

## NÍVEIS DE AUTORIDADE — CENTRAL, REGIONAL E LOCAL — NOS PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL †

RODOLFO DOS SANTOS MASCARENHAS \*

A escolha do temário do XV Congresso Brasileiro de Higiene não poderia ter sido mais feliz, ao dar ênfase à relação entre a saúde da coletividade e os seus problemas sócio-econômicos.

Realmente, nos últimos tempos, grande tem sido o interesse pelo estudo das interrelações entre saúde e condições sócio-econômicas, principalmente nos países considerados subdesenvolvidos, onde o planejamento de programas de saúde deve levar em consideração a interdependência desses fatores.

Isto pôsto, consideramos indispensáveis para uma adequada distribuição das responsabilidades sanitárias nos diferentes níveis, os seguintes princípios:

- a) O planejamento da saúde é apenas parte de um plano de desenvolvimento global da sociedade, no qual deve existir um sistema prioritário geral, onde os problemas relacionados à saúde são cotejados, no interesse comunitário, com os demais, relativos aos ambientes físico, biológico e social; outra escala de prioridades deve ser estabelecida especificamente para os problemas de saúde pública.
- b) A população brasileira pode ser considerada como tecnologicamente não desenvolvida e situada na fase II, de “transição”, de Rostow. Em restritas áreas da Região Fisiográfica Sul, nota-se já uma transição para a fase seguinte, a de “arranco”.
- c) O desenvolvimento do País não se tem processado de modo harmônico, revelando grandes diferenças sócio-econômico-sanitárias entre as várias regiões.
- d) Tem-se verificado uma insatisfação intensa das populações das áreas menos desenvolvidas, não só pelas conseqüências desse subdesenvolvimento, mas também pela comparação que estabelecem com as outras regiões mais desenvolvidas.

---

Recebido para publicação em 29-1-1963.

† Trabalho da Cadeira de Técnica de Saúde Pública (Prof. Rodolfo dos Santos Mascarenhas) da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Apresentado ao XV Congresso Brasileiro de Higiene, 9-15 dez. 1962, Recife, Pernambuco.

\* Professor Catedrático.

- e) O desenvolvimento nacional pode ser acelerado mediante planificação adequada, de modo a intensificá-lo, com ênfase maior nas zonas mais carentes.
- f) Compete ao Governo Federal, através dos Órgãos de Desenvolvimento Regional (SPVEA — SUDENE — etc.), a maior responsabilidade para a planificação do desenvolvimento sócio-econômico-sanitário.

Desejamos agora discutir um dos mais controvertidos temas: a responsabilidade pelo planejamento e execução das atividades de saúde pública, nos níveis nacionais, estadual e local.

Observando vários países, nota-se que, de um modo geral, as principais responsabilidades em relação a serviços de saúde, ora estão com autoridade federal, ora com estadual, ora local. Vários fatores determinam a diretriz nacional nesse campo. Entre eles, convém mencionar os seguintes:

- 1) *Tradição cultural*: Os ingleses são conhecidos por entregarem ao governo local quase todas as atividades locais de saúde. O sistema foi levado aos Estados Unidos pelos pioneiros, subsistindo, após séculos, mesmo em face da imigração maciça de outros povos, com traços culturais bem diferentes em matéria de serviços estatais de saúde.
- 2) *Extensão territorial*: Os países de grande área tendem a descentralizar suas atividades de saúde pública, na esfera das Repúblicas associadas (União Soviética) ou de Estados membros (Estados Unidos), continuando essa descentralização até a esfera local.

Os países de pequena extensão territorial, como a França, Portugal, Uruguai, Paraguai, geralmente concentram no governo central o maior número de atividade de saúde pública.

- 3) *Regime de governo*: O sistema de organização do Estado tem importância na diferenciação. Os países unitários, salvo raras exceções, concentram as atividades de saúde pública na esfera do governo central. Nos países federativos, notam-se duas tendências: uma, predominante, distribuindo esses encargos aos governos regionais (Estados, Província) e outra colocando-os sob a responsabilidade do governo nacional, como na Venezuela.
- 4) *Sistema político*: No mundo atual, não se pode considerar existência dos dois extremos políticos — liberal e comunista — puros. O que se verifica são vários matizes de uma socialização sempre

crescente, variando de Estado para Estado. É por isso que vamos encontrar serviços de medicina integral — preventiva e curativa — completamente socializados na Inglaterra, como na União Soviética; intensamente socializados no Chile, como na Suécia; semi-socializados no Peru, como na Argentina; ou ainda naqueles onde a socialização, em pequena escala, se faz mais a custa de planos facultativos, como nos Estados Unidos. Neste país já há um início de socialização estatal na esfera do govêrno central, em relação à assistência médica global a militares e “veteranos”.

Essa diversidade de diretrizes vem refletir-se em nosso País, ocasionando a formação de várias correntes de opinião. Há os que propugnam pela federalização da saúde pública, apontando a incapacidade financeira da maioria dos Estados e da quase totalidade dos governos municipais. Outros defendem a necessidade de reforçar a descentralização já existente, melhorando os serviços de saúde pública dos Estados. Ainda há os municipalistas, que desejam dar muito mais responsabilidades, em matéria de saúde, aos governos locais.

Uma das características do Estado moderno é o fortalecimento financeiro do govêrno central, cujas atividades estão num crescendo contínuo, pois lhe cabem as despesas com a preparação militar, a resolução dos grandes problemas nacionais, tais como a rêde rodoviária, a produção de energia, o contrôle da produção, principalmente a agrícola, a melhoria dos transportes, etc. Até há bem pouco tempo, os Estados Unidos eram apontados como o país onde a tributação favorecia financeiramente os governos locais. O exame do Quadro I revela que naquele país a arrecadação da União, que se apresentava inferior à dos governos locais em 1930, passou a igualar e logo superou a arrecadação dêstes, mantendo-se em tôrno de 70% da renda total. No Brasil, em 1940, a União arrecadava 57,1% de impostos, os Estados 30,3 e os Municípios 12,6.

É conhecido o esfôrço dos constituintes de 1946 para melhorar a arrecadação de impostos dos governos locais: destinaram-lhes, além dos impostos usuais, um quinhão (distribuído igualmente para todos) retirado inicialmente de um total de 10% da arrecadação do imposto de renda, de modo a favorecer os pequenos municípios, e mais uma parcela, proporcionalmente pequena, do imposto de lubrificantes e combustíveis. Nossa Constituição determinou ainda que os governos estaduais entregassem aos Municípios um mínimo de 30% sôbre o excesso, se houver, da arrecadação municipal dos impostos estaduais. Essa determinação constitucional nem sempre foi atendida pelos Estados. Tôdas as obrigações constitucionais não tiveram influência para aumentar o percentual de impostos arrecadados pelos governos locais. Em 1950, a União arrecadava 52,1% do total de impostos, os Estados 39,5% e os Municípios

apenas 8,4%. Em 1955 e 1958, verificaram-se aumentos relativos da arrecadação estadual, a custa da União e dos Municípios. Esse maior percentual de arrecadação dos Estados brasileiros se deve a um imposto, o mais perigoso e instável de todos, o de "vendas e consignações", cuja receita decrescerá assustadoramente se o País entrar em crise econômica.

Modificações constitucionais de 1960 obrigaram os Estados a transferir para os governos locais os impostos "territorial rural" e de "transmissão inter-vivos". Essa determinação não vai modificar substancialmente o percentual de arrecadação de impostos do País, pois esses tributos representavam muito pouco na receita dos Estados. Irá beneficiar, em muito, os Municípios de pequena população urbana; até então quase todos os impostos locais (predial, territorial urbano, indústrias e profissões, licenciamento, diversões) agravavam mais atos urbanos, favorecendo os municípios com sede em cidades grandes ou médias. Os dois impostos estaduais transferidos para a esfera local, principalmente o territorial, incidem sobre atos rurais.

Muito se tem falado sobre a riqueza da renda tributária da União, e a relativa pobreza dos governos da maioria dos Estados. Os dados do Quadro II invalidam essa afirmativa; nota-se que apenas no Pará, Pernambuco, Guanabara e São Paulo, a renda federal é superior; em todos os demais a renda estadual sobrepuja, às vezes de muito, a do govêrno central.

Podemos concluir que, no Brasil, em virtude do sistema tributário vigente, as municipalidades estão incapacitadas financeiramente para dirigir os serviços locais de saúde. A situação não é similar à dos Estados Unidos, com uma arrecadação dos governos locais representando 15,7% do total (1958) e onde uma tradição inglesa de autonomia do govêrno local não permite a retirada de nenhuma de suas atribuições em matéria de saúde. Nesse país, cujo govêrno federal não tem constitucionalmente atribuições em tal setor, nota-se uma crescente influência da União em assuntos de saúde, seja diretamente, pelo incremento de suas pesquisas e da assistência médica aos "veteranos", seja indiretamente, através de subvenção aos serviços estaduais e locais de saúde, condicionada à obediência de certos padrões técnicos.

Outros motivos desaconselham a entrega das unidades locais de saúde aos governos municipais. Há uma barreira cultural que ainda nos impede: a influência nefasta da politicagem municipal em atividades técnicas dos governos locais. Serviços de água e esgôto, por exemplo, são entregues a Municípios em ótimas condições e, depois são descuidados pela administração local. A ação negativa da política nos serviços de saúde, na órbita estadual e na federal, embora exista também, é muito pequena comparada com a da órbita local.

Por outro lado, nosso País tem carência de técnicos para seus serviços de saúde. Esses técnicos devem atuar, com atividades normativas, em nível nacional, regional, estadual e, se possível, distrital. É notório que os governos locais, em virtude de um falso conceito de autonomia, não se submetem a qualquer supervisão técnica de suas atividades. A transferência daqueles encargos a estes governos impediria a formação de carreiras de especialistas em saúde pública, pois estariam divididas entre as dezenas ou centenas de Municípios de cada Estado.

A grande extensão territorial do País e sua divisão em áreas sócio-econômico-sanitárias bem diversas contra-indicam a federalização dos serviços locais de saúde pública. A situação presente, de subordinação desses serviços aos governos estaduais, deve ser mantida, como sendo, na atual conjuntura, a mais adequada.

Apresentada a premissa da subordinação dos órgãos locais de saúde, passamos a discutir a limitação das atividades dos governos federal, estadual e municipal nessa matéria.

1. — *Esfera Federal* : Ao Govêrno da União devem caber as seguintes responsabilidades :

1.1 — *Planejamento geral*: O artigo 5.º, alínea XV, letra “b”, da Constituição de 1946, atribui à União o direito de legislar sobre as normas gerais de defesa e proteção da saúde. O artigo 28, da Lei 2.312, de 3/IX/54, determinava que o Govêrno Federal baixasse, no prazo de 120 dias, o Código Nacional de Saúde, “sujeitos os Estados, Territórios e Municípios aos seus dispositivos normativos”. O Código Nacional de Saúde, regulamentado pelo Decreto 49.974-A, de 21/I/61, é legislação normativa geral, adequada a um país com a nossa extensão territorial e com as nossas características sócio-econômicas.

É preciso, todavia, que as “normas técnicas” a serem baixadas pelo Ministério da Saúde, de acôrdo com a determinação do Código Sanitário, não contrariem as diretrizes desse mesmo Código, entrando numa pormenorização tão a gôsto de certos técnicos federais, resquício do movimento centralizador oriundo do sistema oligárquico unipartidário republicano, de antes de 1930, e da ditadura que se seguiu a êste.

O Deputado Seixas Dória, discursando sobre as “Diretrizes e Bases da Educação”, focalizou muito bem a necessidade de implantar um sistema de normas gerais para o País, assim se expressando :

“Leis federais como esta têm apenas que consagrar princípios, estabelecer normas gerais, firmar conceitos filosóficos sem descer a detalhes técnicos. País continental e vivendo diferentes estágios



econômicos e culturais, o Brasil tem que descentralizar seus comandos. Assim ficam os Estados Federados com liberdade, dentro da autonomia federativa, para legislar no sentido vertical, detalhando, como sua realidade social impõe”.

O Governo Federal deve promover, com a participação obrigatória dos órgãos estaduais, o estabelecimento e a revisão periódica de um plano geral de saúde para o País. Esse plano indicaria os padrões técnicos mínimos a serem seguidos pelas autarquias federais e pelos serviços estaduais e municipais. Propiciaria também à União uma conferência anual de autoridades federais e estaduais de saúde pública, de modo a facilitar o planejamento e a coordenação dos serviços federais e estaduais.

1.2 — *Combate às endemias rurais* : Pelo artigo 5.º, alínea XIII, da Constituição, compete à União organizar a defesa permanente contra os efeitos das endemias rurais. Essa federalização das atividades de combate às endemias rurais seria solução ideal para o País, desde que se a fizesse através da luta contra vetores, facilitando a participação direta, parcial ou total, dos Estados, nos casos em que hajam condições adequadas.

As endemias rurais que são combatidas pelo tratamento do doente ou controle do foco ficariam melhor na esfera de ação da unidade sanitária local. Tendo uma ação permanente, contínua, esse órgão vê sua ação facilitada graças ao contato diário com as famílias.

1.3 — *Atividades normativas — regionalização* : O nosso País é pobre em pessoal técnico e este deveria ser bem remunerado e aproveitado ao máximo, trabalhando em regime de tempo integral; isto não ocorre em serviços estaduais de saúde, por carência de recursos financeiros. Há necessidade de uma reorganização das Delegacias Federais de Saúde, dotando-se-as de profissionais especializados em saúde pública, que poderiam atuar como consultores das organizações estaduais. Os Estados menos desenvolvidos economicamente poderiam, se assim o desejassem, aproveitar-se dessa ação normativa, tipo consultiva, das Delegacias Federais de Saúde.

1.4 — *Financiamento* : A União suplementaria, mediante plano anual, o financiamento das atividades sanitárias dos governos estaduais, ensejando diminuir as diferenças entre uns e outros Estados, no que tange a recursos financeiros disponíveis. Esse financiamento através do Ministério da Saúde não poderá ficar ao sabor das injunções políticas, mas sim basear-se em plano adequado, que também preveja obrigações a serem cumpridas pelos governos beneficiados.

O financiamento de leitos hospitalares por parte da União, deveria ser previsto anualmente, do modo mais científico possível, independente de interferências políticas e permitindo a contribuição financeira do assistido, quando possível. O atual plano de financiamento aos Municípios, para abastecimento público de água, deve ser incrementado, exigindo-se dos governos locais, mediante convênios, o consentimento de uma supervisão técnica por parte dos serviços estaduais ou federais de saúde pública.

1.5 — *Administração de órgãos locais de saúde pública* : Desde que houvesse solicitação do governo estadual interessado, a União se encarregaria, mediante convênio e a título de demonstração não permanente, da administração de unidades locais de saúde, em áreas menos desenvolvidas. É o que vem sendo feito através da Fundação SESP, porém com uma característica de continuidade ante o desinteresse dos serviços de saúde do Estado em assumir, após o período de experimentação, a responsabilidade pela direção da unidade sanitária local.

1.6 — *Serviços médicos da previdência social* : Estes serviços apresentarem, entre outras, as seguintes características :

- a) dispersão pelos vários órgãos autárquicos;
- b) fragmentação das atividades, ocasionada pela dispersão;
- c) ação apenas nas capitais e nos demais grandes centros urbanos;
- d) ausência, quase total, de atividades de medicina proventiva.

Essa ação de pouca profundidade e extensão dos serviços médicos das autarquias vai sobrecarregar, direta ou indiretamente, os serviços estaduais de saúde pública, com uma assistência médico tipo curativa aos associados nas unidades sanitárias, nos hospitais especializados de tuberculose, lepra, psicopatas ou, ainda, com o pagamento do leito-dia a hospitais-gerais particulares.

A prestação de serviços médicos a todo segurado, pelos institutos de previdência federais, irá diminuir bastante o custo dos serviços estaduais de saúde pública, beneficiando as instituições particulares que se integrem no programa. Essa providência, todavia, somente se efetivará mediante uma reforma de base, radical, dos serviços médicos da previdência social.

2 — *Esfra Estadual* : Pode-se afirmar que ainda estamos, em matéria de serviços de saúde, nas fases iniciais : saneamento do meio físico, assistência médico-hospitalar e controle das doenças infecciosas agudas. O quadro III mostra-nos que na Região Centro-Oeste apenas 18,1% dos municípios contam com rede pública de água, percentagem que se eleva

a 24,5 na Região Nordeste; na Região Leste, 33% das cidades não contam com abastecimento público de água. É de salientar que grande parte da população de cada núcleo urbano com rede pública de água não recebe os benefícios desse serviço.

O quadro IV mostra a má distribuição de médicos pelos vários Estados. Esse fato é agravado pela concentração desses profissionais nos grandes centros urbanos, deixando grande número de municípios desprovidos de assistência médica. A distribuição dos leitos para assistência em hospitais-gerais, no quadro V revela uma grande diferença entre os Estados mais aquinhoados, como Guanabara (4,5 por 1.000 habitantes), Rio Grande do Sul (3,6) e os menos contemplados, como Maranhão (0,3), Piauí (0,6) e Ceará (0,7). Essa insuficiência da rede de hospitais-gerais se acentua quando sabemos que os leitos estão, em sua maioria, concentrados também nas cidades mais populosas.

A Assistência médica é, pois, insuficiente, agravada ainda pela má distribuição de médicos e de hospitais-gerais.

Não se podem aferir cientificamente os nossos problemas de prevalência ou de incidência de doenças transmissíveis, nas diferentes regiões, em virtude da deficiência de nossa estatística sanitária, inoperante para a grande maioria dos municípios, onde 30 a 60% ou mais de óbitos são mal ou não definidos. Temos de nos contentarmos com os coeficientes específicos de mortalidade das Capitais e, para as demais zonas, com indicadores globais de saúde, que agora começam a ser estudados. Por comparação com outros países ou cidades de regiões tecnologicamente mais desenvolvidas, é elevada a mortalidade por doenças transmissíveis nas capitais de Estado.

Contamos com inquéritos parciais, esporádicos, que indicam a intensidade de problemas sanitários brasileiros. O que falta em nosso País, é um plano de financiamento das pesquisas epidemiológicas que se fazem mister para o diagnóstico de nossos problemas de saúde e consecutiva formulação dos planos de ação.

De um modo geral, podemos afirmar que cada Governo Estadual terá as seguintes responsabilidades :

2.1 — *Planejamento estadual* : A base de um planejamento estadual é um Código Estadual de Saúde, que detalhe para o Estado, as normas já estabelecidas no plano nacional. Esse Código de Saúde deve ser atualizado periodicamente, em suas peculiaridades técnicas, por atos do Poder Executivo.



Programas anuais de saúde seriam criados, onde se preveria a participação financeira, técnico-normativa e mesmo executiva da União, bem como a participação dos governos locais.

2.2 — *Financiamento* : Anualmente seria previsto, com a colaboração do Governo Federal, um plano de financiamento de serviços municipais que interessam à saúde, tais como construção, reconstrução ou melhoria de rêdes de água, de sistemas de esgoto, de serviços de fiscalização de gêneros alimentícios, de domicílios, etc..

Plano similar deveria ser estipulado anualmente para a manutenção, melhoria ou incremento das atividades privadas de assistência médico-hospitalar.

2.3 — *Assistência médico-hospitalar* : Caberia ao Governo do Estado incrementar a organização de uma rêde de serviços hospitalares, para suplementar as deficiências da assistência -prestada por órgãos particulares, municipais ou autárquicos.

Os hospitais de base seriam organizados nas várias regiões do Estado para prestação de assistência médica especializada, que não pode ser oferecida pelos hospitais particulares de pequenas cidades, sempre que possível sob a direção de entidades privadas ou de economia mista.

Hospitais regionais especializados para tratamento de casos de doenças infecto-contagiosas crônicas (lepra, tuberculose) ou agudas seriam criados e mantidos pelos governos estaduais. Os institutos de seguro social deveriam financiar o leito-dia do segurado internado em hospital regional especializado.

Quando fôr verificado que as condições sócio-econômicas da população local contra-indicam a construção de pequenos hospitais particulares, caberá ao Governo do Estado a criação de órgãos mistos: unidade sanitária-hospital, sendo êste de poucos leitos.

2.4 — *Unidades sanitárias locais* : As condições sócio-econômicas e sanitárias do País indicam que o melhor tipo de unidade local, quer pelas suas possibilidades técnicas, quer pela diminuição de custeio, é o chamado Centro ou Pôsto de Saúde, que pode ser definido como "agência que executa, em uma determinada área, tôdas as atividades de saúde pública que possam ser descentralizadas em um órgão local". Sempre que possível, seriam criadas tais unidades sanitárias que ficariam sob a direção do governo estadual. Êste poderia, em casos especiais, delegar direção de unidades sanitárias locais aos governos federal ou municipal. A descentralização de atividades seria a mais intensa possível, de modo

a permitir a cada unidade sanitária local adaptar o plano estadual de saúde às condições sócio-econômicas e sanitárias de sua comunidade.

- 3 — *Esfera Municipal* : Pelo artigo 28, da Constituição Federal, fica assegurada a autonomia aos Municípios, no que concerne ao seu peculiar interesse, especialmente quanto à organização dos serviços públicos locais. Os governos estaduais legislaram sobre os governos municipais de suas respectivas áreas de ação, especificando as atribuições destes últimos. Alguns, como São Paulo, foram além, delegando precipuamente, sem muito respeito à nossa Constituição Federal, certas atribuições dos serviços públicos federais, como fiscalização do comércio de gêneros alimentícios, fiscalização dos frigoríficos e matadouros, etc.. De um modo geral, a ação sanitária através da unidade local de saúde, ficou com o governo estadual.

A primeira tarefa sanitária de um governo local seria a construção e manutenção adequada de uma rede de abastecimento de água, que atinja a 100% dos domicílios da zona urbana. Essa medida faz baixar a mortalidade geral e infantil e a morbidade por doenças transmissíveis, de origem hídrica. A segunda etapa indicada seria a construção de sistemas públicos de esgoto, a instalação e melhoria de sistemas privados de resíduos domiciliares, bem como a instalação de serviços adequados para a remoção, transporte e destino do lixo.

A terceira etapa do saneamento municipal seria a instalação de serviços de inspeção de carnes, do transporte e da venda desse produto. Nas cidades onde há órgãos municipais de engenharia sanitária — ainda naquelas que, mediante convênio, se submeterem à supervisão técnica dos órgãos estaduais — seria transferida para o governo local a fiscalização sanitária dos prédios e, posteriormente, dos locais destinados ao comércio de gêneros alimentícios.

Tôdas essas atividades municipais no setor do saneamento ficariam obrigatoriamente sob a supervisão técnica dos órgãos estaduais específicos, condição básica para a delegação de atividades e para o financiamento que se fizer mister.

Os municípios cuidariam da assistência médico-hospitalar, seja complementando, nas pequenas cidades de regiões pobres o salário do médico estadual que não pode, pelas condições locais, exercer clínica particular, seja propiciando condições para a radicação desses profissionais. O plano municipal de saúde seria expandido posteriormente, de modo a contribuir para a melhoria da assistência médico-hospitalar.

Em grandes cidades, os governos locais poderiam criar serviços para complementar a ação dos órgãos estaduais de saúde pública, como

aqueles encarregados de assistência médico-social à mãe e à criança, ao doente crônico ou à sua família, etc.. A etapa final seria a transferência total dos órgãos locais de saúde pública nas cidades em que os governos municipais já tivessem construído suas redes de água e esgoto, mantendo-as em condições satisfatórias, provado sua capacidade de direção nos serviços de higiene de habitação e dos alimentos, da assistência médico-social ao doente crônico, à gestante e à criança e que possam financiar pelo menos 50% do custo da manutenção desses órgãos. Essa transferência só seria aconselhável mediante convênio, onde se preveria a contribuição financeira do Governo do Estado e, através deste, da União, bem como a supervisão técnica por parte dos órgãos estaduais de saúde pública.

Do exposto, conclui-se que :

1. Devem ser devidamente planejados para o nosso País os níveis de autoridade — central, regional e local — nos programas de saúde pública.
2. Compete ao Governo Federal, através dos Órgãos de Desenvolvimento Regional (SPVEA — SUDENE, etc.), a maior responsabilidade para a planificação do desenvolvimento sócio-econômico-sanitário.
3. Os governos municipais não estão, financeira, técnica e politicamente capacitados para a direção integral das unidades sanitárias locais.
4. A direção integral das unidades sanitárias locais deve continuar como atribuição dos governos estaduais.
5. Deve competir ao governo central (federal) :
  - 5.1 — Planejamento geral dos programas nacionais de saúde.
  - 5.2 — Combate aos vetores que transmitem as doenças endêmicas do meio rural.
  - 5.3 — Regionalização das atividades federais de saúde, permitindo um incremento dessas atividades nas regiões menos desenvolvidas.
  - 5.4 — Financiamento das atividades sanitárias dos governos estaduais, ensejando diminuir as diferenças entre uns e outros Estados, no que tange a recursos financeiros disponíveis.
  - 5.5 — Pagamento aos hospitais estaduais ou privados, do leito ocupado pelo beneficiário de instituto de seguro social.
  - 5.6 — Direção, em caráter de demonstração e mediante convênio com o governo estadual interessado, de unidades sanitárias locais.

6. Deve competir ao govêrno estadual :
  - 6.1 — Planejamento do programa estadual de saúde.
  - 6.2 — Direção das unidades sanitárias locais.
  - 6.3 — Incremento da rêde estadual de hospitais.
  - 6.4 — Financiamento das atividades municipais de saneamento do meio físico (serviço público de água, rêde de esgôto, etc.).
7. O govêrno municipal teria, dentro de um planejamento adequado, atribuições em saúde pública de acôrdo com o que tenha já realizado. Êsse plano preveria, em escala sucessiva :
  - 7.1 — Construção ou reconstrução e manutenção adequada de uma rêde de abastecimento de água que atinja a 100% dos domicílios da zona urbana.
  - 7.2 — Construção ou reconstrução de um sistema público de esgôto, bem como instalação de serviço adequado para a remoção, transporte e destino do lixo.
  - 7.3 — Fiscalização do comércio de gêneros alimentícios e fiscalização sanitária dos prédios.
  - 7.4 — Participação no plano de assistência médico-hospitalar à mãe, à criança e ao doente crônico.
  - 7.5 — Direção, mediante convênio, da unidade sanitária local, quando puder responsabilizar-se por 50% do financiamento dêsse órgão.

QUADRO I

Comparação das percentagens da arrecadação dos govêrnos federais, estaduais e locais do Brasil e dos Estados Unidos

A N O	FEDERAL		ESTADUAL		LOCAL	
	Brasil	EE.UU.	Brasil	EE.UU.	Brasil	EE.UU.
1920 .....		65,3		6,8		27,8
1930 .....		36,6		17,9		45,4
1940 .....	57,1	37,6	30,3	25,3	12,6	37,1
1946 .....	59,1	78,1	34,8	10,7	6,1	11,2
1950 .....	52,1	68,8	39,5	15,6	8,4	15,7
1955 .....	53,0	71,0	40,3	14,3	6,7	14,7
1958 .....	52,7	69,1	41,0	15,2	6,3	15,7

FONTES :

1. BAILÃO, JAMIL M. — Alguns aspectos econômicos e sociais da atual discriminação de receitas públicas no Brasil. *Rev. Univ. Catól. S. Paulo*, 10 (18-19):191-225, jun./set. 1956.
2. BRASIL, I. B. G. E. (Conselho Nacional de Estatística). Anuário Estatístico do Brasil, 1955 a 1958.
3. ESTADOS UNIDOS — Statistical abstract of the United States, 1957.
4. HUGON, PAUL — O Impôsto — São Paulo, Editora Renascença, 1945. 205p.

QUADRO II

BRASIL: Receita Tributária (Impostos e Taxas) arrecada, da União, dos Estados e dos Municípios, nas Regiões Fisiográficas — 1959 — (Em milhares de cruzeiros).

Unidades da Federação Zonas Fisiográficas	Receita Tributaria Arrecadada			
	Total	Federal	Estadual	Local
Rondônia .....	12 448	—	—	12 448
Acre .....	7 824	—	—	7 824
Amazonas .....	1 086 796	307 043 (1)	716 208	63 545
Rio Branco .....	6 378	—	—	6 378
Pará .....	2 046 281	1 229 672 (2)	457 919	358 690
Amapá .....	27 285	—	—	27 285
ZONA NORTE .....	3 187 012	1 536 715	1 174 127	476 170
Porc. s/ o total .....		48,22%	36,84%	14,94%
Maranhão .....	761 356	174 542	494 390	92 424
Piauí .....	532 687	103 105	352 996	76 586
Ceará .....	1 947 398	753 053	956 907	237 438
Rio Grande do Norte ...	950 370	157 766	640 450	152 154
Paraíba .....	1 416 859	340 029	875 312	201 518
Pernambuco .....	7 858 742	3 601 534	3 161 305	1 095 903
Alagoas .....	1 203 162	280 785	706 333	216 044
ZONA NORDESTE	14 670 574	5 410 814	7 187 693	2 072 067
Porc. s/ o total .....		36,88%	48,99%	14,12%
Sergipe .....	619 052	177 023	314 461	127 568
Bahia .....	6 927 319	2 105 197	3 708 861	1 113 261
Minas Gerais .....	17 671 324	6 449 467	9 801 744	1 420 113
Espírito Santo .....	1 876 714	311 053	1 363 282	202 379
Rio de Janeiro .....	9 508 568	3 290 353	5 233 793	984 422
Guanabara .....	56 333 079	39 737 405	16 595 674	—
ZONA LESTE .....	92 936 056	52 070 498	37 017 815	3 847 743
Porc. s/ o total .....		56,03%	39,83%	4,14%
São Paulo .....	132 242 229	66 453 999	56 661 081	9 127 149
Paraná .....	9 324 533	2 593 702	6 052 784	678 047
Santa Catarina .....	3 906 361	1 609 066	1 961 228	336 067
Rio Grande do Sul .....	22 335 198	9 135 883	11 674 128	1 525 187
ZONA SUL .....	167 808 321	79 792 650	76 349 221	11 666 450
Porc. s/ o total .....		47,55%	45,50%	6,95%
Mato Grosso .....	793 201	227 266	461 407	104 528
Goiás .....	1 745 629	324 928	1 320 295	100 406
ZONA CENTRO-OESTE .....	2 538 830	552 194	1 781 702	204 934
Porc. s/ o total .....		21,75%	70,18%	8,07%
BRASIL .....	281 959 877 (3)	140 181 955 (3)	123 510 558	18 267 364
Porc. s/ o total .....		49,72%	43,80%	6,48%

NOTAS: 1. Inclusive a receita Federal arrecadada nos Territórios de Rondônia, Acre e Rio Branco. 2. Inclusive a receita federal arrecadada no Território do Amapá. 3. Inclusive 819.084 milhares de cruzeiros arrecadados pela Delegacia do Tesouro em Nova Iorque.

FONTE: BRASIL. I.B.G.E., Conselho Nacional de Estatística. — Anuário Estatístico do Brasil — 1961 — Ano XXII.



QUADRO III  
 Abastecimento de água e serviços de esgotos sanitários  
 por zonas fisiográficas em 31-XII-1958

ZONA FISIOGRÁFICA	TOTAL	M U N I C Í P I O S			
		C/ Abasteci- mento de água	%	C/ Serviço de Esgôto	%
Norte .....	119	44	37,0	19	16,0
Nordeste .....	605	148	24,5	76	12,6
Leste .....	842	564	67,0	433	51,4
Sul .....	821	449	54,7	292	35,6
Centro-Oeste .....	243	44	18,1	64	26,3
BRASIL .....	2 630	1 249	47,5	884	33,8

FONTE: BRASIL, I. B. G. E. Conselho Nacional de Estatística — Anuário Estatístico do Brasil, 1961. Ano XXII.

QUADRO IV  
Número de médicos militantes por unidades da Federação  
e por zonas fisiográficas — 1957

Unidades da Federação Zonas Fisiográficas	N.º de Médicos Militantes (1)	População em Milhares de hab. (2)	N.º de Médicos por 100.000 hab.
Rondônia .....	17	55	30,9
Acre .....	17	149	11,4
Amazonas .....	94	590	15,9
Rio Branco .....	9	24	3,8
Pará .....	328	1 291	25,4
Amapá .....	22	56	39,3
ZONA NORTE .....	487	2 165	22,5
Maranhão .....	121	1 889	6,4
Piauí .....	125	1 246	10,0
Ceará .....	477	3 229	14,8
Rio Grande do Norte .....	171	1 141	15,0
Paraíba .....	259	1 956	13,2
Pernambuco .....	960	4 010	23,9
Alagoas .....	168	1 207	13,9
ZONA NORDESTE .....	2 281	14 678	15,5
Sergipe .....	111	728	15,2
Bahia .....	1 288	5 615	22,9
Minas Gerais .....	2 762	8 523	32,4
Espírito Santo .....	222	951	23,3
Rio de Janeiro .....	1 097	2 682	40,9
Guanabara .....	6 687(*)	2 940	227,4
ZONA LESTE .....	12 167	21 439	56,8
São Paulo .....	7 544	10 847	69,5
Paraná .....	1 090	3 136	34,8
Santa Catarina .....	346	1 906	18,2
Rio Grande do Sul .....	1 862	4 894	38,0
ZONA SUL .....	10 842	20 783	52,2
Mato Grosso .....	192	609	31,5
Goiás .....	321	1 598	20,1
ZONA CENTRO-OESTE .....	513	2 207	23,2
BRASIL .....	26 290	61 569(**)	42,7

(\*) Médicos em atividade nos estabelecimentos hospitalares em 1960.

(\*\*) Inclusive os dados relativos à região da Serra dos Aimorés e ao Território de Fernando de Noronha.

FONTES: (1) Órgãos Regionais de Estatística.

(2) BRASIL. I.B.G.E., Conselho Nacional de Estatística. Anuário Estatístico do Brasil, 1957. (População estimada em 1.º de julho).

QUADRO V  
BRASIL: Leitos em Hospitais-Gerais, por Zonas Fisiográficas — 1959

UNIDADES DA FEDERAÇÃO ZONAS FISIOGRAFICAS	População(*)	Leitos em Hospitais-Gerais(**)	
		Número	Coef. p/ 1000 hab.
Rondônia .....	70 783	181	2,6
Acre .....	160 208	244	1,5
Amazonas .....	721 215	992	1,4
Rio Branco .....	29 489	103	3,5
Pará .....	1 550 935	1 806	1,2
Amapá .....	68 889	127	1,8
ZONA NORTE .....	2 601 519	3 453	1,3
Maranhão .....	2 492 139	644	0,3
Piauí .....	1 263 368	695	0,6
Ceará .....	3 337 856	2 393	0,7
Rio Grande do Norte .....	1 157 258	1 598	1,4
Paraíba .....	2 018 023	1 780	0,9
Pernambuco .....	4 136 900	5 984	1,5
Alagoas .....	1 271 062	1 975	1,6
Fernando de Noronha .....	1 319	—	—
ZONA NORDESTE .....	15 677 925	15 069	1,0
Sergipe .....	760 273	1 066	1,4
Bahia .....	5 990 605	4 577	0,8
Minas Gerais .....	9 798 880	22 057	2,3
Serra dos Aimorés .....	384 297	—	—
Espírito Santo .....	1 188 665	1 504	1,3
Rio de Janeiro .....	3 402 728	5 912	1,7
Guanabara .....	3 307 163	14 974	4,5
ZONA LESTE .....	24 832 611	50 090	2,2
São Paulo .....	12 974 699	33 991	2,6
Paraná ..... (1)	4 110 000	8 367	2,0
Santa Catarina .....	2 146 909	7 396	3,4
Rio Grande do Sul .....	5 548 823	19 349	3,6
ZONA SUL ..... (2)	24 680 431	69 103	2,8
Mato Grosso .....	910 262	1 397	1,5
Goiás .....	1 954 862	2 609	1,3
Distrito Federal .....	141 742	—	—
ZONA CENTRO-OESTE .....	3 006 866	4 006	1,3
BRASIL ..... (2)	70 799 352	141 721	2,0

NOTAS: (\*) População: resultados preliminares do recenseamento geral de 1.º-IX-60.  
(\*\*) Leitos em hospitais-gerais. Total geral de leitos, menos leitos especializados para tuberculose, lepra e neuro-psiquiatria, em 1959. (1) Dado da população sujeito a retificação. (2) Com a imperfeição indicada.  
FONTE: BRASIL. I.B.G.E., Conselho Nacional de Estatística. — Anuário Estatístico do Brasil — 1961 — Ano XXII.

## R E S U M O

Na administração sanitária brasileira, deve-se atribuir à esfera federal as seguintes responsabilidades: (1) planejamento geral; (2) combate às endemias; (3) serviços normativos; (4) financiamento suplementar; (5) administração dos órgãos locais apenas por solicitação de governo estadual e mediante convênio; (6) serviços médicos de previdência social. Aos governos estaduais deve competir: (1) planejamento estadual; (2) financiamento; (3) assistência médico-hospitalar direta, ou indireta através de financiamento de hospitais locais particulares e de beneficência; (4) administração das unidades locais.

Os governos locais não estão social, política e financeiramente capacitados, em nosso País, para gerir os órgãos locais de saúde pública. Em 1958, os mesmos governos, no Brasil, arrecadaram 6% do total dos impostos em geral, enquanto que nos Estados Unidos, 16%; os governos estaduais arrecadaram, no mesmo ano, 41% aqui e 15% naquele país e os governos federais, 53% e 69%, respectivamente.

Poderiam atribuir-se, no Brasil, aos governos municipais, as seguintes atividades que ainda são de competência dos Estados: (1) fiscalização sanitária dos prédios e (2) fiscalização do comércio de gêneros alimentícios. Poderiam ainda os governos locais participar do plano de assistência médico-hospitalar à mãe, à criança e ao doente crônico. A direção das unidades sanitárias locais seria entregue, em caráter experimental e mediante convênio com o Estado, ao governo municipal que pudesse financiar pelo menos 50% das despesas.

## SUMMARY

HEALTH ADMINISTRATION should comprise, in Brazil:

1. At the federal level:
  - a) general planning;
  - b) endemic control;
  - c) establishment of policies;
  - d) supplemental financial aid;
  - e) administration of local services when convenient to and required by state government;
  - f) social security medical services.

2. At the state level:

- a) planning out state level;
- b) financial aid;
- c) medical and hospital services, directly to the public or indirectly through financial aid to private and charity hospital;
- d) administration of local health agencies.

Local governments are not socially, politically and economically fit, in Brazil, to direct local health agencies. In 1958, local governments took 6% of general taxes, where as in the U.S.A., they took 16%. The state governments in Brazil, at the same period, took 41% compared to 15% in the U.S.A. and federal government took 53% and 69% in both countries in the same order.

Municipal government in Brazil can undertake the following activities :

- 1) fiscalization of health conditions of housing;
- 2) food control.

They could also participate in maternal and child health programs and in chronic disease control. Under experimental conditions and agreement with state government, municipal governments could direct local health agencies, provided they could finance 50% of expenses.