuma estrutura para atendimento – e não era de emergência, eram doentes crônicos, doentes com patologias graves, que eram transferidos do estado do Rio inteiro para o Antônio Pedro. E principalmente aos domingos. Chegavam lá, então, e eu tinha que lidar com isso também. E aí comecei, obviamente, a pensar que... não é possível que você tenha um hospital só recebendo doentes do estado inteiro! Então comecei a imaginar que alguma coisa diferente devia existir.

07:30 Bom... Nesse momento, a estrutura do sistema de Saúde no Brasil – estamos falando no início da década de 70 – era... o que existia era a população trabalhadora atendida pela Previdência Social e as pessoas que estavam fora do sistema formal de trabalho não tinham nenhum tipo de atendimento estruturado, eram atendidos na filantropia... não tinham atendimento estruturado.

08:06 Então esse foi, vamos dizer assim, o ambiente no qual eu comecei a me envolver na questão da gestão da Saúde: por força da minha atividade médica e, de certa maneira, articulada ali com a questão dos atendimentos, direção do Hospital, essa coisa toda.

Depois disso, algumas mudanças começaram a acontecer, no próprio processo de gestão, e – eu acho que foi 74 ou 75, não sei bem a data, mas por aí... – foi assinado o primeiro convênio MEC-MPAS. O primeiro convênio de

hospital universitário. Um dos primeiros hospitais a assinar foi o Antônio Pedro; Pedro Ernesto acho que foi o primeiro, e o Antônio Pedro foi um dos primeiros a assinar. E esse convênio foi extremamente questionado – foi uma batalha para assinar esse convênio no Antônio Pedro – porque alguns professores, muito conservadores lá, diziam que ia acabar com o hospital universitário.

Esse fato é importante porque isso vai ter um rebatimento já lá nos anos 90, quase – oitenta e tantos, noventa – que é acabar com a Emergência. A proposta de acabar com a Emergência tem a mesma lógica dessa aqui; é a mesma coisa: é a ideia de que hospital universitário é museu. Quer dizer, aquilo que o Prof. Hilário e Aloysio eram contra, que a gente lutou para viabilizar, que o convênio MEC-MPAS veio reforçar, tinha crises... E a crise, naquela época era essa: o questionamento de que a Previdência ia ocupar o Hospital, com doentes com hérnia (?), não sei o quê, ia acabar com a quele... enfim, isso foi uma luta, os residentes foram a favor do convênio, a maioria; alguns professores muito conservadores eram contra, principalmente o pessoal da Clínica Médica – da Cirurgia não tanto – e alguns supervisores do INPS que trabalhavam no Antônio Pedro era contra também – mas isso provavelmente porque tinham interesses fora... Hugo Faria, um funcionário, assim, que eu me lembro...

10:49 Santini – É, é.. Lembrei do nome dele agora, mas tinha outros, que... se o Alzheimer não me pegar vou acabar lembrando... Mas, enfim, esse foi um momento importantíssimo nessa história, porque era um momento de uma mudança mesmo. Porque... o que aconteceu com isso? Começou a ter uma outra fonte de financiamento para o Hospital. O importante no convênio MEC-MPAS, além da mudança, na intervenção no modelo assistencial, intervinha no modelo de financiamento, passou a ter um recurso adicional. O Hospital, que não tinha... a sustentabilidade do Hospital começou a ter problema, principalmente a medida que o Hospital se ampliava, com tecnologia, etc., começou... E aí o MEC-MPAS...

11:41 Só que o convênio MEC-MPAS... ele trazia mais recursos, mas ele já era uma resposta do Ministério da Previdência à crise da Previdência. Quer dizer, fazer convênio com os hospitais universitários era benéfico para o

Ministério da Previdência porque eles pagavam menos para os hospitais universitários do que para a rede contratada, pelo mesmo procedimento, ou seja, os valores eram menores. Os valores pagos à rede pública eram menores do que os pagos à rede privada contratada. E, teoricamente pelo menos, havia mais capacidade de controle, porque um dos [fatores] responsáveis pela crise da Previdência dos anos 70 certamente foi fraude. Era... um componente fortíssimo daquela coisa era fraude. Havia problemas de financiamento na Previdência, também, mas a fraude era gritante, também, cobrava-se o que se queria, era um negócio de louco...

12:48 Maximus – E quanto quisesse...

Santini – E o quanto quisesse, não tinha teto, não tinha nada. Bom, esse era o contexto. Nesse contexto, e juntando todas essas contas, quer dizer, que eu falei ... vivência médica e tal, tem um outro que está faltando ainda, que é a questão do ensino. Eu percebia, não só na minha formação como na formação dos alunos, internos e residentes que começavam a vir trabalhar com a gente no plantão, uma coisa fundamental – percebi primeiro em mim mesmo, e depois em cada um, em cada turma que vinha. Eu, por exemplo, apesar de ter passado os cinco anos da Faculdade de Medicina militando, portanto sem estudar coisa nenhuma, eu em um ano consegui me transformar num bom aspirante de médico, e em três anos eu era um bom médico, um bom cirurgião. Então, de que adiantou aquela coisarada toda, aquele monte de aula teórica? Aquilo não adiantou nada, para minha formação, zero. Poucas exceções, patologia talvez, mas muito pouco. A maioria das coisas de que eu fiquei com conhecimento foi muito pouco, do ponto de vista prático, para me tornar um bom médico. Eu me tornei um bom médico a partir do Internato.

14:30 Aí eu fiquei pensando: porque que esse curso é assim, se você não precisa desse negócio para aprender, se o processo de aprendizagem é outro? E aí estou falando – eu não entendia de nada pedagogia, nada –, é simplesmente uma avaliação da minha experiência pessoal. E um pouco comecei a observar nos outros, os meninos que vinham, alunos do 4º ano que vinham trabalhar na Emergência daqui a pouco o cara sabia uma porção de

coisas, e o dia que ele chegou lá não sabia nada! E os internos, a mesma coisa... Então, observando eu comecei a ver que o currículo era uma maluquice, era um troço completamente... como é que eu vou dizer... obsoleto! Era uma excrecência, na verdade... não permitia... não era... o resultado final daquele... daquele sistema, por assim dizer, de aprendizado, era um resultado pífio!

15:45 Maximus – Quer dizer, os cinco anos antes nada tinham a ver com o último ano?

Santini – Pouco contribuíam na formação. Aí comecei a ler um pouco sobre isso e comecei a ver que a minha observação coincidia com a opinião de especialistas, que muita gente pensava nisso! Aí comecei a ler; li o trabalho do Juan César García, José Roberto Ferreira, caras que começaram a ver: “bom, esse troço não é nada disso! O modelo não é esse!” E eu estava pensando no currículo ainda numa ótima muito... vamos dizer assim... para medicina hospitalar, medicina assistencial. Juan Cesar Garcia é que vai me levar para a medicina social, mas até aí eu estava pensando na coisa do aprendizado de medicina mesmo, ser doutor...

Maximus – Prática.

16:35 Santini – Prática. Estava pensando nisso. E aí aconteceu uma coisa curiosa: o Prof. Aloysio promoveu lá no Antônio Pedro um debate da ABEM, um debate com convidados internacionais, para fazer uma discussão sobre o currículo médico. E ele convidou para participar dessa reunião alguns estudantes... existiam professores, de vários lugares do Brasil, inclusive da UFF e da UFRJ – Prof. Clementino Fraga, Alice Rosa... Rubens Maciel, do Rio Grande do Sul, Adir Molinari, do Paraná... eu me lembro dos caras... o Mário Chaves, que era o coordenador da Kelloggs no Brasil, que apoiava muito esse tipo de coisa. E esse ...[debate] foi feito pela ABEM, o Prof. Aloysio era presidente da ABEM. Fez um debate sobre o currículo médico. E eu me lembro... – eu fui convidado, participei – e nesse debate, de maneira muito irreverente e provocadora, eu fiz uma fala dizendo o seguinte: que eu gostaria de propor um novo modelo de currículo médico. Isso foi na sessão final da reunião. Aí os caras... “... tá bem, propõe aí um novo currículo médico...” Aí eu

fui ao quadro e fiz um quadrado, assim... um retângulo... e dividi, os seis andares, ou oito... botei o número de andares do Hospital Antônio Pedro – eram oito, não? Botei assim: este aqui é o curso médico. Então, o aluno vai entrar para a Faculdade de Medicina, no primeiro ano ele vai ficar no primeiro andar; no segundo ano, no segundo andar; e assim por diante, quando ele chegar no oitavo andar ele está formado, pode pegar o diploma e ir embora. Agora, isso também pode ser feito de cima para baixo, ou começar do meio, tanto faz. Aí os caras ficaram assustados... “Para mim, o currículo é isso. É deixar o cara praticar, aprender as coisas fazendo, e depois ele vai estudando... tem que estudar, mas tem que fazer! Esse troço que a gente tem hoje é um atraso de vida, porque...”.

Então isso foi meio levado na piada, alguns caras pensaram que eu era meio doido, para falar uma maluquice dessas, mas o Prof. Fraga e o Prof. Aloysio acharam que tinha um potencial nas coisas que eu estava falando, que aquilo não era uma maluquice, aquilo era, vamos dizer assim, primarismo – era uma reflexão primária – mas tinha fundamento, tinha essência, do ponto de vista pedagógico. Nós estamos falando de coisas que têm significado, estamos falando de prática – e eles gostavam disso, gostavam desse modelo. Tanto é que o Prof. Fraga foi quem abriu o Hospital do Fundão, quem desmantelou o negócio da Santa Casa e fez o Hospital do Fundão – e por quê? Porque ele acreditava no modelo, naquele momento, hospitalar.

20:05 Bom... A partir daí eu comecei a me envolver com essa questão da educação médica, mas também continuei, lá no fundo da minha cabeça, pensando na questão também da assistência... – como é que é isso, quer dizer, como é que essa educação se faz no âmbito da assistência, porque na verdade não era só hospital universitário, como é que... Aí o Juan César García foi fundamental. Porque eu entendi que não era só... o ambiente, o modelo pedagógico era um modelo baseado na prática, com certeza, tendo a prática como elemento central e a teoria como reflexão sobre a prática – disso eu estava convencido e também correspondia ao pensamento do José Roberto, da Alice, do Fraga... Mas o Juan César García trouxe um outro componente para

esse negócio, que era o componente social, que quer dizer o seguinte: olha só, tem esse negócio aqui, que é o modelo pedagógico, mas esse modelo pedagógico tem que ser abrangente porque o cara tem que entender que doença, a função da Medicina não é só cuidar de doente, mas é também prevenção, etc. E aí vem a ideia de sistema. A ideia de sistema e a ideia de formação no sistema é uma ideia que eu captei a partir dos trabalhos do Juan César García, e obviamente que... – quer dizer, eu estou contando isso pelo viés da academia, como é que eu fui construindo essa concepção...

21:50 Maximus – Como é que você foi descobrindo isso.

Santini – É. É lógico que isso tudo foi sendo feito com muita discussão, dentro, lá... estou falando de mim mas eu tenho que envolver nisso aí uma série de pessoas que participaram dessa discussão lá dentro: a Márcia; o Luiz Paulo Verbicário; ... o Gabetto, que era um cara que participava, por causa da questão prática, lá; ... o Walter Tavares; o Néelson, que trabalhava no DIP também, que depois foi para o Fundão, mas o Nelson participou muito dessa discussão; Tomassini; enfim... estou falando das pessoas internas lá da Universidade. E tinha os contra, Waldenir Bragança, não sei quem, tinha uma porção de gente contra. O Márcio Torres, a favor; o... enfim, tem um monte de gente. Mas aí é.. só porque, se eu for pensar nas pessoas, acabo perdendo o fio da meada.

22:58 Então, era essa... Então começamos a pensar mesmo num modelo... e aí eu passei a ser, digamos assim, um... passei a ter um papel nessa discussão, passei a frequentar essa discussão: onde ela acontecesse, eu frequentava. Aí fui eleito para o colegiado de curso de Medicina... não fui eleito depois para o colegiado da Faculdade de Medicina (isso já foi 79, por aí...), e, curiosamente, houve uma eleição para a Faculdade de Medicina para concluir o mandato do Prof. Aloysio de Paula.

O Prof. Aloysio de Paula se aposentou, tendo exercido apenas um ano do mandato, e caiu na compulsória. Então, restavam três anos para concluir seu mandato e tinha que ter uma nova eleição. Essa nova eleição, como era curto o tempo, não tinha muita gente interessada em concorrer, nessa nova eleição. Aí o colegiado indicou uma chapa e o Luiz Paulo Verbicário articulou para que eu

fosse o mais votado, nessa chapa. Só que... não tinha eleições nessa época, ainda – os professores não votavam, as eleições eram feitas no colegiado – só que o Luiz Paulo, para poder garantir essa lista, ele fez uma eleição;... na verdade ele fez uma consulta, ele proporcionou uma consulta.

E acho que foi a primeira eleição para a direção na Faculdade foi essa, na verdade, não tinha formalidade nenhuma, mas foi uma consulta. E nessa consulta foi feita uma chapa e eu fiquei em primeiro lugar na chapa.

Nessa chapa, que eu me lembre, estava eu e o Prof. Afrânio. Tinha mais gente, mas eu não me lembro, mas eu e o Prof. Afrânio, com certeza. Afrânio Garcia. Acho que o Luiz Paulo também estava, e tal, mas enfim... Todos concordaram em me apoiar.

Então o Rogério Benevento, que era o reitor, recebeu lá a lista sêxtupla – tinha que ter lista sêxtupla –, mas me apoiou também, concordou que eu fosse. O Rogério tinha sido meu professor, tinha uma relação boa comigo lá também, e tal, não tinha problema nenhum. Então Rogério resolveu me indicar. O Ministro da Educação era... não me lembro agora quem era... Ludwig, General Rubem Carlos Ludwig...

25:53 Maximus – Rubão.

Santini – ... estava licenciado e o interino dele, que era o substituto – o Secretário-Geral do Ministério foi quem me nomeou, que era um cara que era amigo do Rogério, e tal, então essa nomeação também...

Então eu fui, com 33 anos, nomeado Diretor da Faculdade de Medicina, uma coisa meio extemporânea, na minha carreira, na trajetória, e na minha idade! Possivelmente eu fui o diretor de faculdade de Medicina mais novo do Brasil, não sei se fui mas devo ter sido...

Maximus – Você tinha 33 anos...

Santini – Trinta e três anos. E por que eu fui nomeado diretor? Por essa circunstância que eu estou lhe descrevendo, do ponto de vista dessa conjuntura aí, e também porque a Faculdade de Medicina não tinha nenhuma importância na estrutura da Universidade. A rigor, qualquer um poderia ser Diretor da Faculdade de Medicina, inclusive eu. E eu fui nomeado, porque o modelo da

Faculdade, o modelo do curso médico era muito mais estruturado em cima do colegiado do curso, do coordenador de curso, do que da Faculdade. A Faculdade era um cargo meio contemplativo, meio honorífico... Na época eu também não tinha muita clareza disso não, eu fui eleito achando que eu tinha muito mais poder do que na realidade. Quando eu assumi eu vi que não mandava coisa nenhuma, em nada.

Mas (...), mas eu não me conformei com essa situação e comecei – já que estava ali – a ter um espaço pelo menos para provocar uma discussão sobre o negócio do currículo. E aí eu organizei um fórum – e, como sempre, chamei o meu guru para essa discussão, não só porque eu gosto dele pessoalmente, gosto muito do pensamento dele, mas principalmente pelo prestígio que ele tinha, chamei o Prof. Clementino Fraga para ser o coordenador desse simpósio, que eu chamei de... alguma coisa assim... currículo... uma história de vida da Medicina...

Maximus – Uma expressão de vida.

28:00 Santini – Uma expressão de vida médica... uma coisa assim, tem esse nome esse seminário, que o Prof. Fraga veio coordenar essa discussão. A partir daí desencadeamos um projeto de mudança curricular. Esse simpósio desencadeou um processo de mudança curricular. E aí é que veio... quer dizer, qual o conceito que estava por trás desse processo? 1) O aprendizado de Medicina é um aprendizado que tem que ser baseado na prática; 2) A prática médica se dá na rede de Saúde, e não exclusivamente no hospital universitário; 3) A atividade médica não é exclusivamente uma atividade de alta tecnologia e alta complexidade, mas é também uma atividade ligada à prevenção, etc, porque aí a gente incorporou a proposta de Alma-Ata – Saúde para Todos no Ano 2000. Esse foi o fundamento do... Bom, e qual era o espaço? Nessa época, não existia SUS, não existiam ações de integração, não existia coisa nenhuma. Então, o espaço para esse currículo acontecer não existia! O único espaço que existia, real, era o hospital universitário. O espaço de operacionalização dessas três ideias não tinha... não tinha, não existia atenção primária, não existia rede, não existia coisa nenhuma.

29:48 Então o que que a gente... Aí vem a história que a Neuza Moysés contou. Contado assim daquele jeito ali, parece que eu tive um surto psicótico...

... fiquei na janela olhando, aí vi o prédio, e falei Aí, olhava aquele prédio vazio e ... “isso é uma maluquice...”, você.. a gente com aquele negócio entupido de gente e não ter lugar para essas pessoas serem atendidas, em ambulatório – isso é uma maluquice!”

E aí eu olhava para aquele prédio... e aí, sim, eu fui conversar com o Prof. Aloysio, “Professor, olha só, é isso, isso e isso”, e ele disse “Tá bom, vamos fazer, o que você quer fazer” “Não sei... eu acho que tem que fazer alguma coisa... acho que tem que fazer alguma coisa parecida com o convênio MEC-MPAS, não sei o quê...” Ele falou: “Você está muito confuso. Conversa com Guilherme Sampaio Ferraz, que é o coordenador das Unidades. De repente vocês conseguem fazer...”

30:58 Naquele momento eu estava pensando no CPN como um unidade satélite, mesmo, para fazer atendimento ambulatorial, atendimento básico; eu não tinha uma concepção de rede. Eu estava pensando em descentralizar um pouco, mas ali, ainda, na...

Maximus – Na periferia do Hospital...

Santini – ... na periferia do próprio Hospital. Aí, sim. Nessa conversa com o Guilherme Sampaio Ferraz surgiu a ideia de fazer um grupo de trabalho para desenvolver uma proposta... de... o plano de ação para atenção primária de saúde, fazer um piloto. Aí foi nomeada uma comissão, que – eu tenho essa portaria mas não sei onde está, Manoela deve ter... – que, aliás, a Manoela [Maria Manoela P.C.A. dos Santos] estava envolvida comigo nessa discussão desde o início, na hora que eu citei aquelas pessoas o nome dela tinha que estar também. Mas o Prof. Aloysio nomeou uma comissão, presidida pelo Guilherme, com a participação, entre outras pessoas, dessas que você citou: Hésio Cordeiro, o João Abadino , Hugo Tomassini, eu, Manoela... para elaborar um plano de ação. Para criar um programa... programas integrados de regionalização... chamava-se PIRDS – Programas Integrados de Regionalização (...) das Ações de Saúde. Isso foi uma confusão dos diabos, porque existiam três

outras coisas, andando: existia o PIASS – Programa de Interiorização Ações de Saúde que era um programa mais ligado a saneamento, e tal, mas era financiado... tinha algum recurso da Previdência, passado pelo Ministério da Saúde; e tinha outro programa, que era... PLUS-Programa de Localização de Unidades de Saúde, que era também uma concepção de expansão das atividades do Inamps. E o Ministério da Saúde era fraquíssimo. E no Ministério da Saúde tinha lá um grupo – estava lá o Sérgio Arouca, estava lá o Carlos Gentile de Mello, o Eleutério Rodriguez Neto trabalhando num negócio chamado Prev-Saúde.

33:37 O Prev-Saúde era um plano abrangente de reforma do sistema de saúde brasileiro, só que politicamente ele era inviável. Porque ele era identificado com a esquerda sanitária, e, além disso, ele era um plano, meio que com um viés, vamos dizer assim, centralizador, nacional, sistema nacional.

O que resultou desse movimento outro, esse que eu fiz parte aqui em baixo, foi mais realista, porque começamos a trabalhar com a ideia de descentralizar, então os primeiros projetos resultantes desse grupo de trabalho que o Guilherme Sampaio Ferraz coordenava – o Projeto Niterói, Campinas, Florianópolis, Natal e Londrina – essas cinco cidades foram escolhidas para implantação do primeiro... desse projeto piloto de regionalização e hierarquização das ações de saúde. Esse projeto piloto foi desenvolvido a partir de um convênio que foi feito entre o Inamps, cada um dos estados envolvidos e esses municípios.

35:00 A participação dos estados nesse processo foi muito pequena. O único estado que realmente participou foi o Paraná. No estado do Rio houve uma participação para atrapalhar. O Felipão – Felipe Cardoso – atuou no sentido de atrapalhar. Depois não, Felipe até mudou, mas no início entrou para atrapalhar, entrou para não acontecer. Tinha uma... como sempre o estado do Rio é essa confusão. Então não... o Felipão não ajudou muito no início, mas depois ajudou. No Paraná ajudou, em São Paulo não teve praticamente participação do estado, em Santa Catarina também não... Basicamente, acabou sendo um convênio entre o Inamps e os municípios.

35:52 E aí surgiu a primeira... o primeiro esboço do que seriam depois as ações integradas de saúde. Esse foi o primeiro esboço. Esses convênios foram base para a construção das ações integradas de saúde, depois. Que, mais uma vez,... a grande motivação disso não era solucionar problemas do sistema de saúde; do ponto de vista do Inamps a grande motivação disso era economizar dinheiro.

Mas, independente dessa motivação original, o fato é que isso resultou em coisas importantíssimas para impulsionar a municipalização, impulsionar revisão no modelo de financiamento, incorporar as primeiras possibilidades de universalização, porque o Inamps começou a financiar a atividade com pessoa não-previdenciária... Isso tudo começou com as ações integradas de saúde. De certa maneira, se tivesse Ministério Público atuante naquela época ia considerar isso ilegal, porque estava-se repassando recursos da Previdência, que era do contribuinte da Previdência, para atendimento universalizado. Mas isso foi feito. Foi feito no Brasil inteiro, mas começou em Niterói, Natal, Curitiba e Londrina. Começamos juntos esse processo. Então ... até o Projeto Niterói é mais ou menos isso; o Projeto Niterói resulta disso.

E aí vieram adesões a esse processo, vieram reforços a esse processo, por exemplo: o Ibam – Instituto Brasileiro de Administração Municipal entrou nesse processo reforçando, porque o Ibam começou a dar apoio aos municípios para participarem do processo. Então o Ibam abriu uma rede de articulação nos municípios. E aí cada município passou a ter... vendo o que o outro estava fazendo, começou a ter interesse em fazer. Então nesse período é que começou a se expandir a rede básica do município, porque até então os municípios não tinham estrutura de saúde, os estados é que tinham – os postos e tal. Os municípios não tinham nada; a maioria dos municípios não tinha estrutura nenhuma de atenção básica. Coisa curiosa, que até hoje o município do Rio não tem. O município..., aliás, o município do Rio nunca aderiu efetivamente ao SUS.

38:39 Maximus – Nem São Paulo.

Santini – Hein?

Maximus – Nem São Paulo. Capital.

Santini – São Paulo, na época do Adib Jatene, em que ele era Secretário de Saúde, ele fez um plano metropolitano que, de certa maneira, ficou como um plano diretor. Até hoje aquele plano metropolitano de São Paulo ajuda. Agora, a capital de São Paulo realmente também nunca entrou fortemente no SUS. Teve o Guedes, e tal, mas foi sempre complicado. O estado entrou mais forte, lá em São Paulo.

39:18 Então, a história é mais ou menos essa. Bom, depois, claro, vêm os desdobramentos disso... acabei sendo coordenador da CIS, por que? Porque a SIS era a implantação das ações integradas no estado do Rio. Como, na verdade, quem tinha a maior experiência disso, naquele momento, era eu mesmo, e tal... Aí começaram a ser criados os mecanismos de gestão das ações integradas de saúde, que eram a CIMS.. isso tudo foi... foram os mecanismos criados para gerenciar esse processo novo de articulação desse convênio. Na verdade, tudo isso era para viabilizar a execução de um convênio, entre a Previdência e o...

Para isso não ser ilegal, e para isso ter uma cara, antes de... quer dizer, entre o Projeto Niterói e criação das ações integradas de saúde houve um negócio chamado Plano do Conasp. O Plano do Conasp foi o Prof. Aloysio Salles quem fez. A Previdência estava em crise, o presidente do Inamps era o Júlio Dickstein, que foi indicado inclusive pelo Prof. Aloysio, e o Prof. Aloysio foi chamado para ser o coordenador do Plano do Conasp. O Prof. Aloysio acabou se tornando presidente do Inamps, porque ficou uma dualidade de comandos, o Prof. Aloysio tinha mais prestígio que o Júlio, acabou agregando mais gente e elaborou o Plano – e aí houve duas figuras centrais, nessa elaboração do Plano do Conasp, que eram o Duval, Henri Jouval, e o Eleutério, que trabalhava junto com Henri Jouval no Planejamento. E o Temporão, que trabalhava lá junto com Eleutério também. Mas a figura central da construção, da elaboração do Plano do Conasp foi o Henri Jouval.

41:38 E tem uma coisa fundamental, que é o seguinte: todo o processo de financiamento disso, quer dizer, de respasse de recursos para os estados e municípios, foi feito baseado numa Portaria 3046 Portaria MPAS/GM/3046, de

20/7/1982. Essa Portaria... alguém deveria fazer uma tese só sobre essa Portaria. Essa Portaria sobreviveu mais ou menos do meio da década de 1980 até aparecer a NOB 91 – que foi a primeira vez que foi criado um mecanismo de regulação do financiamento do SUS (de 88 a 91 o SUS funcionava igual ao Inamps, não tinha regulação nenhuma). Em 91, a NOB 91 criou a primeira... mas mesmo assim a 3046 persistiu. A 3046, na verdade, era uma Portaria que estabelecia parâmetros de atendimento – por exemplo, ela estabelecia, para cada população, quantas consultas deveria ter de clínica médica, cirurgia, pediatria, (...) e das diferentes especialidades. Com base nessa Portaria você calculava quanto você ia repassar... esse dado valor ao convênio, e pronto. Essa Portaria durou quase dezesseis anos e ela era o mecanismo básico, principal, de organização do financiamento das ações de saúde.

Maximus – E essa Portaria é do Inamps ...?

Santini – Portaria do Inamps.

43:21 Maximus – De que ano, você sabe?

Santini – Acho que é de 1982... por aí. Manoela deve saber. Portaria 3046. Qualquer referência à 3046 sempre fala: Portaria 3046, de tanto de tanto. Ela é dessa época do Conasp, então é de oitenta e poucos. Essa Portaria tem duas características interessantes: primeiro, durante esse tempo todo ela foi o único instrumento de planejamento de consultas e ações de saúde e de remuneração dessas ações; segundo, os valores atribuídos aos procedimentos executados dentro da Portaria eram menores do que os valores atribuídos ao pagamento do setor privado, reproduzindo a mesma lógica do convênio MEC-MPAS, ou seja, a Portaria era para contratar órgão público e pagava, pelo mesmo procedimento, valor menor. Mas ela foi importante, porque ela ajudou a planejar. Terceiro: ela foi feita nas coxas. Por que? Porque ninguém tinha parâmetro nenhum de assistência.

Então, tinha uma enfermeira – chamava-se Marisa, trabalhava na Direção-Geral do Inamps – que fez um estudo de demanda no PAM-Irajá e pegou as consultas que eram feitas no PAM-Irajá e distribuiu por especialidade. O PAM-Irajá era um dos PAMs que tinha mais especialidades, então ela pôde

dizer, do total de consultas do PAM-Irajá, quantas eram da clínica médica, quantas eram da pediatria, quanto era isso, quanto era aquilo, e quanto era cada uma das especialidades – aí deu um percentual para cada uma delas. E pronto. O PAM-Irajá virou a referência da demanda do Brasil inteiro. Inteiro, porque a 3046 organizava...

Eu falo isso sem nenhuma... sem nenhum demérito. Quando eu falo que “foi feito nas coxas” não estou... só estou dizendo como é que ela foi feita: nas coxas. Agora, isso foi um grande avanço, foi, porque era o único instrumento existente.

A grande questão – eu falo meio ironicamente mesmo, esse negócio de “feito nas coxas” mesmo pelo seguinte: isso foi muito questionado na época. Os puristas, os caras de planejamento puro, eles tinham ataque de pelanca por causa dessa Portaria, porque tinha que ter um critério, não sei o quê, só que ninguém fazia esse critério...!

Maximus – Tem que ter mas ninguém faz.

46:14 Santini – Então, os grandes planejadores de saúde pública da época se revoltavam com a aplicação dessa Portaria, mas não tinha nada para pôr no lugar... Eu me lembro que um dia eu fui chamado para fazer uma palestra na Ensp, e eu fui falar sobre o Projeto Niterói, que nessa época era muito questionado por esse pessoal do planejamento mais acadêmico, lá da Ensp, e tal – o Ford, o Mário Hamilton... eles tinham um... olhavam para isso com certo...

Maximus – “É coisa lá de Niterói...”

Santini – É coisa de Niterói e coisa de.. previdência; saúde pública é outra coisa... Então tinha um viés, mesmo. E então me chamaram para uma palestra lá, para apresentar o Projeto Niterói. Eu, além de naquela época não entender nada de planejamento, não conhecer direito essas pessoas, esse ambiente (eu conhecia muito o Arouca, mas era outra questão, era uma questão partidária, mas esse ambiente ali da Escola Nacional de Saúde Pública eu conhecia pouco...), não conhecia também muito a importância que era dada, e que na verdade era merecida, à questão de planejamento de saúde, pelos caras, todo mundo – e é isso mesmo, tem que ter importância mesmo, mas eu não sabia,

era meio ignorante nessa época – fui fazer minha palestra e uma das primeiras coisas que eu falei foi o seguinte: “Eu não sei para que serve esse negócio de planejamento, porque eu vejo falar uma porção de coisas e não acontece nada. Eu não sei nada de planejamento e estou fazendo uma porção de coisas, eu não sei para que serve esse troço...” Dei sorte, de estar vivo até hoje...

Mas eu fiz esse questionamento lá. E de fato minha visão sempre foi essa, um pouco diferente da... Eu acho que minha visão sempre foi menos ideológica, mais pragmática. Embora eu sempre tivesse militância política, militância de esquerda, eu sempre tive uma visão mais pragmática, mais prática. Talvez pela formação de médico, cirurgião, em que a gente tem que resolver as coisas – por exemplo, se o cara estiver sangrando, a gente sabe disso, se ficar na dúvida, “Será que eu devo fazer?”, o cara morre... Então a gente tem um pouco esse pragmatismo, resultado da formação.

49:25 Enfim, eu acho que esse é o contexto. Tem muita gente dentro desse contexto que eu acho que teve, assim, uma participação importante. Acho que todo o pessoal, toda a geração de médicos, residentes, auxiliares de ensino, professores... da UFF, da Faculdade de Medicina da UFF no final dos anos 70, início dos 80, até 90, quer dizer, a década de 80, foi uma década...

Maximus – Dourada...

Santini – ... importantíssima... uma grande participação, uma grande discussão. Depois... depois acho que houve um corte... Eu realmente ainda não tenho distanciamento para analisar o que aconteceu, as razões desse corte...

50:52 Eu não tenho... eu não sei, acho que isso é outra tese, mas alguém tem que entender esse momento, o que que aconteceu nesse período aí, na década de 90, porque tudo isso que foi construído de repente ficou perdido... não é perdido, mas... eu não acho que ficou perdido, acho que foi... que ficou dilapidado...

Acho que houve... existia um patrimônio de conhecimento acumulado, de ...compromisso, de comprometimento, responsabilidade das pessoas, que de repente foi... foi sendo corroído e então, de repente, desapareceu... Eu não sei se é um problema – eu nunca atribuo nada a questões pessoais, muito menos

minhas, estou falando institucionalmente – mas se é um problema de liderança institucional dentro da Universidade, de uma maneira geral – no caso da UFF eu acho que teve um pouco isso – mas que... não se... teve também em outras universidades, certamente não é só isso.

52:18 No nosso caso, dentro da Faculdade de Medicina, acho que houve um fenômeno que também pode ser consequência, mas de qualquer maneira ele é perverso nesse sentido, que foi o da ruptura do sistema educacional com o sistema assistencial. Aqui, tudo ao contrário do que se pensava no início, que era a necessidade de entrosamento; de repente houve uma ruptura e essa ruptura, internamente até, quando chegou a... começou a separar a Emergência do atendimento, a separar professor do médico de Emergência – tudo ao contrário do que foi pensado antes. Quando foi pensado antes, o que nós fizemos, quando eu era Diretor da Faculdade de Medicina e Luiz Paulo Verbicário, Diretor do Hospital? Nós fizemos aquele concurso para professor, garantindo que o vínculo fosse parte em exercício na Emergência como atividade docente, e não como atividade assistencial. Esse era um diferencial. Quando se rompeu isso acho que uma série de coisas se romperam a partir disso.

Maximus – É, tinha aquela ideia básica do hospital universitário funcionando básico, com professores atuando em todos os setores do hospital. Era isso...?

Santini – É, essa a ideia.

Maximus – Essa, a ideia. E essa ideia foi rompida ao longo do tempo?

Santini – Foi rompida ao longo do tempo. Acho que isso teve... deve ter tido outros componentes, mas...

Maximus – Mas esse foi um componente bastante forte sim, eu acho, também. (...) Agora, me diga uma coisa, Santini: em termos práticos, tirando Niterói, onde mais você conhece alguma coisa que se ... vamos dizer assim... esse projeto, que em Niterói ficou sendo Projeto Niterói, mas poderia ser Projeto Londrina, Florianópolis, tal, onde mais ele se desenvolveu desta forma?

Santini – Campinas. Em Campinas ele se desenvolveu, e em Campinas eu acho que eles foram além. Em Campinas, o grupo que começou isso, lá atrás, além da experiência prática que desenvolveram do modelo, eles se aprofundaram ainda mais no desenvolvimento do modelo, quer dizer, eles foram mais fundo; eles teorizaram mais sobre o modelo – Campinas produziu muito, academicamente, sobre o modelo, teve muito trabalho, muita gente escreveu sobre a experiência de Campinas. Campinas, então, resultou, além de uma mudança efetiva na atenção à saúde, resultou numa mudança..., numa produção científica a respeito da mudança. E aí fez surgir, inclusive, uma porção de gente...

Maximus – Gastão Wagner ...Emerson Merhy

55:27 Santini – Gastão, aqueles meninos todos que escrevem, lá, que andaram escrevendo lá sobre toda essa questão. Eles são da... O Gastão, eu conheci o Gastão numa das primeiras reuniões dessas das ações integradas, com o Guilherme Sampaio Ferraz, lá em Campinas – eu fui a essa reunião e conheci o Gastão nessa época – que era um remanescente, um ex-aluno imediatamente, de uma das experiências – porque Campinas ainda tem um outro... Campinas e Niterói têm dois componentes que eu esqueci de falar, mas que são importantes, antecedentes históricos tanto um quanto o outro tiveram, no final da década de 70, experiências de atenção básica de saúde começando, que foi a... em Niterói, no governo Moreira Franco, Tomassini lá, com a criação das unidades básicas de saúde, da rede básica do município; e Campinas também, com o Nelsão, o Arouca...

Então, em Niterói e em Campinas existia substrato físico e pensamento já para pensar esse negócio de integração. Quer dizer, quando eu estava olhando da janela e vi o CPN, eu ainda não via essa rede, que o Tomassini, como secretário, já tinha criado no município de Niterói. Eu fui aprender isso com o Tomassini, já na construção do Projeto Niterói.

Então, meu aprendizado foi esse: eu olhava por uma questão pedagógica, mas eu não defini o espaço. Quando eu defini o espaço, no espaço de Niterói já existia a rede básica, criada pelo Tomassini durante o governo do

Moreira, de quem o Tomassini foi secretário. Então, isso aí... Campinas teve isso também. Tinha já experiência de Paulínea... Aí tinha Nelsão, o próprio Arouca veio dessa experiência. E o Gastão, esse pessoal, tinha sido aluno desse... Então Campinas foi mais além do que nós fomos em Niterói em termos de produção científica, produção acadêmica.

58:00 Em Niterói, o que aconteceu? No fundo, no fundo a Faculdade de Medicina acabou... esse projeto, ainda que ele tenha tido origem na Faculdade de Medicina, ele nunca chegou a ser um projeto da Faculdade de Medicina completamente. Ele foi absorvido por parte da Universidade, que hoje é o Instituto, na época Departamento de Saúde da Comunidade.

Quer dizer, o Instituto, hoje, então Departamento de Saúde da Comunidade, adotou esse modelo do currículo novo, até para poder se estruturar e se organizar, mas a Faculdade como um todo não incorporou isso; [o projeto] teve origem na Faculdade mas não foi inteiramente incorporado por ela. Eu diria até que, inteiramente não: não foi incorporado por ela. Então, as outras áreas da Faculdade, as áreas clínicas e tal, não aprofundaram esse novo modelo, como poderia ter sido feito. E a produção acadêmica, também, sobre isso foi... claro que teve importância, Aloysio publicou, teve outras teses, teve a tese daquela menina Rosana Bittencourt sobre currículo... Sobre currículo teve outras coisas.

Sobre esse processo, esse período, não tem. Sobre esse processo, esse período, não tem. Sobre esse processo, da construção disso, tem muito pouca coisa. Eu vi pouca coisa. Todos os trabalhos que eu vi sobre SUS, por exemplo, não contemplaram isso, e isso foi uma coisa muito importante na construção do SUS.

O processo da municipalização tem muito mais origem nisto aqui do que naquela discussão, vamos dizer, mais politizada, até, mais política da... que antecede, que é a do Prev-Saúde, por exemplo que é a discussão do modelo nacional, sistema nacional de saúde. Porque o sistema nacional de saúde, da forma que era pensando, quer dizer, como sistema nacional descentralizado, mas descentralizado a partir do núcleo nacional, e não a partir da organização

federativa do País – estados, municípios – certamente que não ia para frente, como não foi.

Maximus – Não foi.

01:00:54 Santini – O SUS foi por causa da base municipal. Isso hoje, isso que teve vantagens políticas, estratégicas, hoje é problema. Por exemplo, o atendimento de alta complexidade hoje – e hoje que estou trabalhando com a questão do câncer tenho maior clareza disso – se não tiver perspectiva regional, ele inviabiliza o sistema. Porque você tem que ter base populacional para poder organizar a oferta de serviços desse tipo. Então, um município de dez mil habitantes, não tem sentido esse município ter estrutura para atendimento de alta complexidade de câncer. Mas ele tem doente de câncer, então tem que mandar para algum lugar. Tem que ter alguém, alguma estrutura que dê conta disso. E isso tem que ser um projeto regional.

Maximus – Aquela questão da estrutura do Projeto Niterói: como é que ele se estruturou, como é que ele foi montado, foi “bolado”?

01:02:42 Santini – Ele foi montado da seguinte maneira: a gente, desde o início, entendia (...) que, embora a iniciativa tenha sido nossa, da Universidade, da Faculdade de Medicina, os mecanismos operacionais tinham que envolver os demais, porque senão não ia acontecer nada, a gente ia ficar...

Maximus – Correndo atrás do rabo...

Santini – É.. então, por outro lado, quer dizer, não era fácil mobilizar as pessoas apenas pelo seu interesse intelectual, ou mesmo profissional. Então, como é que você constitui uma gestão de um negócio desse, para criar uma coisa que não existe? O mecanismo era o convênio, era o recurso. Então, na verdade, o Prof. Aloysio, concordando com essa ideia do projeto, formalizou isso, criou uma comissão, que se chamava “Comissão coordenadora do projeto de implantação das ações integradas, hierarquizadas, regionalizadas de saúde do município de Niterói” - desse tamanho, o nome...

Maximus – Eu tenho isso, aqui.

Santini – .E aí criou uma comissão... um grupo de trabalho, um GT – na verdade era um GT. E esse GT tinha dois representantes do Inamps, dois do

estado, dois do município; tinha um coordenador, que era eu, e tinha a secretária executiva, que era a Manoela. E o coordenador-geral desse projeto era o Guilherme Sampaio Ferraz.

Então, a maneira de trazer o estado e o município para o processo foi o convênio, porque através do convênio passou-se a remunerar as ações, e aí foram criados mecanismos, por exemplo: o Inamps não tinha mecanismo para pagar atenção básica; o Inamps só tinha dinheiro para pagar consulta médica, consulta de pediatria, vacina, curativo... não pagava isso, não tinha mecanismo.

Então o Marcinho, Márcio Dias, ficou responsável por estruturar um sistema de informação, de comunicação, que permitisse definir quais os procedimentos que eram executados, principalmente na rede básica, para a gente poder criar um mecanismo de repassar dinheiro para o município fazer aqueles atendimentos. Então tem uma ficha de atendimento, chamada Projeto Niterói – PN. O PN-1 era uma ficha que listava simplesmente os atendimentos; o PN-2 era o procedimento; e assim por diante. Isso foi o Marcinho que bolou, o Márcio Dias. E aí todas as unidades preenchiam aqueles PNs e aí eram contabilizados número de atendimentos, número de curativos, de injeção, número disso e número daquilo, e criou-se uma maneira de o Inamps pagar aquilo, através de Portaria do presidente do Inamps. Dr. Aloysio criou uma Portaria definindo que aqueles procedimentos, quando executados pelo município de Niterói, daquela forma, seriam pagos; ele autorizou a Divisão de Medicina Social de Medicina de Niterói a pagar.

01:06:39 Maximus – Você sabe o número dessa Portaria, lembra disso mais ou menos?

Santini – Não, não lembro.

Maximus – Mas o Aloysio já na presidência do CONASP, ou do Inamps?

Santini – Do Inamps, na presidência do Inamps. Depois disso, o Nildo Aguiar também, já era Superintendente, aí o Nildo também já atuava muito, porque o Inamps tinha muita coisa descentralizada e o Nildo já... tem algumas Portarias que já foram regionais, já foram do Nildo. Mas eu...eu não... essas coisas eu não tenho... eu sou muito esculhambado, eu não tenho documentação

de nada. Esse material que eu tenho aí, tem muita curiosidade; eu nem sei se tem material importante. Mas... nem vou pensar nisso agora. Na hora que eu achar um cara forte aqui eu vou... mandar subir uma escada ali e tirar... e aí eu vejo umas coisas assim. Mas tem, por exemplo, eu tenho, em papel milimetrado, a lápis, no meio dessa confusão ali, a primeira planilha de planejamento do Projeto Niterói, feito pela Suely Rosenfeld, que foi a primeira pessoa designada pelo Guilherme como secretária executiva. A primeira não foi a Manoela, foi a Suely. Só que a Suely fazia parte dessa elite de planejadores da Ensp, e ela ficou... foi cobrada: “Você está participando desse negócio, e tal..”, aí ela tirou o time de campo. Continuou a participar, mas não se comprometer com ser... membro, assim, efetivo.

Santini – Basicamente, o Inamps... estava, e sempre foi, comandado pelo pessoal remanescente do IAPI...

Maximus – (...) do IAPI.

Santini – ... que eram os... eram... Na verdade, os técnicos mais bem formados nessa coisa de Previdência eram os caras do IAPI. O Hélio Beltrão foi do IAPI e formou uma geração de gestores de Previdência no Brasil. E o IAPI era o melhor, mesmo, que tinha esse tipo de coisa. Mas era todo tecnocrático, quer dizer, (...) a visão deles era tecnocrática mesmo, não tinha visão política. Tanto é que o IAPI foi contra, por exemplo, a criação do Inamps, porque a unificação, para eles, era um... ia acabar com eles...

Maximus – E era serviço público, não era privado; eles privilegiavam a atenção privada, não é? Em termos práticos.

Santini – É... Não, mas eu digo assim, eles como previdenciários, a visão tecnocrática era a seguinte: primeiro, a Previdência é isso, a Previdência para eles, embora ela fosse um órgão autárquico, ela não era um órgão público. Então, a função da Previdência era cuidar do dinheiro do trabalhador, e não... e dos benefícios previdenciários ao trabalhador, mas não tinha nada a ver com governo. Governo era um ente fiscalizador, era um ente com o qual a Previdência tinha um contrato, mas não era dependente. Quando se cria o

Inamps, a situação fica diferente: a Previdência passa a ser um ente governamental. O Inamps passou a ser um ente governamental. Os tradicionais previdencialistas, principalmente o pessoal do IAPI, foram contra isso, completamente. Eles achavam que isso ia acabar com a Previdência Social, porque na verdade, na hora que misturasse gastos governamentais com dinheiro da Previdência, o governo ia meter a mão no dinheiro da Previdência. E, de fato, aconteceu...

01:11:00 Santini – O que eles alegavam era isso: o dinheiro da Previdência é um dinheiro do trabalhador. A contribuição do estado é uma contrapartida para o dinheiro do trabalhador, para poder, além de dar aposentadoria ao trabalhador, dar ao trabalhador benefícios, de acordo com as possibilidades.

Então por isso é que a estrutura da Previdência era... vamos dizer assim, não era universalista, nem mesmo para o trabalhador previdenciário, quer dizer, ela não dava tudo que o cara queria, dava tudo que era possível dar. Então, tinha determinado serviço que... mas aí... aí veio fraude, veio... aí vêm outras coisas. Mas conceitualmente, a Previdência tinha essa coisa. A Previdência, conceitualmente, era estruturada de acordo com a capacidade de financiamento que ela tem.

A Previdência tem duas obrigações principais, sendo, na verdade, uma principal e uma secundária. A principal obrigação da Previdência é com a aposentadoria, é com quando o cara deixa de trabalhar. A secundária é com os benefícios durante o período de trabalho. Aí pode ser assistência médica, assistência social... pode ser o que for, dependendo do que eles definem, mas preservado o dinheiro para sustentar a aposentadoria. Quando o Inamps foi criado, o Inamps desvirtua um pouco isso, porque o Inamps passa a tratar a assistência médica como uma prioridade da Previdência, coisa que antes não era. Era um benefício, não uma prioridade. E quando vêm as AIS, isso para os caras era (...), porque era ilegal, mesmo! Quer dizer, você universalizar o acesso ao sistema de saúde com recursos da Previdência, do ponto de vista da

legislação em vigor naquela época, era ilegal. Porque você estava repassando dinheiro do trabalhador para o não contribuinte.

01:12:27 Maximus – Então, tecnicamente, como você falou no início, se o Ministério Público existisse naquela época...

Santini – Hoje estava todo mundo na cadeia. Se naquela época o Ministério Público tivesse a visão que tem hoje, ia questionar isso.

Maximus – Então, essa questão da universalização... ela vem em direção daquilo que a gente sempre via acontecer no Hospital, que era atender todo mundo. A gente não tinha essa coisa de ter carteirinha, isso não... E isso foi muito... pelo menos para mim e para muitos da minha geração... quer dizer, o cara ter carteira ou não ter carteira, universalizar ou não universalizar, isso não fazia muita diferença, porque a gente não sabia qual era a diferença, só que... agora estava escrito no papel, agora era formalizado, antes não era; antes acontecia ali, especificamente...

Santini – É, só ali...

Maximus - ... e até acontecia, por exemplo, ali atrás da Santa Marta, onde tinha o PAM do INPS, do Inamps – Santa Marta não, Santa Mônica – é que... (...) até se atendia, mas...

Santini – Era o Samdu...

Maximus – ... dava um outro jeito...

Santini – O Samdu... Apesar de que o Samdu, na verdade, era para atender também os previdenciários.

Maximus – Também.

Santini – É que (...) se chamava o Samdu, e eles iam, mas primeiro... era uma exceção. Na verdade se o cara chamasse o Samdu sem ser da Previdência, se eles não fossem, não era para ir, mesmo.

Maximus – Mas eles iam.

Santini – Iam. Iam porque passou a ser um negócio meio... de consciência e tal, e o cara ia. Negócio do médico, mais do médico do que a estrutura.

Maximus – Mais individual do que...

Santini – É. Mais do médico do que da estrutura. A estrutura dizia que era para atender o previdenciário, mas o médico ia. Chamavam “a” Samdu...

Maximus – É, “a” Samdu...

Santini – E iam mesmo. A Samdu, antes de ser na Santa Marta, funcionava ali na Dr. Celestino, ali...

Maximus – Naquele beco ali.

Santini – (...) naquele beco ali perto do Hospital das Clínicas, hoje.

Maximus – Você falou que a Suely Rosenfeld fez a primeira planilha do Projeto Niterói...?

Santini – É.

Maximus – A Suely Rosenfeld?

Santini – Foi.

Maximus – A primeira planilha...?

Santini – De planejamento. Definia... definia assim: quais são as ações para implantação desse programa de integração, regionalização, etc, antes de ser Projeto Niterói, isso estava no programa. Então tinha lá: as ações tal, tal e tal – eram cinco ações... Era uma planilha de planejamento mesmo, aquela coisa clássica. Isso é uma curiosidade. A Suely era a primeira... na verdade, quem foi designada a primeira secretária executiva do Projeto Niterói foi a Suely Rosenfeld. Que durou poucas semanas, porque ela foi pressionada lá e saiu.

Maximus – Mas, designada pelo Inamps?

Santini – Por essa Portaria, que designou todo mundo; ela estava também. Eu não sei se a Suely chegou a ser formalizada não, ela exercia isso. Tanto é que tem essa planilha, agora não sei se chegou... se a Portaria chegou a designá-la, não, se quando saiu a Portaria já foi...

Maximus – Manoela.

Santini – Manoela... N Isso eu não sei.

Maximus – Porque foi Manoela, Jaime Treiger e Gilson.

Santini – Manoela primeiro, depois Jaime Treiger e Gilson.

Maximus – E você foi o único coordenador que teve.

Santini – Fui.

Maximus – O Tomassini, quando saiu da prefeitura, quando ele sai do governo do Moreira Franco... ele vai para o Conasp?

Santini – Não, ele foi para a Universidade e depois foi para o Inamps, para o Recursos Humanos do Inamps. Trabalhava com Paulo Buss, lá no Recursos Humanos do Inamps. Nessa época ele dava assessoria ao Conasp, nessa posição da Coordenadoria de Recursos Humanos. Ele e a Rosa Castelar eram os responsáveis lá, e Paulo Buss..

Maximus – Era encarregado do Inamps, junto ao Paulo ...(?).

Santini – A chefe era Rosa Castelar, Paulo ... (?) trabalhava lá com ele

01:10:15 Maximus – Então pegou praticamente... Ah, me diga uma coisa... Essas três perguntas na verdade são uma só: a importância e o impacto na qualidade da atenção à saúde e na formação de novos profissionais da saúde; a importância na sociedade; e como é que você avalia, vinte anos depois, com essas dificuldades todas de implantação e implementação desse processo, como é que você avalia essa... o sistema, o currículo, essa coisa toda.

Santini – Eu acho... (...), a partir da questão do Projeto Niterói, do ponto de vista das suas origens, da sua premissa – e aí eu estou falando do Projeto mesmo, daquilo que originalmente eu pensei e comecei a trabalhar, que foi a questão do currículo – eu acho que a gente evoluiu pouco. Hoje. O Brasil, em geral, evoluiu pouco. A UFF evoluiu um pouco mais, no sentido de que foi capaz de adotar um currículo mais elástico, mais flexível, ampliar a área de treinamento, ter como espaço de treinamento o sistema – isso aconteceu. Não aconteceu na magnitude que eu imaginava, que era o envolvimento mais integral do espaço de treinamento. Acabou sendo... o espaço acabou sendo utilizado, mas como uma projeção externa da Faculdade, liderada pelo Instituto de Saúde da Comunidade.

O que eu imaginava era uma coisa mais efetiva do que isso, era uma coisa onde esse espaço todo fosse incluído como espaço de treinamento e capacitação, incluindo os profissionais. Quer dizer, isso é uma coisa meio utópica, porque na verdade isso aí envolve problema de remuneração, envolve uma série de coisas que realmente não dá para resolver por uma questão só

conceitual. Então acabou que a participação externa, o ambiente externo ao Hospital Universitário, o ambiente do sistema de saúde, hoje, acaba sendo usado pela Faculdade, pelo curso médico, mas sem ser completamente integrado como um *locus* de construção do curso em si, mas não deixa de ser um *locus* de construção do conhecimento. Então, eu acho que lá avançou o currículo – menos do que podia, mas bastante. Em termos conceituais, operacionais, isso tudo; e aí eu acho que teve esse avanço, sim.

Em termos de sistema de saúde, eu não posso deixar de reconhecer que essa experiência teve uma importância central para as ações integradas de saúde. Foi central. As ações integradas de saúde surgiram a partir dessa experiência. Porque elas foram viabilizadas, inclusive, a partir do núcleo dessa experiência no Inamps, que foi a área do Departamento de Administração Hospitalar e a Secretaria de Assistência Médica, cujo secretário era o Jouval , que foi quem, utilizando o mecanismo criado pelo Plano do Conasp, criou as condições operacionais de implantar as ações integradas de saúde, que foram as Portarias, os convênios e tal.

Isso... quer dizer, a experiência do Projeto Niterói, assim como essas outras cinco que eu falei, são para mim base, piloto desse troço (?). Foi daí que surgiu essa possibilidade. E inclusive a experiência de um modelo de gestão, que hoje a gente chamaria de governança, que são essas comissões – a SIS, a SIMES – todo esse processo de articulação entre os diversos entes federativos, participando desse processo. O Projeto Niterói também foi precursor desse modelo de governança, envolvendo todos os níveis de participação no sistema (?)

Maximus – Muito bom.

Santini – Eu acho que... sem querer puxar a brasa para a minha sardinha, que não é um problema pessoal isso, mas eu vejo nisso, nessa iniciativa uma contribuição grande nesse processo.

Maximus - É, eu acho que na verdade... uma coisa que a gente sempre fica pensando... e no dia que eu falei, no projeto de qualificação, aquela frase do Zeca- Prof. Hilário-, “O hospital onde você trabalha é o hospital onde sua família

pode ser atendida, se não acontecer isso tem alguma coisa errada.” O pessoal ficou... todo mundo parado, olhando... Mas, é isso! É isso! A gente foi treinado nessa lógica, uma geração inteira foi treinada nessa lógica. Um geração de cirurgiões, de clínicos, anestesistas, todo mundo! E que viraram, por acaso, professores depois. Mas que infelizmente não foram secundados por uma outra geração que não teve essa capacidade de continuidade e liderança... e entram vários fatores entram nessa história especialmente a remuneração, as pessoas começaram... E essa questão da remuneração é uma coisa que eu acho complicadíssima. Porque você vê, hoje em dia... Por exemplo, uma das coisas que o Gilson me falou – eu perguntei para ele: “Por que que foi Fundação Municipal de Saúde e não Secretaria Municipal de Saúde?” – “Porque eu precisava pagar diferenciadamente para as pessoas que fossem ficar em tempo integral, e eu não tinha como fazer isso, se não fosse... pelo sistema público eu não conseguiria fazer.” Já era... 80, 78, 89, 90, já era a nova Constituição, essa coisa toda, já tinha um outro viés. Então...

Santini – É, Gilson... eles criaram a Fundação em noventa e pouco... É justamente isso, é uma...

Maximus – Então, se não fosse isso não conseguia fazer. E mesmo assim...

Santini – Mesmo assim... Tribunal de Contas... viviam enchendo o saco dele.

Maximus – Então, em termos práticos... Agora, uma questão (não tem nada a ver com a tese, mas...): a questão da remuneração. Que é o que a Rede Sarah faz, o que o Alúcio [Campos da Paz] conseguiu implantar, de uma certa forma – aí, bem, está ligado à Casa Civil, diretamente... mas...

Santini – É uma maneira de pagar!

Maximus – Exatamente. E essa maneira de pagar me parece que é uma coisa... única!

Santini – É única.

Maximus – No Brasil me parece que é uma coisa única!