

CONTRIBUIÇÃO DO PLANEJAMENTO SÓCIO - ECONÔMICO E DO DESENVOLVIMENTO E ORGANIZAÇÃO DA COMUNIDADE PARA SOLUÇÃO DO PROBLEMA DO BAIXO NÍVEL SANITÁRIO ♀

RODOLFO DOS SANTOS MASCARENHAS*

1. *Considerações iniciais* — Em 1920, um bacteriologista norte-americano, não médico, que já se sobressaía como líder de sua geração em saúde pública — Charles-Edward A. Winslow — apresentou a seguinte definição¹⁴, até hoje utilizada nas escolas para formação de sanitaristas:

“Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde e a eficiência física e mental, *através de esforços organizados da comunidade*, para o saneamento do meio, o controle das doenças infecto-contagiosas, a educação do indivíduo em princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e tratamento preventivo das doenças, e o desenvolvimento da maquinaria social de modo a assegurar a cada indivíduo da comunidade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde”.

Os serviços de saúde pública dos Estados Unidos e de muitos países europeus tecnologicamente desenvolvidos estavam, então, em uma fase de medicina preventiva aplicada a indivíduos supostamente sadios, fazendo raras excursões ao campo da medicina curativa, quando tinham que tratar pessoas para o controle de certas doenças endêmicas, contagiosas, como a tuberculose, as moléstias venéreas, etc. Não existindo grandes problemas de saneamento do meio físico, pois os principais já tinham sido resolvidos, tendo controlado todas as doenças infecto-contagiosas agudas para as quais existiam medidas profiláticas específicas, preocupavam-se as autoridades sanitárias desses países com as clínicas das crianças sadias, de higiene pré-natal, com a educação individual para a saúde, etc. As palavras de Winslow não caíram em terreno receptível, pois o seu conceito de saúde pública era, para a época, por demais avançado. Não podiam os sanitaristas de então compreender que a saúde pública deve *partir da comunidade e não ser organizada para a comunidade*, por um Estado paternalístico. Do mesmo modo, não podiam entender que existem certos padrões de vida abaixo dos quais se tornam inoperantes quaisquer atividades de

Recebido para publicação em 30-1-1963.

♀ 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 «Encontro de Técnicos para Estudo em Desenvolvimento e Organização da Comunidade» (Serviço Social do Estado), 1962, São Paulo.

* Professor Catedrático.

saúde pública, isto é, que há necessidade de um padrão de vida mínimo para a manutenção da saúde.

Em trabalho recente, consideramos que a fase social da saúde pública teve início em 1934, com a criação da UNRRA. Este organismo internacional demonstrou praticamente que, para a elevação do padrão de vida das comunidades devastadas pela hecatombe guerreira, tornava-se necessário um esforço múltiplo, de uma equipe de diferentes técnicos, com os mais variados métodos de ação supletiva e que para cada região mister se fazia um planejamento adequado com uma escala de prioridades, moldada nas reais necessidades de pessoal, material e bens de consumo. O sanitarista aprendeu, na UNRRA, a trabalhar com o agrônomo, com o veterinário, com o engenheiro industrial, com o economista, etc. e a verificar, em poucos meses, a influência da melhoria do padrão de vida no estado de saúde da população e a importância de um sistema de prioridades, onde as necessidades em saúde seriam cotejadas com outras necessidades sócio-econômicas da região.

A Organização Mundial da Saúde, criada ante a tenacidade de um sanitarista brasileiro — Geraldo H. de Paula Souza — mostra em sua Carta de 1946, a influência e mesmo a vitória das idéias de Winslow, quando considera, entre outros, dois fatos¹²:

- a) o conceito de saúde, assim definida: “a Saúde não é a ausência de doença ou enfermidade, mas sim o completo bem-estar físico, mental e social”.
- b) o direito que todo cidadão de cada país deve ter para obter os meios necessários à manutenção, à promoção e à recuperação da saúde.

2. *Alguns conceitos* — Antes de entrarmos no mérito da questão, cabe-nos rever alguns conceitos, procurando apontar certos campos de ação, muitas vezes confundidos até mesmo por técnicos em saúde pública.

Nunca é demais lembrar que o homem deve ser compreendido como uma unidade integrada — mente e soma — interagindo com o mundo que o circunda, o mundo físico, biológico, cultural e sobrenatural⁴. Enquanto que o componente somático do homem se relaciona mais intensa e diretamente com os mundos físico e biológico, seu comportamento mental está mais ligado aos mundos cultural e sobrenatural.

A Medicina tem sido descrita e ensinada em seus aspectos curativos e, às vezes, separadamente, em seus aspectos preventivos. É isto um erro metodológico, pois deve ser vista em seu aspecto integral, indiviso, nos cinco níveis descritos por Leavell e Clark².

I — Promoção ou melhoria da saúde

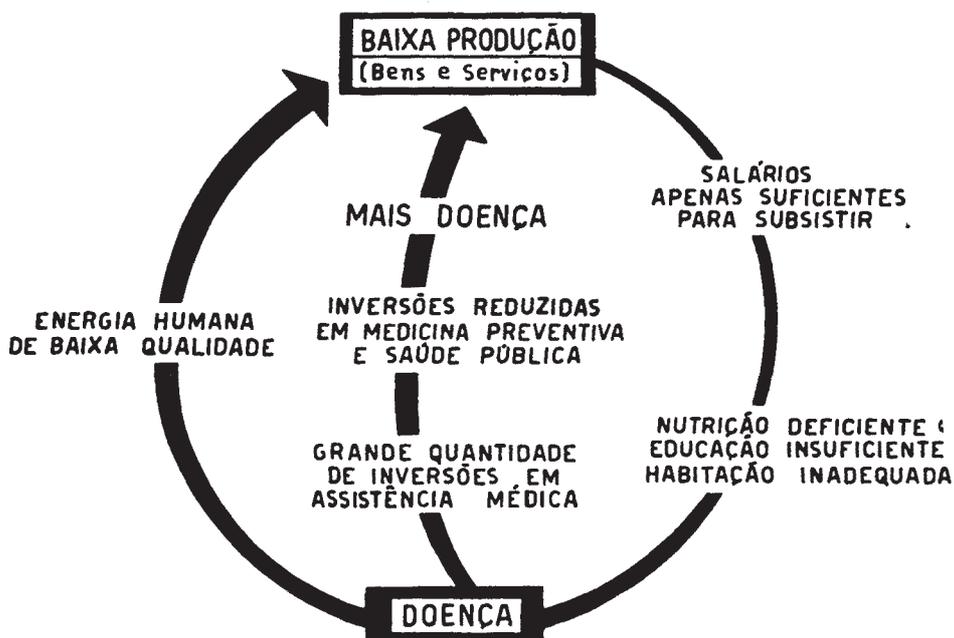
- II — Proteção da saúde
- III — Recuperação da saúde
- IV — Limitação da incapacidade
- V — Reabilitação

A Medicina Preventiva pode ser considerada como o ramo da Medicina que se preocupa mais com os aspectos preventivo-promocionais, sendo aplicada ao indivíduo ou a sua família.

A Saúde Pública, muitas vezes confundida com a Medicina Preventiva, difere desta pelos seguintes aspectos:

- a) O conhecimento sanitário é muito mais amplo do que o médico, não apenas incluindo-o, mas aproveitando-se de outros, como Estatística, Administração, Engenharia, Enfermagem, Odontologia, Veterinária, Educação e Ciências Sociais⁴.

O CICLO ECONÔMICO DA DOENÇA



Dr. Abraham Horwitz, Director
Organização Panamericana de Saúde

- b) Enquanto que o enfoque da Medicina Preventiva é o indivíduo e sua família, o da Saúde Pública vai até a comunidade, seja esta local, nacional ou internacional.

Deve também ser levada em consideração a relação entre a doença e a produção individual. Apresentamos na página anterior, para melhor esclarecimento, o esquema de Horwitz¹, intitulado "O ciclo econômico da doença".

Quando este esquema é aplicado à comunidade, não podemos delimitar precisamente, em relação a muitos problemas sócio-econômico-sanitários, o campo de ação do especialista em saúde pública e os dos distintos cientistas sociais; torna-se então necessário um trabalho de equipe.

3. *Baixo nível sanitário* — A Organização Mundial da Saúde criou um grupo de trabalho para estudar a medida dos níveis de saúde de uma comunidade⁹. Os índices apontados foram divididos no relatório da comissão de Peritos em duas categorias: "indicadores globais de saúde" e "indicadores específicos de saúde". Uma das características das regiões com baixo nível de saúde é a impossibilidade do sanitarista de utilizar-se dos indicadores específicos, por doença, para uma análise mais profunda da situação médico-sanitária. Esse fato ocorre porque nessas regiões é elevado o percentual de óbitos mal ou não definidos, sobre o total de óbitos. Nesses casos, o técnico em saúde pública só pode lançar mão dos indicadores globais, que não podem ser precisos.

O Estado de São Paulo está economicamente, com alguns aspectos da fase de "transição" de Rostow¹³, apresentando, todavia, mais características da fase de "arranco", numa industrialização sempre crescente, acompanhada de rápida urbanização. A população rural representava, em 1940, 55,9% do total, mas 20 anos após, em 1960, constituía apenas 37,2%. Do ponto de vista da saúde pública, o Estado de São Paulo apresenta índices que o situam entre as regiões de baixo nível sanitário. Vejamos alguns indicadores:

- a) O percentual de óbitos mal ou não definidos se situa na casa dos 30%, impedindo utilizarem-se para avaliação a maioria dos índices específicos.
- b) A vida média ao nascer (em anos) era, no período de 1940 a 1950, de 47,2 para o sexo masculino e 51,2 para o feminino. O suco que nascia entre 1951 e 1955, tinha a probabilidade de viver 70,5 anos, se do sexo masculino, e 73,4 se do feminino. O Estado de São Paulo podia, em 1940-1950, ser comparado com a Suécia de 1861, onde a vida média ao nascer era de 42,8 e 46,4 anos, respectivamente para homens e mulheres. Comparativamente, pois, é um século de atraso.

- c) Estamos, em muitos aspectos do saneamento do meio físico, na fase I do período científico da saúde pública, isto é, na fase pré-pasteuriana. 29,6% das nossas cidades ainda não possuíam, em 1960, rede de abastecimento público de água e 67,5% não contavam, na mesma época, com rede pública de esgotos. Na própria Capital do Estado, segundo dados de 31/12/60, 30% da população não é servida pela rede de água e 58% não o é pela rede de esgotos.
- d) A mortalidade infantil foi de 82,3 no Estado de São Paulo em 1959; na Suécia, no mesmo ano, esse coeficiente era de 16,6.
- e) O coeficiente específico de mortalidade por doenças transmissíveis não pode ser calculado para o Estado de São Paulo, em virtude do elevado percentual de óbitos mal ou não definidos. Esse mesmo coeficiente foi relativamente bom para a Capital — 52,7 por 100.000 hab. em 1959 — em comparação com outras capitais de Estados brasileiros³, mas está muito aquém do alcançado pelo Canadá em 1958 - 10,8.
- f) A nosso ver, no momento, a doença de Chagas é a mais grave das endemias em nosso Estado. Dados de 1960 mostram que em 69,5% dos nossos municípios foram encontrados triatomídeos transmissores dessa moléstia, sendo que em 24% dos municípios esses vetores foram achados naturalmente infectados.

Esses dados mostram que: (a) representamos, no Estado de São Paulo, uma área de baixo nível sanitário e (b) que os nossos problemas de saúde são, em sua maioria, os das fases I (saneamento do meio físico, assistência médico-hospitalar) e II (combate a doenças transmissíveis) do período científico da saúde pública.

4. *Contribuição do planejamento sócio-econômico e do desenvolvimento e organização da comunidade para elevação do nível sanitário* — Vimos anteriormente que se faz necessário, para a comunidade, um padrão de vida mínimo, abaixo do qual é impossível a manutenção e a melhoria da saúde. Qualquer ação que tenha por meta o planejamento sócio-econômico e o desenvolvimento e organização da comunidade com baixo padrão de vida, terá influência direta na melhoria da saúde da coletividade. Programas específicos, como aqueles destinados a influenciar a melhoria de certos fatores desfavoráveis do meio físico, do meio biológico, do meio cultural, podem propiciar uma elevação do padrão de saúde. Nelson de Moraes⁶, estudioso dos problemas de saúde de nosso país, apresenta em um de seus trabalhos a seguinte tabela, onde coteja fatores sociais de dois municípios paulistas e as respectivas vidas médias (em anos) ao nascer, de suas populações:

Algumas características dos Municípios de Rio Claro (Zona de Piracicaba)
e de Cunha (Zona do Alto Paraíba), Estado de São Paulo, 1950.

CARACTERÍSTICAS	RIO CLARO	CUNHA
Vida média (em anos) ao nascer	60,2	39,3
Vida média (em anos) na idade de 1 ano	64,1	49,5
Percentual de população urbana	72,2	6,0
Percentual de domicílios com água encanada ...	54,4	2,8
Percentual de domicílios com iluminação elétrica	79,0	0,8
Percentual de domicílios com aparelho sanitário	81,6	5,8
Número de pessoas por quarto de dormir	2,25	2,82
Percentual de analfabetos na pop. de 5 e + anos	25,7	76,2
Percentual de pessoas de 10 e + anos com curso completo :		
a) grau elementar	42,7	2,4
b) grau médio	4,7	0,3
c) grau superior	0,6	0,1
Percentual de pessoas com profissão liberal	0,4	0,0

Fonte : Nelson de Moraes.⁶

A contribuição em tela se inicia no diagnóstico de uma comunidade quando são estudadas e descritas as suas características sócio-econômicas, inclusive aquelas referentes às questões mais diretamente ligadas a problemas de saúde. Seria melhor para a coletividade substituir a Carta Sanitária, básica para o planejamento dos serviços de saúde por uma carta sócio-econômico-sanitária.

Qualquer diagnóstico, mesmo sem referência direta a problemas de saúde coletiva, tem valor relevante para o sanitarista, porque pode apontar-lhe fatores sócio-econômicos de importância para a resolução de problemas de saúde.

A contribuição seguinte, também de grande valia, será a elaboração de um sistema de prioridade, em primeiro lugar geral, e em segundo, específico para os problemas de saúde pública. O médico que trabalha na direção dos serviços locais de saúde pública não está ainda preparado, culturalmente, para compreender que, em certas circunstâncias, deve ser dada prioridade essencial a atividades não ligadas diretamente a problemas sanitários, colocando-se estes, na ocasião, em segundo plano. Este fato ocorre com as próprias autoridades municipais. Há certos traços culturais que revelam o anseio dessas autoridades em mostrar a elevação do "status" de sua cidade. Em 1945, quando chegamos dos Estados Unidos onde estivéramos durante dois anos, percorremos cidades do nosso Estado e ficamos surpresos ao observar semáforos instalados onde o trânsito não requeria tal medida. Pouco depois, com as facilidades de fornecimento de asfalto pelas usinas de petróleo, foi uma febre de melhoria das zonas

urbanas pela pavimentação das vias públicas. Na mesma ocasião, os dirigentes das maiores cidades tudo faziam para que particulares construíssem arranha-céus, quase sempre desnecessariamente, mas com a finalidade principal de mostrar que sua cidade já possuía característica de metrópole. Também nessa época, o Estado paternalista distribuía, ante a pressão política de legisladores locais ou estaduais, ginásios, escolas normais, serviços locais de saúde, tudo com a finalidade precípua de melhoria do "status" da cidade, sem qualquer diagnóstico, sem qualquer sistema prioritário.

As autoridades locais e os legisladores sedeados na Paulicéia, descobrindo que o Governo estadual atravessa um "boom" financeiro, calcado no grande desenvolvimento de nossa indústria, de nosso comércio, resolveram fazer pressão para que sejam distribuídas à vontade, a grande número de cidades, escolas profissionais, escolas superiores, conservatórios de música e até universidades. Esquecem essas autoridades que o ciclo econômico que atravessamos nos é favorável, que podemos entrar em ciclo de depressão, que a base da arrecadação estadual é um imposto indireto dos menos estáveis — o de vendas e consignações, que tem por fundamento a transação comercial.

Êsses fatos foram apontados para demonstrar que o desenvolvimento de nossos municípios tem sido feito ao acaso, sem qualquer diagnóstico sócio-econômico, sem qualquer plano de prioridades. A pressão política para criação de um estabelecimento de nível superior, mesmo sendo êste comprovadamente desnecessário, deve ser bem mais intensa do que aquela para a eletrificação da zona rural, para a melhoria da rede de estradas municipais, para ampliação do crédito agrícola, para a construção de silos, etc. Não é, pois, de admirar que médicos com funções de sanitaristas não acreditem em sistema de prioridade, geral para a comunidade e especial para as atividades de saúde. Os nossos alunos ficam surpresos por eu lhes dizer, desde 1946 que se torna desejável o adiamento da instalação de uma unidade sanitária polivalente, em uma determinada comunidade, para aproveitamento do mesmo dinheiro na construção ou reconstrução da rede de água, pois êste líquido é alimento vital, um meio para se realizar a higiene pessoal e elemento indispensável a certas indústrias. A simples instalação e manutenção adequada de uma rede pública de abastecimento de água contribui para a melhoria do padrão de vida da população urbana, fazendo diminuir a mortalidade por diarreias infantis, por doenças de origem hídrica, como a febre tifóide. Foi por essa razão que a Reunião de Punta del Este concedeu prioridade elevada — número 1 — em matéria de saúde, à criação ou reorganização de serviços públicos de água, na América Latina, dentro do plano da "Aliança para o Progresso".

Os órgãos locais, públicos ou privados, tais como hospitais, pams ou centros de saúde, postos de puericultura, dispensários de tuberculose e de lepra, exercem no Estado de São Paulo suas atividades isoladamente, sem planificação geral e, mesmo, com quase nenhuma coordenação de atividades. O planeja-

mento sócio-econômico e o desenvolvimento e organização da comunidade pode contribuir grandemente para que surja, em uma determinada comunidade, a etapa inicial da saúde pública: plano anual de saúde, com a participação de todos os órgãos interessados nesse setor de atividades públicas. O plano, além de apontar a meta a ser atingida, delimitará o campo de atividades de cada uma das agências interessadas diretamente nessas atividades, coordenará a ação desses órgãos para impedir — o que é comum entre nós — duplicação de pessoal, material e esforços, bem como delineará um sistema geral de controle e de avaliação dos resultados. Os serviços locais de saúde seriam organizados ou reorganizados para atender às necessidades do plano único de saúde, bem como para entrosar suas atividades com as de outros órgãos interessados no planejamento de outros setores sócio-econômicos, contribuindo para o desenvolvimento da comunidade e a melhoria de sua estrutura.

Uma das características culturais da sociedade norte-americana, apontada por vários autores, é a participação ativa do cidadão, homem ou mulher, nas atividades sociais de múltiplas agências. É assim que Ogburn e Nimkoff ⁷ mostram a existência em uma cidade de 17.000 habitantes, de 350 agências diferentes, em média. Afirmam esses autores:

“Nos Estados Unidos, o nascimento de associações tem sido particularmente digno de nota. De Tocqueville comentou-o em seu livro sobre a América, baseado em suas observações feitas por volta de 1830.

“Em nenhum país do mundo tem sido o princípio de associação usado com tanto êxito ou aplicado a tão grande multidão de objetivos, como na América.

“Os americanos de todas as idades, de todas as condições e de todas as inclinações, constantemente constituem associações. Eles têm não só companhias comerciais e fábricas, nas quais tomam parte todos, senão também associações de milhares de coisas — religiosas, morais, serias, fúteis, gerais, determinadas, grandes ou insignificantes. Os americanos fazem associações para proporcionar entretenimentos, para fundar seminários, para construir hotéis, para construir igrejas, para propagar livros, para enviar missionários aos antípodas; desta forma, fundam hospitais, prisões e escolas.

“Durante a última parte do século XIX, nos Estados Unidos a tendência para formar associações aumentou. Milhares de novas sociedades foram fundadas, e era raro o americano que não estava filiado a quatro ou cinco delas. O francês que visita os Estados Unidos na atualidade surpreende-se imediatamente ante o fenômeno dos clubes de mulheres, que não existem na França. Os Estados Unidos são a terra das convenções, dos “meetings” nacionais ou regionais das associações. Somente Chicago teve 860 convenções em 1948. Temos sido chamados *uma na-*

ção de associados, e nossas associações voluntárias se diz que são um baluarte contra o totalitarismo”.

Na América Latina, no Brasil e, conseqüentemente, em São Paulo, fatores culturais diversos, tais como herança ibérica, isolamento espacial, determinaram uma característica psicológica de nosso homem — o individualismo. O brasileiro participa de muito poucos grupos sociais, dos quais os mais comuns são a família e o grupo de trabalho. Nas zonas urbanas, sua participação é um pouco mais extensa, acrescentando-se um grupo recreacional ou esportivo e outro de amigos. Não procura interação em outros grupos sociais, participando muito pouco de nossa vida comunal. Dêste fato se origina outra de nossas características, principalmente nas cidades-vilas rurais, que representam a maioria em nosso Estado, como também de cidades médias e ainda de bairros de cidades maiores: o pequeno número de agências de instituições sociais e assim mesmo a pouca participação do cidadão comum na vida dessas agências que subsistem pelos esforços de uma minoria idealista ou pela ação de um grupo de beneficiários financeiros.

De outro lado, nota-se o crescimento contínuo do Estado, que conserva sua característica paternalista, tudo procurando dar sem nada pedir ao cidadão que, apercebida ou desapercibidamente, tem também a crescer a sua contribuição para a arrecadação dos impostos e taxas.

Qualquer programa de desenvolvimento de comunidade que procure dar novas características à estrutura social, que procure introduzir traços culturais favorecendo a criação de novas agências de instituições sociais e a participação ativa de um grupo cada vez mais crescente de cidadãos, beneficia direta ou indiretamente os serviços de saúde. A criação, por exemplo, de clubes agrícolas, de associações de pais de alunos, de sociedades de amigos de bairros, de agências religiosas ou para-religiosas para auxílio mútuo, de cooperativas de produção ou de consumo, de uma comissão local de urbanismo, etc., concorrem para o incremento do padrão de vida e, assim, indiretamente, para a melhoria do nível de saúde da coletividade. Por outro lado, quanto maior fôr o número de indivíduos com participação ativa em agências sociais, antigas ou novas, estas criadas dentro de um programa de desenvolvimento social, mais fácil se torna a ação das unidades sanitárias locais na procura de líderes que se tornem veículos de sua ação.

Os antigos programas de saúde pública, na primeira década dêste século, pouco dependiam da cooperação do indivíduo, pois ofereciam traços culturais utilitários, que eram aceitos quase sem discussão, como serviços públicos de água, hospitais para tratamento de pacientes internados ou não, etc. Com os primeiros programas de vacinação em massa, surgiu a necessidade de uma pequena cooperação dos indivíduos, que eram estimulados através de processos educativos calcados em técnicas áudio-visuais. Era uma fase que poderíamos

chamar de educação para o povo, sem a presença do educador. Posteriormente, na segunda década deste século, os serviços de saúde dos países tecnologicamente desenvolvidos tiveram a necessidade de procurar uma participação mais ativa da população, para que os integrantes de certos grupos etários — crianças e gestantes, por exemplo — que não apresentavam nenhum sintoma de doença, se dirigissem às unidades sanitárias para exame-médico-periódico. A educação era ainda dirigida para o indivíduo, mas também com a presença do educador, que se manifestava através de entrevistas individuais, na unidade sanitária ou no lar, de palestras coletivas, formais ou informais.

Durante a última guerra, verificou-se nesses mesmos países que a participação do povo era cada vez mais necessária nos programas sanitários. *A saúde pública deixou de ser feita para o povo, para ser praticada com o povo*⁵. E “à medida que os administradores de saúde pública foram compreendendo o valor da participação e do apoio da comunidade para atingir os objetivos de seus programas, começaram a procurar um especialista que os ajudasse nesse setor. Assim, surgiu o novo profissional chamado “Educador de Saúde Pública”⁵. Dos relatórios de Comitês de Peritos da Organização Mundial da Saúde^{8, 10 e 11}, entre outras, retiramos as seguintes funções do novo técnico:

- a) Realizar a análise, o estudo e o diagnóstico educativo dos problemas de saúde com base no levantamento das características sócio-econômico-culturais da comunidade. Este levantamento tem por fim habilitar o Educador de Saúde Pública a superar as barreiras psicológicas, sociais e culturais que interferem com as mudanças de comportamento da população, a criar no público interesse pela sua saúde e a ajudar esse mesmo público a reconhecer seus problemas de saúde, estimulando-o a participar de sua solução.
- b) Orientar a administração e execução do plano educativo dos programas de saúde, ocupando-se particularmente da coordenação das atividades de educação sanitária e da cooperação dos vários indivíduos e grupos envolvidos no programa. O Educador de Saúde Pública interpreta para o público, agências da comunidade e grupos profissionais os objetivos e serviços da sua agência de saúde, treina líderes e voluntários, mantém boas relações com agências e canais de comunicação da comunidade (escolas, hospitais, indústrias, rádio, televisão, imprensa, etc.), investiga reações negativas a atividades educativas.
- c) Prestar assessoria técnica junto às agências e serviços de saúde, escolas, associações e outros em relação ao planejamento e execução dos aspectos educativos dos seus programas.

Destacamos essas funções que são similares às dos demais técnicos interessados em programas de desenvolvimento de comunidade, com a diferença de que, pela sua formação profissional, pelo seu trabalho em agência especializada, focaliza o educador de saúde pública aspectos relacionados ao binômio saúde-doença.

Podemos concluir que o nível sanitário do Estado de São Paulo vai-se elevando vagarosamente, graças, nesta fase evolutiva, da saúde pública, à elevação também vagarosa do padrão de vida. A Medicina contribuiu um pouco para essa melhoria, com o aparecimento das sulfas e dos antibióticos, que hoje são largamente utilizados, não apenas pela classe médica e farmacêutica, como ainda pelos curandeiros profissionais ou amadores. Não é de desprezar, também, a ação da melhoria da técnica cirúrgica, que tantos benefícios ocasiona a uma minoria de cidadãos que têm necessidade de se socorrerem dela. Nas últimas duas décadas a ação dos serviços de saúde pública na elevação dos níveis sanitários de nosso Estado se faz sentir apenas na prevenção de certas doenças através da imunização, de outras medidas profiláticas específicas, do tratamento dos pacientes com certas doenças infecto-contagiosas crônicas, como a tuberculose, a lepra, a sífilis, etc., combate a certos vetores, como os responsáveis pela transmissão da malária ou da doença de Chagas, bem como da farta distribuição de leite para crianças, por intermédio das unidades sanitárias locais.

O processo de melhoria de nosso nível sanitário pode ser acelerado através do planejamento sócio-econômico e do desenvolvimento das comunidades, das quais os problemas de saúde representam um dos muitos que devem ser resolvidos, com a participação de uma maioria de cidadãos, para o soerguimento de nosso padrão de vida e, conseqüentemente, mudança de certos traços culturais maléficos à nossa saúde, ligados à alimentação, à higiene pessoal, à profilaxia de doenças transmissíveis, à proteção integral da criança.

RESUMO

A saúde pública deve partir da comunidade e não ser organizada para a comunidade.

Apesar de o Estado de São Paulo estar, economicamente, em alguns aspectos da fase de "transição", de Rostow, apresenta mais características da fase de "arranco", com uma industrialização sempre crescente, acompanhada de rápida urbanização. A população rural do Estado era, em 1940, 55,9% do total; 20 anos após, em 1960, constituía apenas 37,2%.

Do ponto de vista da saúde pública, o Estado de São Paulo apresenta índices que o situam entre as regiões de baixo nível sanitário, de acordo com

os seguintes indicadores: (1) percentual de óbitos mal ou não definidos ao redor de 30%; (2) vida média ao nascer, em anos, no período de 1940-1950, de 47,2 para o sexo masculino e 51,2 para o feminino; (3) 29,6% das cidades não possuíam, em 1960, rede de abastecimento de água e 67,5%, na mesma época, não dispunham de rede pública de esgotos; na própria Capital do Estado, com seus quase 4.000.000 de habitantes, em 31-12-1960, 30% da população não era servida por rede de água e 58% não contava com rede de esgotos; (4) a mortalidade infantil, em 1959, foi de 82,3% no Estado; (5) dados de 1960 mostram que em 69,5% dos municípios encontraram-se triatomídeos transmissores da doença de Chagas, sendo que em 24% dos municípios esses vetores estavam naturalmente infectados.

O processo de melhoria do nível sanitário do Estado de São Paulo pode ser acelerado através do planejamento sócio-econômico e do desenvolvimento das comunidades, cujos problemas de saúde representam um dos muitos que devem ser resolvidos.

SUMMARY

Public Health should be planned by the community, not for the community.

Although the State of São Paulo is, economically, in some aspects in the transition phase according Rostow, it presents many characters of the take off phase, with a continually growing industrialization accompanied by rapid urbanization. Rural population was in 1940, 55,9% of the general population; twenty years later, only 37,2%.

From the public health point of view, the State of São Paulo presents health indices that place it among regions of low health level such as:

- 1) ill defined deaths around 30%;
- 2) life expectance at birth, in years, for the 1940-1950 period, of 47,2 for males and 51,2 females;
- 3) 29,6% of cities did not have, in 1960, public water supply and 67,5%, at the same time, did not have a sewerage system; in the State Capital itself, with 3.800.000 inhabitants. (December, 31st, 1960) 30% of the population did not have the benefit of public water supply and 58% did not have sewerage system;
- 4) infant mortality rate, in 1959, was 82,3, in the State;
- 5) data for 1960 show that Chaga's disease vector were found in 69,5% of municipalities and in 24% of those areas, these vectors were found infected.

The improvement of health level in the State of São Paulo can be enhanced by socio-economic planning and community development, the health problems of which represent a few of the many problems which must be solved.

BIBLIOGRAFIA

1. HORWITZ, A. La salud en las Americas y la Organización Panamericana de la Salud. Washington, Oficina Sanitária Panamericana, 1960.
2. LEAVELL, H. R. & CLARK, E. G. Preventive medicine for the doctor in his community. 2nd ed. New York, Mc-Graw Hill Book Co., 1958. 689p.
3. MASCARENHAS, R. S. Indicadores de saúde para regiões subdesenvolvidas. *Arq. Hig. Saúde públ. (S. Paulo)*, 26 (90) : 291-303, dez. 1961.
4. ————— & PIOVESAN, A: O conceito de integração aplicado à medicina e à saúde pública. *Arq. Hig. Saúde públ. (S. Paulo)*, 26 (89) : 179-198, set. 1961.
5. —————; TEIXEIRA, M. S. & MARCONDES, R. S. Funções do pessoal de enfermagem e educação sanitária nos serviços de saúde pública. *Arq. Hig. Saúde públ. (S. Paulo)*, 27 (93) : 191-204, set. 1962.
6. MORAES, N. L. A. Níveis de saúde de coletividades brasileiras. *Rev. SESP*, 10 (2) : 403-497, dez. 1959.
7. OGBURN, W. F. & NINKOFF, M. F. Sociologia; traducción de la 2.^a ed. americana... Madrid, Aguillar, 1955. 811p.
8. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Expert Committee of Health Education of the Public. First report. Geneva, OMS, 1954. 41p. (Tech. Rep. Ser. 89).
9. ————— Measurement of levels of health. Geneva, WHO, 1957. (Tech. Rep. Ser. 137).
10. ————— Comité de Expertos en Formación del Personal de Sanidad para la Educación Sanitária Popular. Geneva, OMS, 1958. 44p. (Ser. Inf. tec. 156).
11. ————— Comité de Expertos en Enfermeria. Quarto informe. Genebre, OMS, 1959. 36p. (Ser. Inf. tec. 167).
12. PAULA SOUZA, G. H. A Organização Mundial da Saúde. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1948. 56p.
13. ROSTOW, W. W. Etapas do desenvolvimento econômico. Rio de Janeiro, Zahar [1961]. 227p.
14. WINSLOW, C-E. A. The untilled fields of public health. *Modern Med.*, 2 (3) : 183-191, March, 1920.