

PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Diretrizes para o Governo local *

RODOLFO DOS SANTOS MASCARENHAS **

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

1.1 *Conceito*: Considera-se aqui problema de saúde pública todo aquele relacionado ao binômio indivisível *saúde-doença* na comunidade. Nesse binômio entram os aspectos do meio — sócio-cultural, biológico e físico, os aspectos preventivos e os curativos.

Na promoção da saúde da comunidade, participam os órgãos estatais federais, estaduais e municipais, os paraestatais — como os institutos de previdência e instituições privadas — como hospitais de misericórdia, serviços de proteção à gestante, ao doente socialmente desajustado, etc.

Todos esses órgãos devem ser articulados de modo a desenvolver suas atividades com a maior eficiência e as menores despesas possíveis, através de um plano geral de saúde pública, de coordenação de esforços, dentro de um esquema de prioridades, onde cada instituição participe conforme a sua esfera de ação.

A equipe de saúde pública, na esfera de direção ou supervisão, é integrada por profissionais de várias especialidades — médicos, engenheiros, dentistas, veterinários, enfermeiros, educadores, etc., todos possuindo, obrigatoriamente, uma filosofia comum, que só lhes pode ser ministrada em escola de Saúde Pública. Essa equipe tem a ação reforçada pelo trabalho de auxiliares, principalmente nos setores de enfermagem ou de saneamento. Os países subdesenvolvidos, pela situação financeira e a deficiência de técnicos, não podem se utilizar em larga escala, nos serviços de saúde pública, de profissionais de nível superior, aproveitando então intensivamente subprofissionais ou auxiliares formados em cursos rápidos ou de treinamento em serviço.

1.2 *Saúde e padrão de vida*: Há uma correlação positiva nítida entre padrão de vida e saúde, conforme demonstraram, entre outros,

Recebido para publicação em 13-5-1965.

* Trabalho da Cadeira de Técnica de Saúde Pública (Prof. Rodolfo dos Santos Mascarenhas) da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP.

** Professor da Cadeira.

Winslow¹⁰ e Horwitz⁶. É assim que, exemplificando o estabelecimento de um sistema de prioridades para um plano de ação de melhoria da saúde, em uma comunidade de padrão de vida muito baixo, deve dar ênfase às medidas de ordem econômica que facilitarão o aumento do poder aquisitivo do povo, reservando um mínimo de recursos financeiros para as atividades básicas de saúde pública. Há um nível de vida abaixo do qual a saúde não subsiste, e deve nesses casos a maquinaria social ser desenvolvida para propiciar o mínimo de condições necessárias à proteção da saúde.

Horwitz, escrevendo sobre o assunto, afirma:

“A relação entre doença e pobreza — ou, em termos positivos, entre saúde e produção — é evidente. Uma produção baixa significa salários inadequados que, por sua vez, significam alimentação deficiente, falta de instrução conveniente, moradia sem condições de higiene, e assim por diante. Essas condições geram a doença e esta destrói a energia humana e faz baixar a produção, fechando uma espiral mortífera. Quando um país com recursos fixos e limitados gasta mais com a medicina curativa, gasta necessariamente menos com a medicina preventiva e os programas de saúde pública. Em vista disso, tem de enfrentar uma incidência constantemente elevada da doença.”

Técnicos da Fundação Getúlio Vargas, estudando as características do subdesenvolvimento, assim se referem em relação ao Brasil:

“Há, também, que considerar a própria divergência estrutural existente em cada país. O Brasil, por exemplo, cada vez mais se caracteriza como país semidesenvolvido ao redor de São Paulo (Região Sul) e como extremamente subdesenvolvido na área econômica do Nordeste.”

Pode-se pois, considerar o Município de São Paulo e áreas limítrofes como região economicamente em desenvolvimento.

1.3 *Níveis de autoridades estaduais nos programas de saúde pública:*
De acordo com a Constituição Federal de 1946, cabe ao Governo da União, quanto à saúde da comunidade, entre outras responsabilidades, o seguinte:

- a) Legislar sobre as normas gerais de defesa e proteção à saúde;
- b) combate às endemias rurais;
- c) assistência médica ao trabalhador segurado e, em casos especiais, à família do mesmo;
- d) higiene do trabalho, inclusive higiene industrial;
- e) controle de alimentos e drogas, no comércio internacional e interestadual;
- f) controle sanitário dos portos marítimos, terrestres e fluviais.

Competem aos governos estaduais tôdas as atividades que explicita ou implicitamente não estejam afetas à União. Isto quer dizer que a direção de todos os órgãos locais de saúde pública cabe aos governos estaduais e a êsses órgãos locais estão afetas tôdas as atividades que não sejam privativas da União. A assistência médico-hospitalar, principalmente a ligada ao contrôle das doenças transmissíveis e à assistência ao psicopata, é executada, em nosso país, mais pelos órgãos estaduais de saúde pública, sendo pequena a participação da União.

Dentro de nossa legislação, a participação do Município é mínima no que se refere às atividades de saúde pública, estando essa participação, quando existe, mais ligada a certos aspectos do saneamento do meio, como a fiscalização de prédios ou a proteção à criança e à mãe. A assistência hospitalar é muito pouco desenvolvida pelos municípios brasileiros. Em 1962, os leitos em hospitais-gerais e especializados de propriedade dos municípios representavam 1,0% do total do País.

1.4 *Distribuição da receita tributária no Brasil:* A distribuição da receita orçamentária oriunda de impostos não favorece, em nosso País, a entrega de maior soma de atividades de saúde pública aos governos municipais.

Do total geral da arrecadação de impostos, a União ² obteve, em 1962, 52,0%, os estados, 43,1% e os municípios, apenas 4,9%. Poucos são os municípios brasileiros que podem arcar com o financiamento de 50% pelo menos das despesas de custeio de suas unidades sanitárias.

2. PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

2.1 *Fases do período científico da saúde pública:* Em trabalho recentemente apresentado, dividimos o período científico da saúde pública em quatro fases ³: (1) do *saneamento do meio e assistência médico-hospitalar* (1832-1875), onde os serviços de saúde pública estavam mais ligados ao saneamento, principalmente habitação, abastecimento público de água, higienização do trabalho industrial e assistência médico-hospitalar; (2) *fase bacteriológica ou epidemiológica* (1875-1917), onde as atividades dos serviços públicos de saúde estavam voltadas para a luta contra as doenças epidêmicas e, posteriormente, contra as doenças endêmicas; (3) *fase da medicina preventiva* (1917-1943), onde os serviços de saúde pública dos países já desenvolvidos preocupavam-se com problemas de promoção da saúde, assistência às crianças sadias e às gestantes, tendo atividades de medicina curativa apenas para algumas doenças denominadas sociais, como a tuberculose, a sífilis, a lepra, as psicopatias; (4) *fase da*

saúde pública social (1943-). Surgem nesta última fase os problemas ligados às doenças crônicas da idade madura ou da velhice, tais como arteriosclerose, cardiopatias, câncer, diabetes, psicopatias, ao lado de certos problemas recentes de saneamento do meio, como controle dos efeitos nocivos da radiação. Em tal fase a assistência médica é integral, indivisível em aspectos preventivos ou curativos, e os problemas de saúde da comunidade não podem ser desligados dos problemas sociais e econômicos.

O Município de São Paulo, paradoxalmente, em virtude de seu crescimento urbano vertiginoso, do padrão de vida de sua população, da situação econômica de sua área, da rapidíssima industrialização, apresenta problemas das quatro fases do período científico da saúde pública, acima descritas.

2.2 *Problemas de saúde pública.*

2.2.1 *Saneamento:* No setor do saneamento do meio físico, muito há a ser feito. Em 1962, a população servida pela rede pública de água não chegava a 80% e apenas 48% era servida pela rede de esgoto. A industrialização, não apenas a da Capital, mas também a dos municípios vizinhos, trouxe problemas ainda não resolvidos de poluição e contaminação dos cursos de água, do solo e do ar. O problema habitacional é grave, se bem que menos do que em outras capitais do País: o número de barracos em favelas é avaliado em 50.000⁴, sem contar os cortiços e cabeças-de-porco. A fiscalização da higiene das indústrias, que cabe privativamente ao Governo Federal, praticamente inexistente. O mesmo acontece com o controle dos gêneros alimentícios, em parte de competência da União, em parte do Estado.

2.2.2 *Assistência hospitalar:* Esta não acompanhou o ritmo de crescimento da cidade, nem o desenvolvimento científico da Medicina, da Saúde Pública e da Administração Hospitalar. Segundo dados do Departamento de Estatística do Estado, excetuando os hospitais especializados, considerados como tal, apenas os destinados a tuberculosos, a hansenianos e a psicopatas, em 1962⁵, existiam no Município de São Paulo 80 hospitais-gerais, públicos, paraestatais ou privados — com 12.134 leitos, ou sejam 2,9 leitos por 1.000 habitantes. Considerando-se a cidade de São Paulo como uma megalópolis que atrai, graças ao elevado padrão técnico de seus hospitais, doentes de outros municípios do Estado de São Paulo, de outros estados brasileiros e, mesmo alguns de outros países, poderia a cidade contar com um mínimo de 18.450 leitos, ou sejam, 4,5 leitos por 1.000 habitantes. Existe pois, um déficit real de pelo menos 6.300 camas em hospitais-gerais. Esse déficit será bem maior se desejarmos alcançar o ideal de 5,5 leitos por 1.000 habitantes, preconizado por muitos especialistas em Administração Hospitalar.

2.2.3 *Níveis de saúde:* Paradoxalmente, os níveis de saúde de uma comunidade são quase que exclusivamente levantados através de aspectos negativos, isto é, pela verificação da prevalência de doenças ou pela ocorrência de óbitos. Como não existem em nosso Estado pesquisas sobre a prevalência de doenças, mesmo em relação à Capital, tem-se que se valer da ocorrência de óbitos para o levantamento de índices, dos quais são destacados os seguintes:

a) *Coefficiente de mortalidade geral:* Em 1900, faleciam na Capital, em mil habitantes, 18,2 pessoas; em 1962, apenas 8,8. Este indicador tem várias causas de erro, por isso não pode ser analisado isoladamente.

b) *Razão de mortalidade proporcional:* Em 1900, do total de óbitos da Capital, apenas 13,2% eram de pessoas com 50 ou mais anos de idade; em 1962 46,3%. Esse indicador revela notáveis progressos, mas muito temos que melhorar ainda, pois, num cotejo internacional, vemos que nos EE.UU., em 1962, 80,9% das pessoas falecidas tinham 50 ou mais anos de idade.

c) *Curva de mortalidade proporcional:* Esta curva é formada pelos percentuais de óbitos de pessoas dos grupos etários de menos de um ano, 1 — 4 anos, 5 — 9 anos, 20 — 49 anos, e 50 e mais anos sobre o total de óbitos.

Ramos^s estudou esse indicador no Município de São Paulo, mostrando que, em 1894, a curva era irregular, própria de nível de saúde baixo. Pouco a pouco vai-se transformando a curva, para chegar, em 1959, próxima à forma de um "J", encontrada em países desenvolvidos.

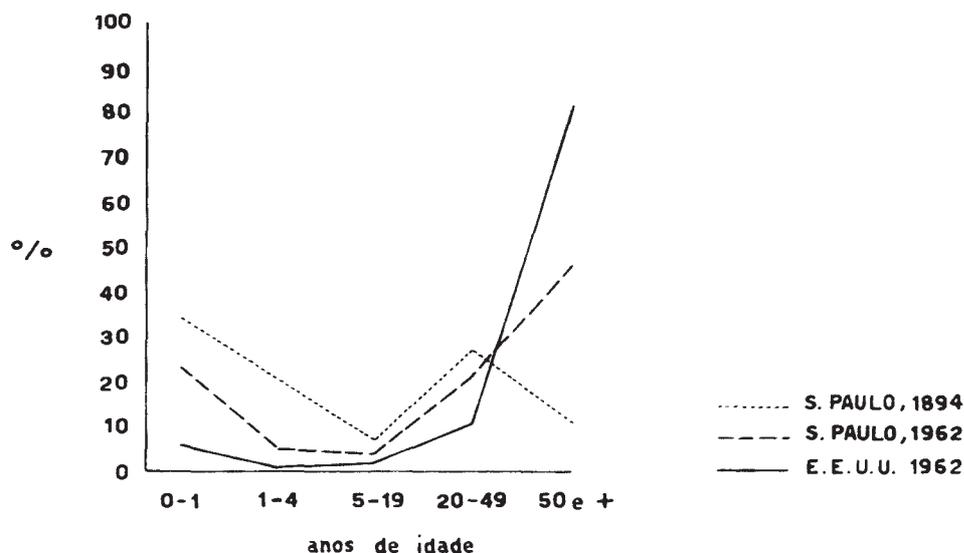
Apresentamos abaixo os dados de mortalidade proporcional do Município de São Paulo, em 1894 e 1962, e dos Estados Unidos, em 1962, bem como a projeção das respectivas curvas:

Anos de idade	menos de 1	1 — 4	5 — 19	20 — 49	50 e mais
Município de São Paulo 1894	33,7%	20,3%	7,1%	27,0%	11,4%
Município de São Paulo 1962	28,7%	5,6%	3,5%	20,9%	46,3%
Estados Unidos 1962	6,0%	0,9%	1,7%	10,5%	80,9%

Fontes: 9, 1 e 3.

CURVA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL

Município de São Paulo, 1894 e 1962, e Estados Unidos, 1962



Êsses dados revelam como continua elevada a mortalidade de crianças de menos de um ano no Município da Capital e uma queda acentuada no grupo de 1 a 4 anos.

d) *Vida média ao nascer*: Uma pessoa nascida no Município de São Paulo, no período de 1899-1901, tinha a probabilidade de viver apenas 44,0 anos; em 1958, essa probabilidade (vida média ao nascer) ascendeu a 59,4 anos. O cidadão norte-americano vindo ao mundo em 1962 tinha a probabilidade de viver, se homem 66,8 anos e se mulher 73,4 anos.

e) *Mortalidade Infantil*: Em 1923, de cada mil crianças nascidas no Município de São Paulo, 163,7 faleciam antes de um ano de idade; o progresso foi nítido, pois êsse coeficiente baixou para 60,9 em 1962. Todavia, está muito aquém daquele apresentado, em 1963, pela Suécia — 15,0.

f) *Coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis*: Em 1900, de cada 100.000 paulistanos, faleciam 415,2 por doenças transmissíveis e, em 1962, 65,0, quase seis vêzes menos; o coeficiente na Suécia, em 1962, foi de apenas 9,9, isto é, seis vêzes menos.

A mortalidade por tuberculose foi, em 1900, de 189,5 por 100.000 habitantes, na Capital de São Paulo e, em 1961, de apenas 19,5. Nos Estados Unidos, em 1962, é quatro vezes menor — 5,1 por 100.000 habitantes.

2.2.4 *Óbitos teoricamente preveníveis*: Uma vez apresentados os diferentes indicadores, pode-se ter uma visão mais geral da situação dos problemas de saúde do Município de São Paulo que possam ser revelados pelos dados de mortalidade, utilizando-se o método apresentado por Hanlon²: agrupar o número de óbitos pelas principais causas, as respectivas percentagens de possível redução quando aplicadas a tempo tôdas as medidas oferecidas pela Saúde Pública de hoje, e o número de óbitos que teoricamente deveriam ocorrer se essas medidas tivessem sido aplicadas.

Dos 36.033 óbitos em 1962, no Município de São Paulo, 16.585 (46,0%) não teriam ocorrido se todos os recursos científicos da Saúde Pública tivessem sido utilizados. Esses dados revelam ainda maior gravidade de nossa situação sanitária, quando se leva em conta que ocorreram 2.665 óbitos por doenças transmissíveis, quando deveria ter ocorrido apenas 21 (0,78%). Quantas vidas deixaram de ser salvas apenas no setor de doenças transmissíveis, onde a prevenção ou o diagnóstico e tratamento precoces reduzem a mortalidade praticamente a zero!

2.2.5 *As dez principais causas de óbito*: Uma visão das dez principais causas de óbito no Município de São Paulo, em 1900 e 1962, mostra nossa evolução:

1900	1962
1. ^a) Diarréia e enterite	1. ^a) Doenças do coração
2. ^a) Tuberculose	2. ^a) Neoplasmas malignos
3. ^a) Doenças do coração	3. ^a) Lesões vasculares do S.N.C.
4. ^a) Bronquite	4. ^a) Pneumonia e broncopneumonia
5. ^a) Pneumonia e broncopneumonia	5. ^a) Gastrite e duodenite
6. ^a) Malária	6. ^a) Tuberculose
7. ^a) Febre tifóide	7. ^a) Todos os acidentes
8. ^a) Meningite não meningocócica	8. ^a) Diabetes melito
9. ^a) Febre amarela	9. ^a) Vícios conformação congênitos
10. ^a) Congestão e hemorragia cerebrais	10. ^a) Acidentes de veículos automotores

Fontes: 8 e 1.

No início do século, das 10 principais causas de óbito no Município de São Paulo, apenas duas não eram doenças infecciosas; em 1962, a situação é inversa, havendo apenas duas doenças transmissíveis entre as 10 primeiras causas.

A situação do diabetes melito mostra bem essa evolução. Em 1900 era a 55.^a causa de morte e, em 1962, a 8.^a.

O exposto demonstra a situação intermediária do Município de São Paulo no que tange aos problemas de saúde pública: ainda possui problemas de países subdesenvolvidos, ligados ao saneamento do meio, à assistência médico-hospitalar, ao combate a doenças transmissíveis, à elevada mortalidade infantil; ao lado de problemas encontrados em países em desenvolvimento ou desenvolvidos, tais como obituário elevado por doenças da idade madura e da velhice, higiene mental, etc.

2.3 *Problemas ligados à administração:* Surgem também muitos problemas de saúde pública ligados à administração sanitária, quer dos órgãos estaduais, quer dos municipais, com atividades ligadas aos municípios da área da chamada grande capital: Município de São Paulo e circunvizinhos. Dentre êsses problemas, citam-se os seguintes:

2.3.1 *Deficiência de pesquisas:* Para conhecimento de nossa real situação com relação à saúde da coletividade: quais os problemas de saúde pública, quais as falhas da organização dos órgãos estaduais e municipais. Trabalha-se continuamente sem um planejamento geral, num continuísmo empírico.

2.3.2 *Deficiência de dados:* Existem dados demógrafo-sanitários razoáveis sobre a mortalidade na Capital desde 1894 até nossa época, dados que, ao contrário do que ocorre com aquêles do restante do Estado e do Brasil, podem ser utilizados, pois têm um percentual mínimo — geralmente ao redor de 1 e 2% — de causas de morte mal ou não-definidas. Se quisermos porém, utilizar êsses mesmos dados para cada subdistrito de paz, não o poderemos fazer, pois o registro demográfico é feito segundo o local da ocorrência e não a residência. É assim, por exemplo, que as estatísticas podem mostrar uma mortalidade infantil de 1.000 crianças menores de um ano por 1.000 nascimentos, isto é, indicando que morrem mais crianças dessa idade do que as que nascem, nos bairros onde se localizam grandes hospitais com leitos para crianças. O inverso encontra-se onde não há hospitais.

As estatísticas de produção, tanto dos serviços estaduais como dos municipais de saúde pública, são praticamente inexistentes, dificultando o planejamento, a implantação de um sistema de prioridades, a avaliação dos resultados.

Não foi sequer levantada a denominada Carta Sanitária do Município de São Paulo, com levantamento geral de todos os seus problemas, como recomenda a OMS como passo inicial para qualquer planejamento.

2.3.3 *Falta de planejamento:* Não existe, nem nunca existiu, um plano geral para as atividades de saúde pública no Município de São Paulo, nem mesmo em cada um dos setores — federal, estadual e municipal.

Não existindo planejamento e, conseqüentemente, avaliação de atividades, as verbas orçamentárias destinadas a serviços de saúde pública são despendidas sem qualquer controle técnico-administrativo, a não ser aqueles contábeis exercidos pelos órgãos fazendários e pelo Tribunal de Contas.

2.3.4 Falta de estruturação adequada dos órgãos de saúde pública: Os órgãos encarregados das atividades de saúde pública no Município de São Paulo — federais, estaduais, municipais e autárquicos — têm uma organização que não acompanhou a vertiginosa evolução destas últimas décadas da Administração, da Medicina, da Saúde Pública, possuindo estruturas que datam de décadas atrás.

Não basta, ainda, a estruturação adequada. É preciso que exista pessoal habilitado para implantá-la e desenvolver atividades do modo mais racional possível. O especialista em Saúde Pública não foi jamais considerado como profissional encarregado da direção dos órgãos tanto estaduais como municipais de saúde da comunidade. Esses serviços estão entregues a amadores, que os dirigem apenas porque apresentam um diploma de médico, de engenheiro, de dentista, etc. Por maior boa vontade que tenham, por mais prática que possuam de uma rotina de administração, não podem dirigir, dentro dos preceitos atuais da técnica, os serviços de saúde comunitária. De outro lado, o pessoal subprofissional — auxiliares de enfermagem, visitadoras, auxiliares de saneamento — deve passar por um preparo prévio antes da admissão ao serviço público.

2.3.5 Inexistência de coordenação de atividades: A falta de um plano geral faz com que não exista uma delimitação entre as atividades do governo federal, do estadual e do municipal no setor da saúde pública. Isto acarreta a duplicidade de atividades e a inexistência quase total de coordenação. Essa falta de coordenação é também intrínseca, isto é, quase não se coordenam entre si os próprios órgãos estaduais ou os municipais.

2.3.6 Legislação inadequada: A legislação de saúde pública, estadual ou municipal, data de muitos anos atrás, sendo, pois inadequada. É preciso que seja atualizada com urgência, mas de modo que possa ser modificada anualmente, em seus aspectos técnicos, por simples decreto do Poder Executivo.

2.3.7 Interferência da política: Infelizmente, os serviços de saúde pública, tanto os federais como os estaduais e os municipais, situam-se entre os que mais sofrem a influência maléfica da política eleitoreira ou paternalista. Essa ação manifesta-se de várias formas: criação de órgãos desnecessários, partidarismo político na seleção de servidores, retardamento no Legislativo, de qualquer projeto de modificação radical da legislação ou da estrutura administrativa, em virtude do entrechoque de interesse,

remoção desnecessária de servidores para atender a interesses políticos, entrave a qualquer supervisão da qualidade e da quantidade do serviço prestado, principalmente o do pessoal de nível universitário, etc.

2.3.8 *Incapacidade dos órgãos de previdência:* Um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil é a incapacidade dos órgãos de previdência social, federais especialmente, para atender às necessidades mínimas de seus segurados e respectivos dependentes. Este fato se agrava no Município de São Paulo, com suas centenas de milhares de segurados. Doentes beneficiários do seguro operário sobrecarregam hospitais estaduais de tuberculose, lepra e psicopatas, e mesmo hospitais-gerais subvencionados. Enquanto a previdência social não contar em São Paulo com atividades suficientes para atender, quantitativa e qualitativamente, às necessidades mínimas médico-hospitalares de seus beneficiários, o governo do Estado e do Município não podem estabelecer, em planejamento zonal dessas atividades, um programa de assistência ao residente não contribuinte dos institutos de previdência e incapaz economicamente para comprar o seu direito teórico à saúde.

2.3.9 *Atitude paternalista:* Uma tradição oriunda de nossa cultura ibérica faz com que todos os serviços de saúde pública tenham, em relação à população, uma atitude paternalista, de quem tudo dá, sem nada pedir. A população não participa ativamente das atividades de saúde pública, contrariando o próprio conceito dessa ciência apresentado por Winslow, já em 1920^o.

3. DIRETRIZES

Somente uma comissão integrada por diferentes profissionais interessados na saúde da comunidade poderia enunciar um conjunto de diretrizes que servissem de rumo para o administrador público. A formulação individual é sempre limitada pelo ponto de vista particular do observador. A despeito disso, apontaremos algumas diretrizes para os serviços de saúde pública do governo municipal de São Paulo.

3.1 *Incentivo às pesquisas:* Torna-se mister o levantamento da situação real dos problemas de saúde do Município, da organização e das atividades dos órgãos que interferem nesses problemas, para que se possa elaborar um plano plurienal. Esse levantamento poderia ser feito, mediante convênio e financiamento, por órgãos já existentes, sejam da Universidade de São Paulo, sejam da Secretaria da Saúde Pública e da Assistência Social do Governo do Estado.

Uma vez pronto o levantamento inicial, isto é, a Carta Sanitária do Município de São Paulo, uma comissão de planejamento da própria Secre-

taria de Higiene da Prefeitura encarregar-se-ia de atualizá-la continuamente.

3.2 *Melhoria da coleta de dados estatísticos:* Urge o estabelecimento de um convênio com o Governo do Estado para melhoria da coleta de dados demógrafo-sanitários do Município da Capital. É preciso que os eventos-óbitos, nascimentos, casamentos — sejam registrados no cartório de paz de onde residem os indivíduos e não naqueles dos distritos ou subdistritos onde se dão as ocorrências. Só assim é que o governo local poderá dispor de estatísticas de saúde referentes a cada distrito ou subdistrito de paz. De outro lado, precisam ser melhoradas as estatísticas de produção dos órgãos locais de saúde pública, estaduais ou municipais.

3.3 *Plano geral de saúde:* Uma comissão de planejamento das atividades de saúde pública, com várias subcomissões técnicas, deve ser criada pelo governo municipal, integrada parte por funcionários do Município, parte por elementos representativos dos órgãos universitários de pesquisas, da Secretaria da Saúde Pública e da Assistência Social, da Previdência Social federal, da assistência hospitalar privada, e de órgãos de classe.

O plano geral deve abranger toda atividade local relacionada à saúde da comunidade, seja ela estatal (federal, estadual ou municipal), autárquica ou privada.

3.4 *Delimitação das atividades locais de saúde pública:* É necessária uma delimitação das atividades de saúde pública de âmbito local, dos governos federal, estadual e municipal, de modo a evitar a dualidade de ação, o desperdício de esforços e de dinheiro.

3.5 *Convênio com o Governo do Estado:* Se bem que também caiba convênio com a União, principalmente nos campos da higiene industrial e da previdência social, serão aqui mais focalizados os setores onde um convênio com o Governo do Estado deve ser firmado, para o desenvolvimento de atividades em conjunto. De acordo com a nossa legislação básica compete, como já foi dito, ao Estado a maior soma de atividades locais de saúde pública, em todo o País. O convênio poderia prever, em relação ao Município de São Paulo, atividades em conjunto nos seguintes setores:

3.5.1 *Saneamento do meio:* A meta inicial de um plano de residências populares seria o desfavelamento total do Município, meta esta não ambiciosa, pois é realizável em período praticamente curto, desde que se somem esforços da União, Estado e Município.

Os serviços de água e esgoto da Capital são da alçada do Estado, mas, pela sua importância para a saúde de todos os municípios, são necessários esforços conjuntos para que a rede de água seja estendida aos 100%

das residências urbanas. Sem água em quantidade, não poderão ser melhorados os nossos índices de saúde das regiões da periferia da zona urbana.

O controle da poluição do solo, do ar e dos cursos de água é problema que em grande parte deve ser resolvido em conjunto pelos governos federal, estadual, do município de São Paulo, e circunvizinhos. Do mesmo modo, obras de retificação e canalização dos pequenos cursos de água são, muitas vezes, assunto que exige solução coletiva de vários governos municipais interessados. Relacionado a esta questão está o combate, em conjunto com o governo estadual, a certas nocividades que prejudicam a vida do paulistano, tais como as nuvens de culicídeos, as pulgas, etc.

Problema também de saneamento é o policiamento da alimentação pública, muito descuidado na área do Município, como se pode ver pela simples observação de vendedores de gêneros alimentícios — expostos estes à poeira, às moscas e outras coisas mais — nas imediações do triângulo central, da própria Secretaria da Saúde, do Instituto Adolfo Lutz, ou, pior ainda dos grandes hospitais e de escolas primárias e secundárias.

O Município de São Paulo, apesar de integrar, em conjunto com os municípios limítrofes, o maior parque industrial da América Latina, não conta com nenhum laboratório de Higiene Industrial, federal ou estadual, para o estudo de problemas relacionados com o saneamento do meio e a industrialização. Cabe ao governo municipal da Capital liderar esse setor, criar seu próprio laboratório, procurando ajuda técnica da Organização Mundial da Saúde. As atividades desse órgão poderão ser estendidas, em concordância com possíveis subvenções do Governo Federal, do Estadual, dos municípios vizinhos e da própria Federação das Indústrias. Poderá vir a ser o maior núcleo da América Latina de pesquisas em higiene industrial e de estudo da poluição do ar, do solo e dos cursos de água.

Hoje é possível, graças ao desenvolvimento científico, a redução da cárie dentária em crianças, através de medidas que não são dispendiosas. O governo Municipal deve obter, mediante convênio, que o Governo do Estado faça a fluoretação das águas do abastecimento público da Capital. Nos bairros onde não há serviço público de abastecimento de água, o Município poderá instalar postos para aplicação tópica de flúor em todas as crianças de 2 a 12 anos de idade, de modo a ser atingida a seguinte meta: redução de 50 a 60% da cárie dentária nas crianças de hoje e no homem de amanhã.

3.5.2 Aumento do número de leitos em hospitais-gerais: Cabe aos governos do Estado e do Município, em conjunto com os órgãos de previdência social, firmarem convênio para aumento do número de leitos em

hospitais-gerais, públicos ou privados, de forma a atingirmos, o mais rapidamente possível, a meta de 4,5 leitos por 1.000 habitantes.

3.5.3 *Criação de hospitais-unidades sanitárias distritais:* O governo municipal poderá criar, a título experimental, mediante convênio com o Estado, nos distritos da periferia e suburbanos, hospitais de 100 a 200 leitos, com uma unidade sanitária local. Visa esta medida atender às necessidades de assistência médico-hospitalar das zonas mais desprovidas de recursos. A assistência hospitalar será limitada à cirurgia de urgência, pronto socorro, clínica médica, obstetrícia, ficando a assistência especializada a cargo dos grandes hospitais universitários.

A unidade sanitária poderá ser ou estadual ou, mediante convênio, municipal. A criação dessas unidades mistas não será apenas uma medida de proteção à saúde do paulistano — justamente daquele que reside nas áreas menos providas dessas atividades — como também uma demonstração prática de assistência médica integral, curativa e preventiva. O acordo poderá prever a existência de apenas esse tipo de unidade sanitária no respectivo distrito, afastando, o Governo do Estado, as suas unidades locais especializadas, postos de puericultura, dispensários, etc.

3.5.4 *Incremento das atividades de proteção à mãe e à criança:* O Governo do Município poderia articular as atividades dos serviços de saúde de seus parques infantis, de suas escolas primárias, de seus postos de eugenia e puericultura, de seus hospitais, de modo que consiga melhor proteção à saúde da mãe e da criança paulistanas. A vacinação intensiva das crianças matriculadas nos órgãos municipais de saúde pública ou escolares, a suplementação da alimentação, tanto para a mãe como para a criança assistida, a criação de creches para crianças filhos de operárias, contribuirão para que se atinja as duas metas seguintes: (1) redução de 2/3 da mortalidade infantil; (2) extensão, a toda mãe paulistana, do direito a um serviço adequado de assistência pré-natal e a um parto nas melhores condições possíveis.

3.5.5 *Campanha de combate às doenças transmissíveis:* Os serviços municipais de saúde pública estão melhor aparelhados que os estaduais, para o combate às doenças transmissíveis na idade pré-escolar, graças à rede de parques infantis. A meta deverá ser: nenhum óbito por doença transmissível evitável, em crianças paulistanas, o que é tecnicamente possível e financeiramente realizável.

A vacinação de todo pré-escolar, matriculado ou não em parques infantis, deverá ser feita, de rotina, contra a variola, a difteria, o coqueluche, o tétano, a poliomielite, e nos próximos anos, o sarampo. Em casos especiais, poderão ser realizados outras imunizações como a anti-tifoídica, a anti-rábica, etc.

Em menor escala, essa vacinação será estendida a crianças menores de idade, através dos postos de eugenia e puericultura e de hospitais municipais.

Nos escolares primários será feita, de rotina, a vacinação contra a varíola, a poliomielite e, nos casos indicados, contra a difteria e o tétano.

A participação do govêrno local, na campanha contra a tuberculose, será através do levantamento do índice tuberculínico, de todos os matriculados nos parques infantis e nas escolas primárias, de modo a propiciar o exame mais completo daqueles que se revelarem tuberculino-positivos.

3.5.6 Melhoria das atividades de pronto-socorro: As atividades de pronto-socorro oferecidas aos paulistanos são precárias, quer no ponto de vista quantitativo, quer no qualitativo. A extensão e melhoria das mesmas requererão inversão de capital e de fundos anuais, para a manutenção, que as colocam fora das atuais possibilidades financeiras do govêrno local.

Como a extensão e a melhoria desses serviços são medidas inadiáveis, mister se torna uma ação conjunta dos govêrnos municipal, estadual e federal, êste último representado, principalmente, pelos órgãos da previdência social, interessado nesse setor da assistência médica aos trabalhadores. Amplo estudo deve ser feito para a elaboração de um plano de ação conjunta.

3.6 Reorganização dos serviços municipais de saúde pública: Os serviços municipais de saúde pública devem ser reorganizados, de modo a atender com mais eficiência às suas finalidades, dando proteção mais adequada à saúde dos municípes.

A assistência médico-hospitalar ao servidor público municipal precisa ser completamente reformulada, não apenas em sua atual estrutura técnica administrativa, como também no seu financiamento.

3.7 Atualização da legislação sanitária: A legislação sanitária municipal precisa ser tôda atualizada, de modo a estar de acôrdo com as necessidades sentidas nas pesquisas, com o plano geral de saúde, refletindo o desenvolvimento atual de ciências, como a Administração, a Medicina, a Saúde Pública. Necessário se torna que essa legislação possa, em seus detalhes técnicos, ser revista, anualmente, se preciso fôr, mediante simples decreto do poder Executivo.

3.8 Estabelecimento de um sistema de prioridade: Não podendo o govêrno municipal enfrentar, ao mesmo tempo, todos os problemas de saúde pública que lhe estão afetos, precisa estabelecer um sistema de prioridades de modo a atacar, com eficiência, um grupo dêles, de acôrdo com

o plano de ação, com a organização e pessoal existente e as verbas disponíveis.

3.9 *Educação sanitária*: Um plano de trabalho deve ser elaborado por um grupo de técnicos — cientistas sociais, sanitaristas, educadores — para fomentar a participação, nas atividades públicas, de população servida pela ação dos serviços de saúde, do govêrno municipal. Só a educação sanitária poderá arrancar os paulistanos dessa atitude passiva, com que recebem as medidas tomadas por govêrnos de ação tipicamente patriarcal, como sói acontecer em todo o nosso imenso Brasil.

RESUMO

Comentários e sugestões a respeito dos Serviços de Saúde Pública no Govêrno local, do Município de São Paulo. Conceitos de problema de saúde pública, saúde e padrão de vida. Foram definidos os níveis de autoridade estatal nos programas de saúde pública e apresentada a distribuição da receita tributária no Brasil, onde, em 1962 a União arrecadou 52%, os estados 43% e os municípios, apenas 4,9%. Dados em geral referentes aos níveis de saúde do Estado de São Paulo, dos anos de 1900 a 1962, tais como: percentagem da população abastecida pela rêde de águas e pelo sistema de esgôto; coeficiente de mortalidade geral; razão da mortalidade proporcional; curva de mortalidade proporcional; vida média ao nascer; coeficiente da mortalidade por doenças transmissíveis. Foram estudados alguns problemas de saúde ligados à administração de serviços, à deficiência de dados e pesquisas, à falta de planejamento e coordenação de atividades, à influência da política e da atitude paternalista dos serviços estatais, em relação ao público. Diretrizes para uma posterior reformulação das atividades de saúde pública, do Govêrno Municipal de São Paulo.

SUMMARY

This paper analyses the administration of local public health services of S. Paulo, and gives concepts of public health problem, health and standard of living. Levels of State responsibility in public health programs were defined. Data on 1962 internal revenue was presented, as well as data related to water supplies and sewage treatment facilities, death rates (all causes and specific), life expectancy concerning the period 1900-1962. Health problems related to public administration, inadequacy of statistical data, lack of research, of planning and coordination, role of politics and the motherly attitude of public agencies were also studied. Policies for the reorganization of S. Paulo local public health agencies were set.

MASCARENHAS, R. dos S. Problemas de saúde pública no município de São Paulo. *Arq. Fac. Hig. S. Paulo*, 19:7-22, 1965.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANUÁRIO DO DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1962. São Paulo, 1963.
2. ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL, 1963. Rio de Janeiro. I.B.G.E., 1963.
3. DEMOGRAPHIC YEAR BOOK, 1963. New York, United Nations, 1964.
4. FISCHLOWIRZ, E. Fundamentos da política social. Rio de Janeiro, Agir, 1964. 340 p.
5. HANLON, J. J. Principles of public health administration. Saint Louis, Mosby, 1964. 719 p.
6. HORWITZ, A. A saúde e a riqueza. Washington, Organização Panamericana da Saúde, 1961. 16 p.
7. MASCARENHAS, R. dos S. Administração em saúde pública no Brasil. São Paulo, Faculdade de Higiene e Saúde Pública, 1964. 89 p. (Mimeografado).
8. RAMOS, R. Indicadores do nível de saúde: sua aplicação no município de São Paulo (1894-1959). São Paulo, 1962. 136 p. (Tese de doutoramento. Fac. Hig. Saúde Públ. USP. Mimeografado).
9. SÃO PAULO (estado). Departamento de Estatística. Assistência médico-sanitária do Estado de São Paulo: situação em 31-XII-1962. São Paulo, 1964. 117 p. (Mimeografado).
10. WINSLOW, C. E. A. The costs of sickness and the price of health. Geneva, World Health Organization, 1951. 106 p. (Monograph series, n.º 7).