CADERNOS DO POVO BRASILEIRO

16

Aguinaldo N. Marques

DE QUE MORRE O NOSSO POVO?

0981
8d
80/IFCH/

ERRATA

	onde se lê:	leia-se:
pág. 28, 13.ª linha	foi idealizado	foi realizado
" 35, 4.º par., 1.ª linha	Mas por que teria acontecido isto no Brasil?	Três são os medicamentos fundamentais no tra-
" 43, 3.º par., 8.ª linha	essas crianças nunca serão pessoas	essas crianças nunca mais serão pessoas
" 47, 2.º par., 10.ª linha	na Bahia)	na Paraíba) 528 e 384 * Pão de Açúcar (Alagoas) 417 e 273 * Ilhéus 153 e 111 e Banco da Vitória 439 e 316 (ambas na Bahia).
" 50, 1.º par., 11.ª linha	lováquia 82	lováquia 8,2
" 55, 2.º par., 8.ª linha	o leite falta no pôsto	o leite falto no Pôsto
" 64, 1.º par., 7.ª linha	tido quantitativo	tido qualitativo
" 68, 1.º par., 2.ª linha	ao lactente e abordandoo a gravidade da imortalidade	ao lactente e abordando a gravidade da mortalidade
" 70, 2.º par., 6.ª linha	or inspiração divina a produzir	por inspiração divina ou o que quer que seja, a produzir
" 85, 4.º par., 2.ª linha	meçaram a entrar com mais intensidade de Aris-	meçaram a entrar com mais intensidade e desembaraço. Quem quiser saber como isto se passou, poderá consultar os trabalhos de Aris-
" 103, 1.º par., 6.ª linha	Movimento Castrista	Movimento Cartista
" 103 5.º par., 1.ª linha	As migrações intensas	As migrações internas
" 113, 1.º par., 17.ª linha	não querem colegas	não querem como colegas
" 121, 1.º par., 2.ª linha	limentação cultural	alienação cultural
" 138, 1.º par., 1.ª linha		

De que morre o nosso Povo ?

CADERNOS DO POVO BRASILEIRO

Diretores:
ÁLVARO VIEIRA PINTO
ÊNIO SILVEIRA

Vol. 16

desenho de capa:
EUGÊNIO HIRSCH

Exemplar № 09632

Direitos desta edição reservados à
EDITÔRA CIVILIZAÇÃO BRASILEIRA S. A.
Rua 7 de Setembro, 97
RIO DE JANEIRO

1 9 6 3

Impresso nos Estados Unidos do Brasil
Printed in the United States of Brazil

AGUINALDO N. MARQUES

DE QUE MORRE O NOSSO POVO?

EDITÔRA CIVILIZAÇÃO BRASILEIRA S. A.
RIO DE JANEIRO

UNIDADE - IFCH
N.º CHAMADA 614.0981
M 348d
V. EX
TOMBO B 374780
PROC.
C [ ] D [X]
PREÇO
DATA
Nº CPD

CM-00120477-5

ÍNDICE

CAPÍTULO I

As Doenças e os Doentes do Brasil 9

CAPÍTULO II

As Doenças que Destróem a Saúde e a Vida do Povo Brasileiro 24

CAPÍTULO III

O Imperialismo e o Latifúndio como Causas Principais de Doenças e de Morte no Brasil 68

CAPÍTULO IV

A Ação das Classes Dominantes no Terreno da Saúde — As Soluções Hipòcritamente Propostas 100

CAPÍTULO V

Como Resolver de Fato os Problemas de Saúde do Povo Brasileiro 143

CAPÍTULO I

As Doenças e os Doentes do Brasil

Até hoje, o problema das doenças que atacam e destróem a maioria do povo brasileiro tem sido, quase sempre, discutido como fato isolado, como fenômeno desvinculado da totalidade a que pertence. A não ser poucas pessoas e instituições, cujo pensamento custa muito a chegar ao povo e aos próprios médicos, só se pensa e se age segundo êste modo de ver.

É comum ouvirmos declarações como estas: "vamos acabar com as verminoses"; "vamos acabar com a fome"; "vamos acabar com a paralisia infantil", como se êsses estados mórbidos existissem sòzinhos, sem relação com o resto dos problemas humanos da mais variada natureza, sobretudo os econômicos e sociais, ou como se fôsse possível, resolvendo aquêles, resolver todos os demais.

Quando, por exemplo, se promove uma festa de caridade para ajudar um orfanato, um hospital, uma maternidade, vários erros estão sendo cometidos: 1.º) não é com medidas simplórias — e êste é o principal engano — e isoladas que problemas de tamanha gravidade vão ser resolvidos; 2.º) entorpecimento dos interessados, dando-lhes a falsa impressão de que por êstes meios os seus problemas serão resolvidos; 3.º) não

há a menor intenção, da parte dos promotores e participantes de tais ofertas, em resolver aquêles problemas; 4.º) faz-se larga exibição de intenções hipócritas, fàcilmente identificáveis; 5.º) humilha-se os pobres, mediante o expediente de lhes dar como esmola aquilo que, afinal de contas, é de seu direito.

Claro está, alguns dos promotores são bem intencionados, supondo sinceramente estarem contribuindo para solucionar os ditos problemas. Entretanto, esquecem dois fatos elementares: há centenas de anos êsse tipo de assistência vem sendo executado, não dando por si só, qualquer resultado até hoje; a simples ostentação, nestas ocasiões, constitui vexatório contraste com a situação daqueles supostos assistidos.

Contudo, a forma caritativa de se encararem as questões de saúde não existe por acaso! Faz parte de vasto e duradouro plano elaborado por certas pessoas e grupos que vivem e tiram proveito das situações de doença e pobreza do povo.

É preciso, pois, entenderem-se duas proposições essenciais:

1.ª — Não é possível a apreciação dêstes fenômenos isoladamente, pois tal condição não existe. Quer dizer: não há nada no mundo, por mais simples que seja, que se apresente desvinculado ou sem relação com outros fatôres. O estudo e a solução de cada questão só podem ser feitos levando-se em conta tôdas as demais ou, pelo menos, as mais próximas e afins.

Dentro, portanto, dessa linha de pensamento, a única certa e compatível com a realidade, concluímos que a saúde está indissolùvelmente ligada à educação ao bem estar social e, sobretudo à, economia. Para o fiel entendimento do problema da saúde temos de conhecer também o que se passa nesses três outros terrenos, cujos aspectos principais são: grau de analfabetismo, grau de instrução das populações, consumo de bens materiais e intelectuais (energia, aço, livros, água encanada, moradia, cinema, teatro, etc.), renda *"per capita"*, renda interna, renda nacional, produto nacional bruto, produção de aço, energia, papel, petróleo e produtos derivados, indústria pesada, alimentos e muitos outros.

2.ª — As formas distorcidas de análise dos problemas de saúde, não levam a nada de construtivo e útil para o povo. Ao contrário, fazem permanecer as mesmas situações de miséria e doença da maior parte da população brasileira, bem como a utilização dêste estado por parte dos que vivem e se mantêm à custa dêle.

Não podemos deixar de lembrar a circunstância de que muitos daqueles que emitem opiniões deformadas sabem que estão errados, mas o fazem ou porque são mandados ou porque têm interêsses diretos, cuja manutenção só é possível com a existência da grande massa de doentes e sofredores. Outros o fazem por ingenuidade ou ignorância. Todos, porém, prestam os piores serviços ao povo.

* * *

Na vida, o homem empreende uma batalha constante para domar os aspectos nocivos da natureza. Se esta oferece muita cousa boa, impõe-nos, também, muita cousa ruim. E o homem, para sobreviver, tem de dominá-la, aperfeiçoando os bons efeitos e eliminando ou corrigindo os prejudiciais.

Desde o início de sua existência na face da terra, desde que dispõe de inteligência, sobrepujando com tal qualidade os outros animais, o homem outra cousa não tem feito senão progredir e se desenvolver. A inteligência não pára, a História não pára. Querer

considerar o homem como criatura estática, imóvel ou isolada é êrro que deve ser definitivamente repudiado.

O homem de hoje não é o mesmo de ontem. Velhas células deram lugar a novas; as primeiras morreram, as últimas sobrevivem e amanhã morrerão, sendo o seu lugar ocupado por outras... A água circulante no corpo, no dia de ontem, foi eliminada pela respiração, pelo suor, pela urina, pelas fezes e substituída, em seguida, pela ingerida hoje. Como o ser humano, tudo o mais. Dessa, e não de outra maneira, o homem deve ser considerado.

Inúmeros são os fatôres desfavoráveis da natureza. Entre êles contam-se as doenças. O homem as tem combatido através dos séculos, criando e aperfeiçoando os meios para eliminá-las, atingindo progressos extraordinários. Isto é fruto de sua condição de ser pensante e inteligente.

Graças a tais progressos, as doenças, em sua maioria, já estão dominadas pela ciência e pela técnica a serviço da medicina. No Brasil e nos demais países subdesenvolvidos, onde depende apenas de compreensão, desejo, empenho e, por conseguinte, de despesas e de certas mudanças sociais, êsses resultados ainda não foram alcançados.

O combate às doenças se faz por meio da pesquisa, de que resultam os medicamentos e outros recursos preventivos e curativos. Muitos métodos foram descobertos e estão sendo aplicados há dezenas de anos.

As doenças sôbre as quais a medicina humana já pode atuar com êxito, quase absoluto, são as infecciosas ou as produzidas por micróbios (protozoários, fungos, bactérias, ricketsias e vírus); as parasitárias ou produzidas por vermes e por certos insetos (môscas); e as carenciais ou produzidas pela falta de certos princípios alimentares: proteínas, vitaminas, ferro, etc.

Várias das que são causadas por micróbios transmitidos por certos animais (môscas, mosquitos, besouros, pulgas, ratos, etc.), podem ser dominadas pela extinção dêsses transmissores; tais são a malária, a doença de Chagas, a febre amarela, a peste bubônica, a esquistosomose, etc. Outras podem ser prevenidas por meio de vacinas ou sôros (varíola, paralisia infantil, sarampo, tétano, difteria, raiva, etc.).

Em resumo, para a maioria das doenças já foram descobertos os meios de curá-las ou de evitá-las. Existem ainda aquelas para as quais não foram descobertos êsses meios. Todavia, muitas delas podem ser atenuadas e de certo modo evitadas se ao homem fôr dado uma vida equilibrada, com o mínimo de problemas, mòrmente emocionais. Tais são, por exemplo, a hipertensão arterial, o enfarte do miocárdio, a úlcera do estômago, algumas doenças mentais, as alergias e outras.

Restam, finalmente, aquelas, como o câncer, para as quais a cura é difícil e cuja prevenção só pode ser feita muito no início da enfermidade, começando-se, assim, evitar em alguns casos, a sua propagação e em outros dilatar a vida do paciente.

Na infância dá-se a mesma cousa. As doenças infecciosas e parasitárias, do mesmo modo que nos adultos não constituem mais problema do ponto-de-vista da ciência e da técnica, pelo menos para a maioria esmagadora das enfermidades. Há uma doença responsável pelo maior número de mortes de nossas crianças, principalmente no primeiro ano de idade. É aquela muito conhecida em todo o País, constituí-

da por diarréia, vômitos e desidratação (*), que o povo chama de gastrenterite ou simplesmente "gastro". Cientificamente, é denominada dispepsia aguda e toxicose. Não há razão para esta doença matar tantas crianças porque as suas causas e os meios de evitá-la e de curá-la, são perfeitamente conhecidos. Dela falaremos depois.

Das doenças de fome, há outra na infância chamada pelagra infantil, distrofia pluri-carencial hidropigênica ou kwashiorkor (**), causada pela falta de um princípio alimentar chamado proteína, contido na carne, no ôvo, no leite, no peixe, etc. A criança fica inchada e com a pele descascada. A falta dessa mesma proteína no alimento da criança abaixo de 1 ano, quando a alimentação mais importante é o leite, raramente leva à inchação. A criança, entretanto, vai perdendo a gordura, ficando magrinha (distrofia) e acaba desaparecendo a gordura das bochechas (atrofia), tornando-se um esqueleto coberto de pele.

Resumindo, vimos que, atualmente, as doenças podem ser divididas em três grupos: 1.º) as que têm cura ou podem ser evitadas de maneira quase absoluta; 2.º) as que não têm cura, mas podem ser atenuadas e em parte evitadas, se ao homem forem dadas condições de vida verdadeiramente humanas; 3.º) as de cura ou prevenção difícil ou quase impossível.

As do 2.º grupo, uma vez instaladas, podem ter seus efeitos diminuídos e dar ao seu portador muitos anos de vida se êle puder fazer um tratamento bem

(*) Desidratação quer dizer perda de água. A criança (ou adulto) vai evacuando e vomitando, e perdendo a água do corpo, juntamente com o sódio, cloro e potássio e acaba morrendo por causa dessas perdas.

(**) Denominação aprovada e recomendada pela Organização Mundial de Saúde e a mais correta na opinião do Autor.

feito e demorado, levar vida calma, de modo a manter-se equilibrado e ser atendido ao menor sinal de alarme. Êstes tratamentos são muito caros. Os exemplos mais comuns destas doenças são a hipertensão arterial e o diabete. Atualmente, no Brasil, podemos conseguir êsses estados de equilíbrio nos indivíduos ricos ou mesmo remediados. Para os pobres é impossível.

Feita esta diferenciação e dadas estas explicações, vejamos, agora, como podem ser avaliadas as condições de saúde do povo. Os principais recursos usados para tal fim são os índices ou coeficientes. Os mais comuns são os seguintes:

1 — Coeficiente de mortalidade geral
2 — Coeficiente de mortalidade infantil
3 — Índices de morbidade das várias doenças
4 — Índices de mortalidade das várias doenças
5 — Coeficiente de natimortalidade ou mortinatalidade
6 — Coeficiente de mortalidade materna
7 — Perspectiva de vida ou vida média.

Chama-se coeficiente de mortalidade geral, o número de mortes ocorrido em certo lugar, em determinada unidade de tempo, relacionado a 1.000 habitantes. A unidade de tempo, habitualmente usada é o ano, tanto neste como nos demais casos. Por exemplo: quando dizemos que o C.M.G. nos Estados Unidos, em 1956, foi de 9,4 por mil, queremos dizer que naquele ano de 1.000 americanos morreram 9,4 ou de 10.000 americanos, morreram apenas 94.

Coeficiente de mortalidade infantil é o número de crianças mortas até 1 ano de idade, em determinado lugar, com relação a 1.000 crianças nascidas vivas.

Quando dizemos que o C.M.I. na cidade de Terezina, em 1960, foi de 298,8 por 1.000, queremos afirmar que naquele ano, de 1.000 crianças nascidas vivas naquela cidade, 298,8 morreram antes de completar o primeiro ano de vida. Ou seja, se tivessem nascido naquele ano 10.000 crianças, 2.988 teriam morrido nesta fase da vida.

Índice de morbidade é o número de pessoas atacadas de determinada doença em dada unidade de tempo sôbre 100.000 habitantes da mesmo localidade. Quando se lê que o índice de morbidade da lepra no Amazonas é de 550 por 100.000 habitantes, quer-se dizer que de cada 100.000 residentes naquele Estado 550 são leprosos.

Índice ou coeficiente de mortalidade das várias doenças é o número de pessoas mortas por determinada doença, em certo lugar, sôbre 100.000 habitantes. Quando se diz que o índice de mortalidade por tuberculose no Brasil é de 83,3 por 100.000 habitantes está-se dizendo que em determinado ano de cada 100.000 habitantes 83,3 morreram de tuberculose.

Coeficiente de natimortalidade ou mortinatalidade é o número de criancinhas nascidas mortas relativamente a 1.000 nascidas vivas na mesma época e no mesmo lugar. Em 1953, o C.M. na cidade de Vitória foi de 90,6 por 1.000, isto é, a cada grupo de 1.000 crianças nascidas vivas corresponderam 90,6 crianças nascidas mortas.

Coeficiente de mortalidade materna é o número de mães mortas por motivo do parto, em 1.000 nascidos vivos. Em 1953, o C.M.M. em Terezina foi de 12,5, isto é, em 1.000 nascidos vivos naquele ano, naquela cidade, quase 13 mães perderam a vida.

Perspectiva de vida ou vida média de uma população é a média de idade alcançada por esta população num tempo determinado. Para ser obtida, divide-se a soma das idades de todos os indivíduos mortos no período considerado pelo número de mortos e obtem-se assim a vida média daquela comunidade. Dizer que a perspectiva de vida no Nordeste é de 33 anos, significa que no ano considerado, morreu determinado número de indivíduos, cujas idades, somadas e divididas por êste número deram em resultado 33. Por exemplo: em certo lugar, morreram em 1 ano 300 indivíduos de 0 a 90 anos, cujas idades somadas totalizam 9.000. Dividindo 9.000 por 300 teremos 30. Então, a perspectiva de vida desta população é de 30 anos.

O leitor já pode, com estas informações, compreender o que vem a seguir. Vejamos agora o panorama sanitário do Brasil.

Ao estudar-se a ocorrência das doenças no Brasil, quatro observações devem ser feitas logo de início.

1.ª) — As estatísticas são falhas (atributo de qualquer país subdesenvolvido). Tôdas elas e, no nosso caso, as de nascimentos, doenças e óbitos são mantidas falhas porque nas sociedades simples são desnecessárias, e porque as classes dominantes dêstes países, para manterem o contrôle e o domínio, deixam-nas, assim, incompletas e duvidosas.

2.ª) — As doenças que mais atacam e matam o povo brasileiro são aquelas cujo tratamento e prevenção já foram há muito encontrados. Não é preciso ser médico para saber que se houver saneamento das regiões ou drenagem dos pântanos a malária acaba. Se houver esgotos ou privadas não haverá mais tifo, disenterias ou doenças por vermes. Se houver vacinações não haverá mais tétano, coqueluche, difteria (crupe), varíola, etc., ou tôdas elas ficam extremamente reduzidas.

3.ª) — Os ricos, em geral, são atacados pelas doenças dos 2.º e 3.º grupos ou se são atacados pelas do 1.º, curam-se logo. Os pobres, ao contrário, são em grande maioria atacados pelas do 1.º.

4.ª) — Os médicos são formados e orientados não pròpriamente para servirem ao povo brasileiro, tomado em sua maior expressão numérica, mas para atenderem à minoria rica que pode pagar.

Com relação ao item 1.º, sabemos que as dotações e os cuidados dedicados aos órgãos de estatística, por parte do Govêrno, são ainda muito precários. De alguns anos para cá, desde o início do processo de industrialização, foram criados ou aumentados alguns órgãos que vêm prestando excelentes serviços, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e a Fundação Getúlio Vargas. Êstes recebem a atenção do Govêrno na medida em que a classe dominante exige. Porisso, já se pode dispor de razoáveis estatísticas econômicas e demográficas. Como, porém, os problemas de saúde ainda não constituem para a classe dominante, motivo de importante preocupação às estatísticas de saúde são recusadas as atenções devidas.

Em todo o mundo capitalista, os recursos médicos são distribuídos de acôrdo com as conveniências das suas classes dominantes. Quando, por exemplo, Rockfeller precisa de mercado para o querosene ou para a gasolina, associa-se à classe dominante do país que deseja conquistar e emprega grandes recursos para saneamento de zonas de impaludismo ou de febre amarela, por exemplo. Salvando das doenças e da morte um número maior de futuros consumidores suas vendas aumentarão, e dentro de pouco tempo a despesa é amplamente compensada com os lucros das vendas daqueles produtos.

Vê-se por aí que é uma conclusão errada, decorrente daquele vício de pensar e estudar os problemas de saúde separadamente dos demais, presumir-se que o Govêrno pode empregar os recursos à vontade para solucionar os problemas de saúde, sem a rigorosa dosagem que lhe é imposta pelas classes sociais que êle representa. Basta verem-se as verbas para a saúde nos orçamentos federal, estaduais e municipais. Quem faz êstes orçamentos? Os deputados, senadores e vereadores. Quem na realidade os elege? Os industriais, os latifundiários, os comerciantes, os banqueiros, etc. Parte do povo vota, mas êstes votos por diversas maneiras são influenciados por aquêles grupos. Veja-se, a propósito, o admirável trabalho desta Coleção, "Quem Faz as Leis no Brasil?", de autoria do Desembargador Osny Duarte Pereira.

Outra característica importante das condições de saúde no Brasil é a sua extrema variedade de Norte a Sul. Em certas regiões encontram-se índices alarmantes, como no Norte e no Nordeste. Em outras, níveis razoáveis. Em todos os casos, a não ser em comunidades muito limitadas ou nas classes sociais favorecidas, não há sequer índices satisfatórios, quanto mais bons e, muito menos, ótimos. No próximo capítulo êste assunto será examinado. Veremos que os índices sanitários negativos são tanto mais altos, quanto piores as condições econômicas da região considerada.

Os recursos terapêuticos e os processos de diagnóstico foram infinitamente melhorados nos últimos anos. Quase tôdas as doenças podem ser hoje rigorosamente diagnosticadas e muitas delas curadas ou atenuadas em seus efeitos. No entanto êsse progresso vem ocorrendo à custa do aumento dos preços dos métodos diagnósticos (laboratórios, Raios X, etc.) e

dos medicamentos. Para se diagnosticar corretamente, hoje em dia, não basta a simples presença do médico e o clássico exame clínico como outrora. Embora a opinião do médico continue soberana porque só as suas faculdades intelectuais têm podêres para coordenar e interpretar os resultados, a simples ação pessoal já não resolve a maioria dos problemas clínicos. Em compensação um número incomparàvelmente maior de doenças pode ser diagnosticado e mesmo dentro de cada doença, as suas variedades clínicas e os seus diferentes estados. Esta precisão, em cada caso, determina medidas diferentes, desde a simples aplicação de remédios ou repouso, até a alta cirurgia. Antigamente, por exemplo, a maioria dos tumores do pulmão era rotulada de tuberculose. Como tanto uma doença quanto a outra não tinham cura, dava no mesmo. Hoje, tanto a tuberculose como os tumores benignos têm cura e mesmo o câncer operado no início dá uma sobrevida relativamente grande. Daí a importância indiscutível do diagnóstico preciso.

Exemplifiquemos com o moderno fenômeno da resistência bacteriana aos antibióticos. Numa doença causada pêlo mesmo gérmen (bactéria), o mesmo antibiótico pode não servir em todos os casos. Tomando-se dois indivíduos atacados de tuberculose, pode acontecer que para um dêles a estreptomicina seja eficaz e para o outro não. Isto quer dizer que houve nesses dois casos duas raças do mesmo bacilo (de Koch), uma sensível à estreptomicina (o 1.º), e outra resistente (o 2.º). Se no segundo caso insistirmos na estreptomicina, o indivíduo acabará morrendo. Pois bem, para se estabelecer o conhecimento dessa diferença de raças microbianas, indispensável à vida dêsses doentes, é necessário um exame especial de laboratório,

para se saber qual o medicamento a ser aplicado. Antigamente não havia isso.

Assim, se por um lado podemos salvar a vida de maior número de doentes, por outro há o inevitável enrarecimento dos meios diagnósticos. Verifica-se que a grande maioria do povo brasileiro está privada de exames como êstes. O resultado é, entre outros, o grande número de tuberculosos resistentes e incuráveis perambulando pelas ruas, contaminando os circunstantes e esperando o seu dia de morrer. Isto numa época em que tal fato de nenhum modo deveria acontecer. Se o tuberculoso fôr precoce e corretamente tratado, assistido e alimentado, estará radicalmente curado em poucos meses. Quando a tuberculose acomete um rico no Brasil, a cura é rápida e radical.

Para as doenças causadas por vermes, a situação mudou muito nos últimos tempos. Hoje, para cada espécie de verme há quase um medicamento diferente, com possibilidades quase absolutas de cura. Muito mais eficaz do que êstes medicamentos entretanto, é o saneamento, ou seja a existência de privadas, de esgôtos, de água encanada e limpa e de bons hábitos de higiene. Aí, sim, essas doenças seriam completamente extintas. Por enquanto, os índices de verminose são vergonhosos e os métodos de que se lança mão para tratá-la não trazem solução alguma.

Não só nas zonas rurais como nas urbanas, êste grave problema não vem sendo encarado nem resolvido na mesma proporção do desenvolvimento econômico. É verdade que os índices caíram nas regiões mais desenvolvidas, mas não nas proporções que seria lícito esperar.

Nas zonas rurais, as medidas e as soluções postas em execução são realmente ridículas, quando não prejudiciais. O simples fato de se dar remédios contra

os vermes sem ao mesmo tempo efetuar-se o saneamento, por si só constitui fator de disseminação da própria doença. O indivíduo toma o remédio. A cura consiste precisamente em eliminar os vermes e seus ovos pelas fezes. Não havendo privadas nem esgotos, êle evacua no mato em cima da terra. Posteriormente, outros indivíduos ou êle próprio passam descalços naquele lugar ou comem verduras ou frutas aguadas com a água que passou por ali, ou bebem essa mesma água. O resultado é outra infestação para êle ou uma primeira para quem ainda não a teve. Repete-se, assim, um nunca acabar de infestações.

Nas zonas urbanas, nôvo fator veio agravar o problema, inclusive em relação a outras doenças, como a hepatite infecciosa e o tifo. Estas populações urbanas aumentaram extraordinàriamente (v. censo de 1960). A urbanização, em face dêstes aumentos, obedeceu a finalidades exclusivamente lucrativas e gerou as condições anárquicas e anti-higiênicas das grandes cidades. À conhecida filosofia do lucro desenfreado juntou-se a especulação imobiliária. As prefeituras locais tornaram-se prisioneiras dos interêsses imobiliários e, em certos casos, contribuíram diretamente para isto, incentivando as construções; a desordem se completou com a sonegação de impostos, a luta desleal pela menor nesga de terreno e da subversão das mais comezinhas normas de urbanismo e higiene.

Na especulação imobiliária os maiores crimes são cometidos diàriamente, sobretudo, nas grandes cidades. Algumas, de cêrca de 250.000 habitantes, como Niterói, não dispõem de esgotos em condições adequadas. Nesta cidade, por ocasião das eleições de 1962, as emprêsas imobiliárias se reuniram e constituíram um fundo especial, conhecido na gíria política

como "caixinha", com o fim de elegerem um prefeito de sua confiança para realizar os desígnios maléficos. Felizmente, não foi eleito. Também não precisava, pois sabemos que nas condições políticas atuais, qualquer dirigente eleito para cargos municipais, executará de boa ou de má vontade, as determinações daquelas emprêsas. Em 1961, nesta mesma cidade, foi destituído um prefeito que tentou se opôr às exigências daquelas e de outras organizações comerciais e industriais.

De tudo isto se conclui que no Brasil prevalecem as doenças cuja cura ou prevenção não constituem dificuldades para a ciência ou para a técnica. Os doentes são os pobres e os remediados, o que corresponde a afirmar, a maioria esmagadora da população. Os adultos pobres (operários, camponeses, biscateiros, favelados, maloqueiros, habitantes dos mocambos, dos cortiços e porões e suas famílias) quase só são atacados por doenças infecciosas, parasitárias e de carência. A infância, de fome, diarréia, vômitos e vermes. Nas classes médias, esmagadas pelas dificuldades econômicas, além dessas, vêm aumentando ùltimamente as doenças mentais, sob a forma de neuroses de angústia e várias formas frustras.

Enfim, as doenças no Brasil, em sua maioria, podem e devem ser prevenidas e curadas, poupando ao povo tantas desgraças.

CAPÍTULO II

As Doenças que Destróem a Saúde e a Vida do Povo Brasileiro

1 — *As Protozooses* — Entende-se por protozoose a doença produzida por protozoário. Protozoário quer dizer animal de uma só célula (*) .

Há uma doença conhecida por disenteria amebiana que determina primeiro um quadro agudo, com febre e diarréia intensas, violentas cólicas abdominais e complicações graves no fígado. Se o indivíduo é atendido e curado logo no princípio, tudo está bem. Mas se não é tratado ou se é mal tratado, a doença pode matar ou se tornar crônica e, neste caso, o doente terá a vida transformada em verdadeiro inferno, em virtude dos padecimentos que sofrerá, já não havendo possibilidade de cura.

É uma doença de falta de higiene, transmitida pela água contaminada, verduras tratadas com água suja e pelas môscas. É muitíssimo comum em certas

(*) O reino animal é dividido em animais de uma célula (protozoários) e de mais de uma célula (metazoários). Os protozoários são a forma de vida mais simples do reino animal. Partindo de uma só célula, a série animal vai se desenvolvendo e aperfeiçoando até atingir o homem, sua mais elevada forma.

capitais, como Belém, Fortaleza e Maceió. Embora não se saiba com exatidão a sua freqüência, em virtude da pouca atenção dada aos problemas de saúde pública em nosso País, todos os clínicos, laboratoristas e proctologistas (**) sabem o quanto é freqüente. É ocorrência diária nos ambulatórios e consultórios médicos. Sua prevenção é facílima por meio do tratamento das águas, da existência de esgotos, do contrôle das môscas e do lixo.

O Professor Samuel Pessoa, grande autoridade brasileira em doenças parasitárias, menciona pesquisas efetuadas em 1952 e 1953 no Ceará, em Aracaju e Araraquara, obtendo em exames de fezes, 25,2%, 15% 17,8% de casos positivos, respectivamente. Temos a impressão de que, atualmente, pelo menos no Nordeste, a freqüência é muito maior. Mas vale a pena transcrever a opinião daquele insigne mestre. "... Quanto mais bem saneada e limpa uma região, menos numerosos os casos de amebíase, tanto aguda como crônica. Assim, em São Paulo, tudo fala a favor do aumento da endemia, devido às más condições de higiene geral que imperam na Capital paulista. A falta de tratamento do lixo, que é colocado "*in natura*" em pontos vários da zona suburbana e mesmo urbana, determina o extraordinário aumento das môscas que invadem as habitações; de outro lado, o rápido crescimento das edificações não foi seguido de igual desenvolvimento no serviço de esgotos, cujas casas são servidas por fossas nas piores condições de higiene, tudo concorrendo para a contaminação dos alimentos, principalmente verduras, favorecendo a disseminação do parasita".

(**) Proctologistas são os especialistas em doenças do reto e do ânus.

Outra doença parecida com a precedente, produzida também por um protozoário é a giardíase (produzida por giárdia). Não tem a gravidade nem apresenta as mesmas complicações da amebíase, pondo em risco a vida do doente, mas nem porisso deixa de ser doença extremamente prejudicial, determinando diarréias, às vêzes intensas, e terriveis cólicas, que se arrastam por anos e anos. Como a anterior, é transmitida por águas sujas, verduras cruas mal lavadas, etc. Temos a impressão de que últimamente ela vem aumentando no Rio de Janeiro, sobretudo nos últimos meses, graças às permanentes crises de falta de água. Até em hospitais têm sido assinalados vários surtos. Podemos afirmar que não vem diminuindo, o que não se justifica diante do conhecimento exato de sua transmissão e dos recursos com que a Guanabara conta para as tarefas de higiene e saneamento.

Essas duas mazelas acompanham o povo brasileiro sem nenhuma razão de ser, pois são duas doenças das quais tanto a prevenção como o tratamento nas fases iniciais são conhecidos, inclusive pelos estudantes de medicina desde o 3.º ano. O que se passa em São Paulo e no Rio, repete-se em quase tôdas as capitais brasileiras.

A *malária,* que havia sido quase extinta, voltou à atividade nos últimos anos, em virtude do afrouxamento dos contrôles e das medidas de saneamento. Segundo o Departamento Nacional de Endemias Rurais (D.N.E.Ru.), em 382.000 exames feitos, recentemente, em pessoas suspeitas, em zonas onde existe a doença, houve 11,1% de resultados positivos. Os casos notificados em nosso País, de 1953 a 1956, alcançaram a taxa de 657/100.000 habitantes.

A doença de Chagas é causada por outro protozoário (*Tripanosoma cruzi*) e foi descoberta pelo

eminente cientista brasileiro Carlos Chagas, daí o seu nome. É transmitida por um inseto conhecido pelo nome de "barbeiro" (gênero triatoma, e outros). Afeta principalmente o coração, transformando o indivíduo depois de vários anos em um inválido, com falta de ar e inchação, levando-o à morte. É mais freqüente em Minas Gerais, onde foi descoberta. Existe também em São Paulo, Bahia, Paraná, Rio Grande do Sul, etc. As medidas para a sua extinção são muito fáceis. Basta que nas zonas onde existe o "barbeiro", as casas não sejam construídas de taipa, mas de tijolo e emboçadas, evitando a existência de frestas, onde o "barbeiro" se esconde, saindo à noite para chupar o sangue dos moradores durante o sono e assim transmitir a doença. Pois bem, apesar de se saber de tudo isto há muitos anos, até hoje nada se fêz. E quando o camponês brasileiro, por estar doente, não comparece ao serviço ou rende pouco, os patrões preferem dizer que êle é preguiçoso e cachaceiro. O número estimado de portadores da doença de Chagas no Brasil é de 3,5 e meio a 4 milhões.

Há outras doenças dêsse gênero, como a *leishmaniose,* responsável por grande número de doenças e mortes em nosso País. Segundo o D.N.E.Ru., em 1959, de 10.543 pessoas examinadas, 3,7% eram positivas para a forma grave que é a visceral, ou seja a que ataca os órgãos internos (há outra forma que ataca a pele, causando úlceras).

2 — *As Verminoses* constituem um capítulo vergonhoso para o nosso País. São doenças varridas dos territórios das nações industriais há dezenas de anos, restando ali sòmente pequenos resíduos em suas comunidades pobres, muito bem controladas para não passarem aos setores ricos. No Brasil, há cêrca de 16 espécies de vermes que causam doenças. Umas doen-

ças mais, outras menos graves. Tôdas, porém, extraordinàriamente prejudiciais e responsáveis por grande número de mortes e importantes prejuízos na economia nacional, determinados pela falta ao trabalho, diminuição da produtividade e, portanto, da produção nacional e onerosas despesas com tratamento. Os índices são alarmantes. Os dados disponíveis, apesar de incompletos e irregulares, permitem uma visão bem aproximada da gravidade do problema. Até hoje só foi feita uma pesquisa completa e de características homogêneas. Êste trabalho, ainda que antigo (1947/1950), é importante e o seu conhecimento faz-se indispensável a quem trata sèriamente do assunto. Foi *idealizado* pelos pesquisadores patrícios Amilcar Barca Pellon e Manoel Isnard Teixeira. Mostra com absoluta fidelidade a situação da população brasileira com relação ao problema das verminoses; continua válido, quer por sua qualidade, quer porque de então para cá, a situação não mudou apreciàvelmente, tendo melhorado numas regiões e piorado noutras, permanecendo, portanto, a mesma, em conjunto.

Os dados de que se dispõe atualmente são fornecidos pelo D.N.E.Ru. do Ministério da Saúde, mas não correspondem à realidade, porque os exames são feitos com outra finalidade, com técnicas deficientes, não só não aparecendo os exames positivos na quantidade verdadeira, como não aparecendo outros vermes que apenas são descobertos, em exames realizados com técnicas especiais. Isto decorre do fato de os recursos postos à disposição daquela repartição, serem parcos e desequilibrados e os próprios trabalhos de rotina efetuados com os maiores sacrifícios pelos seus técnicos. As dificuldades com que lutam os médicos e o pessoal auxiliar do Ministério da Saúde são inteiramente desconhecidos do grande público que só toma conhecimento dos escândalos ocorridos nos altos escalões da sua administração.

Os dois quadros seguintes dão idéia da situação. Como dissemos, os dados do D.N.E.Ru devem estar abaixo da realidade. O segundo, apesar de pequena amostra, revela com mais fidelidade, pelo menos na infância, o que realmente se passa. Além disso, a prática na clínica diária mostra sem sombra de dúvida

QUADRO I

Freqüência das Helmintíases em Algumas Unidades Federativas do Brasil, em Áreas Trabalhadas pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais — 1961 (*)

Unidades Federativas	*N.º de localidades trabalhadas*	*Exames de Fezes*		
		Realizados	*Positivos*	%
Rondônia	151	423	207	48
Acre	6	827	199	24
Amazonas	32	2.481	781	33
Pará	20	11.737	2.482	21
Maranhão	96	6.098	3.467	56
Pernambuco	10	37.305	15.447	41
Alagoas	7	14.180	7.471	52
Bahia	72	8.327	2.831	34
Rio de Janeiro	320	219.676	44.990	24
Guanabara	12	37.937	4.616	12
Sta. Catarina	305	11.108	3.876	34
Mato Grosso	24	591	323	51

(*) Gentilmente cedido pelo Dr. Ramon Affonso, do D.N.E.Ru. Não constam São Paulo nem Rio Grande do Sul.

QUADRO II

HELMINTÍASES ENCONTRADAS EM CRIANÇAS DE 3 A 9 ANOS, INTERNADAS NUM ORFANATO NO BAIRRO DE SÃO FRANCISCO — NITERÓI — ESTADO DO RIO

Exames realizados pelo D.N.E.Ru.

Ano	Total dos Exames	Total de Positivos	Ascaris	Trichuris	Ancilostomídeos	Estrongiloides	Enterobios	Tênias	Himenolepis	% de Positivos
1956	68	42	23	41	4	3	—	1	1	62,2
1957	71	58	33	38	14	—	—	1	1	81,6
1959	62	57	45	45	5	—	1	—	2	93,5

que a realidade está muito mais próxima do exposto no segundo quadro. Mesmo se fôsse como no primeiro, a questão seria também muito séria.

Cada espécie de vermes determina um ou mais tipos de manifestações, desde sintomas e conseqüências simples, até situações mortais.

O "*Schistosoma mansoni*" produz a temível esquistosomose ou chistose que, iniciada no Nordeste do Brasil, vem se espalhando pelo resto do País, principalmente no Sul: Minas, São Paulo, Estado do Rio de Janeiro, Paraná, etc. Nas formas tardias é uma doença incurável, atacando o fígado, o baço, as veias dos intestinos e o coração, determinando lesões incuráveis e desgraçando a vida do infeliz até a morte. Como dificilmente o indivíduo é tratado no início, a doença raramente é curada, ou se é, as condições precárias de higiene e a miséria acarretam novas infestações e êle nunca chega a se libertar do mal. Fora dos aspectos clínicos conhecidos graças aos estudos feitos por médicos brasileiros da mais alta categoria, pouco de prático tem sido feito no sentido da sua erradicação e em benefício dos doentes. Têm sido encontrados índices até de 90%, sendo a sua maior freqüência em Alagoas, Pernambuco, Paraíba e Sergipe. Em Maceió, Pilar, Flexeiras e Atalaia, no Estado de Alagoas, *Pessoa* encontrou respectivamente os seguintes percentuais de exames positivos: 43,1%, 67,4%, 72,3% e 81,5%. E o camponês brasileiro é preguiçoso...

As tênias ou solitárias são muito freqüentes entre nós, tirando ao homem o sossêgo e as energias. Os oxiuros determinam falsas apendicites e uma coceira no ânus verdadeiramente insuportável, roubando ao homem a calma, tornando-o irritadiço, intratável e neurótico.

Os terríveis ancilostomídeos (necátor e ancilóstomo) produzem uma das mais graves formas de anemia conhecida. É a opilação ou amarelão, tão bem observada há tantos anos por Monteiro Lobato, e figurada no *Jeca Tatu*. Sua freqüência continua muito alta em todo o País, apesar de ter sido há muito tempo identificado e comunicado o perigo que representa. A anemia vai quebrando as fôrças e as resistências do homem, até matá-lo inexoràvelmente. Calculou-se em 23 milhões o número de brasileiros infestados por ancilostomídeos (necátor e ancilóstomo) no ano de 1958. De acôrdo com a composição etária de nossa população naquele ano, o número de crianças infestadas devia andar perto dos 9 milhões e 200 mil. O estudo de Pellon e Teixeira já referido, mostrou morbidades até de 90%. Êste verme entra pelos pés dos adultos e crianças maiores descalças, e pelas nádegas (quartos) das crianças nuas que engatinham. Daí vão ter aos intestinos, onde ficam sugando dia e noite o sangue até serem expulsos ou matarem o infeliz.

Os *"Ascaris lumbricoides"* mais conhecidos por lombrigas, vermes ou bichas ocasionam abcessos mortais no fígado e obstrução intestinal aguda, também mortal, se não fôr operada, quando o número dos parasitas nos intestinos é muito grande. Quantas criancinhas temos visto, com 3 ou 4 anos e 8 ou 10 quilos, eliminarem até 200 dêsses vermes...

A *"Wuchereria bancrofti"*, produz a filariose. As pernas do paciente ficam inchadas. É muito comum no Pará, onde se encontra até 20% de exames positivos.

O leitor precisa saber que para cada um dêsses helmintos ou vermes há um remédio próprio e que os meios de evitá-los não constituem segrêdo para ninguém. A prevenção da esquistosomose é de tôdas a

mais difícil e mais complicada, porque como hospedeiro e transmissor, há um caramujo que vive nos córregos e debaixo das pedras, sendo a sua destruição muito difícil. Entretanto, na China, tem-se conseguido êxitos extraordinários, com a participação do povo nas campanhas de erradicação. Em nossa terra não há interêsse nela. Não é doença de rico.

O leitor poderá agora avaliar o sofrimento e o baixo rendimento de nossas populações rurais com índices de infestações tão altos, ao lado da fome crônica e às vezes aguda. Pode já desfazer a balela da preguiça do camponês e do operário brasileiro.

O *"Strongiloides stercoralis"* é um verme que causa uma doença chamada anguilulíase. Enterra-se no intestino humano causando danos diversos. Trabalhos brasileiros, como a tese com que concorreu à Faculdade Nacional de Farmácia o Professor Rui Gomes de Morais (1948), e outros mais recentes (Hospital dos Servidores do Estado e Instituto de Puericultura da Universidade do Brasil), demonstraram não só que se trata de doença muito freqüente entre nós, como pode levar o paciente até à morte, embora a maioria dos médicos brasileiros, mais interessados pelas doenças da Europa e EE. UU., não lhe dêem a devida atenção. Existe espalhada por todo o Brasil, sendo encontrados altos índices de infestação, desde que seja procurado, utilizando-se a técnica adequada. Até 33% de casos positivos em São Paulo (1951) e 22% no Paraná (1953). No Rio de Janeiro, a incidência também é alta e no Norte e no Nordeste nem se fala.

É êste o panorama das doenças por vermes, no Brasil. Uma vergonha.

3 — *A Tuberculose* — Esta doença, de tão conhecida, não necessita qualquer descrição. Existe há milhares de anos e tem dizimado mais gente do que as guerras. No Brasil tem feito muitos estragos e ainda faz. Não devia mais existir êste flagelo, mas em nossa terra continua ceifando muitas e muitas vidas preciosas, diminuindo a produtividade e aumentando as despesas sociais. Não apenas operários, mas comerciários, funcionários públicos, bancários, homens, mulheres, moços e velhos, crianças e adultos.

Todos os coeficientes são alarmantes e perigosos. Nada melhor do que a palavra oficial do Serviço Nacional de Tuberculose do Ministério da Saúde. "Estima-se que existem no Brasil cêrca de 400.000 a .... 500.000 casos ativos de tuberculose, dos quais pouco mais de 100.000 são conhecidos dos Serviços de Saúde Pública. O coeficiente de mortalidade para as capitais brasileiras, em seu conjunto, é de 83,3 por 100.000 habitantes, alcançando a incidência (*) mais de 160,0. Os dados disponíveis informam-nos que o declínio tão promissor dos primeiros anos de utilização dos agentes antimicrobianos "*standard*" perdeu a aceleração obtida. Enquanto no período de 1950 a 1954, por exemplo, houve redução de 51,5%, entre 1954 e 1958, o declínio da mortalidade não atingiu mais do que 9,2%. Também a incidência que no período de 1950 a 1954 declinara de 20,4%, entre 1954 e 1958 sofreu redução de apenas 3,4%, devendo salientar-se que houve apreciável elevação de suas taxas nos dois últimos anos do período. A prevalência (**), embora tenha aumentado menos no período de 1954 a 1958

(*) Incidência quer dizer o número de casos novos aparecidos no ano considerado.

(**) Prevalência quer dizer a quantidade de casos já existentes.

do que nos 4 anos anteriores, mostra-se muito elevada, calculando-se a existência de aproximadamente 565,5 casos de tuberculose por 100.000 habitantes. Por outro lado, sabe-se que a tuberculose já alcançou os agrupamentos rurais mais remotos do País e que milhares de doentes portadores de bacilos resistentes constituem presentemente perigoso potencial de infecção".

Em 1956, o coeficiente de mortalidade por tuberculose, era no México de 32,2 e, em 1958, era na Guatemala de 33,7, e nos Estados Unidos de 7,3, por .... 100.000 habitantes.

Mas por que teria acontecido isto no Brasil? Vimos no Capítulo I, o fenômeno da resistência bacteriana. Uns micróbios adquirem resistência aos antibióticos mais depressa do que outros. Os estafilococos e o bacilo de Koch são os que mais depressa adquirem essa resistência.

Mas por que teria acontecido isto no Brasil? tamento da tuberculose: a estreptomicina, o ácido para-amino-salicílico (PAS) e a isoniasida. Para êstes, e principalmente para o primeiro, o bacilo da tuberculose adquire resistência com grande rapidez. Se assim é, o tratamento tem de ser bem feito, rigorosamente bem feito, logo de início. No Brasil, entretanto, não há contrôles para a venda de medicamentos. Qualquer pessoa compra o que bem quer, com a cumplicidade dos órgãos governamentais e o aplauso dos laboratórios e farmácias. Então um dos quatro fatos seguintes pode acontecer.

1º — O indivíduo tem uma gripe que não seria curada com nenhum medicamento, porque se trata de uma doença por vírus, para os quais não há remédio. Compra a sua penicilina que vem sempre acompanhada de estreptomicina. Dias depois tem outra gripe

e procede do mesmo modo. As gripes passam porque passariam sem qualquer remédio ou apesar dos remédios. A coisa vai se repetindo. Quando menos espera, o bacilo da tuberculose, por êle normalmente abrigado sem lhe causar doença, por qualquer circunstância entra em atividade e o homem fica tuberculoso. Aquêle bacilo está resistente à estreptomicina e por isso não adianta tomar êste medicamento. Como uma das condições essencias do tratamento da doença é tomar os 3 medicamentos antituberculosos, o doente já perdeu de saída o mais valioso trunfo, a estreptomicina. Êste indivíduo, depois de muitos anos de tratamento infrutífero, acaba por aumentar a taxa de mortalidade...

2º — Há o hábito criminoso de se prescrever isoniasida para engordar, além de outras falsas e nocivas indicações, como no tratamento da coqueluche. O mecanismo é o mesmo.,

3º — O indivíduo aparece com tuberculose. Vai a um médico não especialista e não afeito ao problema, ou não vai ao médico, seja porque não há médico na localidade, seja porque tem o costume de ir ao farmacêutico pois aqui todo o mundo receita, seja finalmente porque não tem dinheiro para pagar ao médico. Na maioria esmagadora das nossas cidades não há Raios X, quanto mais médicos especializados. São-lhes prescritos medicamentos em dosagem insuficiente ou sem respeitar as regras básicas do tratamento e dentro em pouco é levado à resistência bacteriana, à cronificação do processo e à morte. Os médicos não têm culpa. Trabalham com o preparo e o arsenal de conhecimentos recebidos. Se não há tisiologistas em número suficiente no Brasil ou se não são bem preparados, a culpa não lhes cabe.

4º — O indivíduo é pobre. Os medicamentos são caros. O doente compra remédio hoje. Toma uma semana e interrompe quinze dias ou um mês, reinicia depois e vai tomando e interrompendo sempre se alimentando mal. Se recebe os medicamentos nas instituições oficiais, as interrupções são freqüentes porque essas instituições quase sempre recebem as dotações e os materiais com atraso e sem método de espécie alguma. Se êle fôr segurado de um Instituto de Previdência, fica licenciado, recebendo apenas parte do ordenado, que não dá nem para comer com a família. Então arranja um biscate e não toma remédio. Enquanto isso acontece, as mocinhas do Serviço Social quebram as perfumadas cabecinhas para resolverem o caso do doente e da família. Não entendem, porque não lhes ensinaram, que as razões do quadro que vêem estão fora daquele ciclo de esforços e de conversas. O doente começa a ficar desesperado entrega-se à embriaguez. Resultado: resistência, cronificação do processo, morte. De passagem contamina alguns membros da família, principalmente as crianças que são mais vulneráveis, além de outros.

Pode ainda acontecer que o indivíduo venha a contrair uma tuberculose proveniente de bacilo já resistente. Aí a tragédia começa logo no início.

O desfêcho de tudo isto está expresso no editorial da Revista do S. N. T. acima transcrito. O portador de bacilo resistente tem de tomar os chamados medicamentos de 2ª. linha, muito mais caros e muito mais tóxicos. Se fôr pobre sua sorte está decidida. Êste é o panorama real, sem nenhum exagêro, da tuberculose no Brasil.

Enquanto tudo isto ocorre, é interessante ver o que se passa nas esferas responsáveis pela extinção da enfermidade. Anualmente, e ás vêzes com intervalos

menores, reúnem-se conspícuos técnicos e professôres, de cabelos brancos e calva à mostra. Passam dias inteiros discutindo, gastando dinheiro do povo, com idas e vindas de avião e com hospedagem nos melhores hotéis, depois de muito conversarem chegam a conclusões consideradas sábias, sem nenhum efeito todavia para os tuberculosos do País. Essas discussões e conclusões não passam de simples jogos de palavras, de simples passatempo.

Numa das últimas reuniões, resolveram que só devem ser internados doentes virgens de tratamento, isto é, portadores de bacilos ainda não tratados. Considerando o assunto pelo lado apenas técnico, não poderia deixar de ser de outra maneira. No entanto, com aquêle modo deformado de examinar os nossos problemas de saúde, não se lembran das causas muito mais importantes, as causas verdadeiras, a pobreza e a miséria, pomposamente crismadas de pauperismo, a venda indiscriminada dos medicamentos antituberculosos e o interêsse da classe dominante em manter aquêles milhares de tuberculosos porque lhe sai muito mais barato e mais cômodo do que se êles fôssem tratados. Os técnicos dispõem de um biombo muito confortável: As questões econômicas não são da competência do médico ou do técnico, como se esta condição excluísse aquela tão importante e tão sagrada, a de cidadão brasileiro ou de ser humano. Porisso, passam por cima das causas verdadeiras, e no fim de tudo não se fazem esperar os tristes índices por êles mesmos publicados. Uns sabem muito bem dessas causas. Outros ignoram por interêsse, a maioria por ingenuidade e outros por teimosia.

4.º — *As Doenças de Carência (Fome)* — O organismo humano para se desenvolver e se manter, precisa de alguns princípios alimentares básicos in-

dispensáveis: proteínas, gorduras, hidratos de carbono, vitaminas e sais minerais, além de água, naturalmente. Desde o nascimento, ou mesmo antes, o desenvolvimento harmônico só é possível com o recebimento equilibrado em cada fase da vida, daqueles princípios. A falta de um ou mais leva a situações de desequilíbrio e produz doenças incuráveis ou mortais se o período de carência a que o indivíduo estêve submetido foi prolongado.

A falta de ferro leva à anemia, muito freqüente entre nós. A falta de vitamina A, à cegueira. A falta de vitamina B-1, produz o beribéri, doença do coração e dos nervos. A falta de vitamina C, causa o escorbuto. A falta de vitamina D, leva ao raquitismo (*), A falta de ácido nicotínico determina a pelagra do adulto. A falta de proteínas gera a distrofia do lactente (abaixo de 1 ano) e o *kwashiorkor* na criança acima de 1 ano, a desnutrição aguda ou crônica na criança maior (2.ª infância) e no adulto. A falta de gorduras e de hidratos de carbono dá lugar a estados de desnutrição por deficiência de calorias impedindo o organismo de realizar suas trocas químicas e a produção de energia destinada aos atos vitais. A falta isolada de gorduras pode conduzir indiretamente à avitaminose A ou ao raquitismo, porque tanto a vitamina A como a D, para passarem dos intestinos para o organismo (fenômeno de absorção) necessitam

(*) Não confundir criança raquítica com criança magra. Raquitismo é doença dos ossos da criança em crescimento. Criança magra é outra coisa. O doente raquítico pode ser magro ou gordo, não importa. Um doente magro pode ser raquítico ou não. Na prática, a maioria das crianças raquíticas apresenta magreza porque à carência de vitamina D, se associam outras, principalmente de proteínas.

da presença de gorduras no interior dos intestinos. Há poucos anos houve verdadeira epidemia dessas duas avitaminoses no Nordeste porque deram às crianças pobres daquela região, um leite vindo dos Estados Unidos, do qual fôra tirada tôda a gordura. Quando se descobriu a causa de tal estado já havia grande número de crianças cegas e aleijadas.

A falta de proteínas nem sempre vem só; via de regra, falta também a alimentação total. Outras vêzes — isto acontece com a maior parte das populações subalimentadas do Brasil — a alimentação servida só tem hidratos de carbono, não só porque as proteínas são mais caras, como porque os hidratos de carbono funcionam como fator de produção de energia, como se fôssem combustível. Assim, não se realiza normalmente a substituição de células orgânicas, função desempenhada sòmente pelas proteínas, e todo o organismo entra em falência, ao contrário da falta de vitaminas que ataca sòmente certos setores do corpo humano. No primeiro caso, diz-se que há carência global, e no segundo, carência parcial. Tanto as carências globais como as parciais podem assumir formas frustas, crônicas e arrastadas, dando a impressão de que o indivíduo não é doente. Revestem-se estas formas dos mais variados aspectos: fastio, pouca disposição para o trabalho, cansaço, desenvolvimento corporal diminuído, pouca inteligência, diarréias ou prisão de ventre, reduzida resistência às infecções e às parasitoses, etc. A tuberculose ataca mais e é mais grave nas pessoas desnutridas. O sarampo só mata crianças subalimentadas. O profesor Samuel Pessoa provou em estudos realizados no Nordeste que os indivíduos desnutridos são mais sujeitos à infestação por ancilostomídeos (necátor e ancilóstomo) e

uma vez atacados, tanto a infestação como a anemia são muito mais graves.

A situação da maioria do povo brasileiro em todos êsses setores é calamitosa. Apesar de possuirmos o terceiro ou quarto rebanho bovino do mundo, vindo logo abaixo dos Estados Unidos e da Índia e estarmos equilibrados com a União Soviética, sendo porisso, possìvelmente, o país que tem maior índice *"per capita"* de cabeças de gado, o consumo de leite e de carne entre nós é um dos mais baixos do mundo.

Há duas classes de proteínas: as de certos animais (proteínas animais) e as de certos vegetais (proteínas vegetais). As últimas, cuja fonte principal é o feijão soja, são também encontrados no feijão comum, no milho, etc. em pequenas quantidades e pussuem valor nutritivo inferior ao das primeiras. Por esta razão desde o princípio do mundo, as fontes essenciais de proteínas e as mais largamente procuradas são as animais (carnes, peixes, ovos, leite, etc). Vejamos como se nutrem algumas populações da terra.

	Proteínas totais (gramas por dia)	*De origem animal %*
Nova Zelândia (sòmente população branca)	120	49
Canadá	96	42
Estados Unidos	90	40
Argentina	98	34
Brasil	60	15 a 20
Paquistão	54	10

Essa tabela mostra dois fenômenos fundamentais: a) os países pobres consomem poucas proteínas; b) dessas proteínas a maioria é de origem vegetal, portanto, incompletas e impróprias para a alimentação quando usadas isoladamente ou constituindo a maior parte da dieta. Segundo Josué de Castro, o consumo de carne é o seguinte por pessoa e por ano: Brasil 55kg * Argentina 136 * EE.UU. 62. Segundo o mesmo autor, o consumo anual de leite por pessoa e por litro é o seguinte: EE.UU. 108 * Dinamarca 164 * Austrália 101 * França 95 * Brasil 37, ou seja, 100 gramas por dia. Mesmo assim precisamos ficar alertados para o fato de que êstes dados exprimem mal a situação do Brasil porque levando-se em conta as grandes desproporções da distribuição da riqueza, há milhões de brasileiros que comem carne e tomam leite apenas algumas vêzes por ano, outros desde que deixaram o seio materno nunca mais provaram leite, a são ser de côco, e milhares só comem carne em dia de eleição. Daqui fazemos um apêlo aos congressistas para que mantenham separadas as eleições para deputados e para presidente e façam de vez em quando um plebiscito, a fim de darem mais oportunidades a êsses patrícios de comerem carne.

Inquérito recente no Nordeste revelou "que 60% das famílias não comem carne, 58% não bebem leite e 80% não comem ovos".

O mesmo acontece com o consumo de calorias. Estima-se que em nosso clima o homem necessita, dependendo da natureza da atividade profissional, de cêrca de 3.000 calorias de origem animal por dia. Se fôr de origem vegetal, a quantidade deverá ser maior. Pois bem, o brasileiro em média consome 2.353 calo-

rias por dia, das quais 17% são de origem animal. Isto em 1959 (*).

O número de carências frustas de todos os princípios alimentares é assombroso em nosso país. São as gripes repetidas, denotando falta de vitaminas A, C ou D. É a boqueira (ferida nos cantos dos lábios), afirmando a falta de vitamina B2. A quebra de resistência às infecções, mostrando a falta de vitamina C e de proteínas. A estatura diminuída e a pouca inteligência e a falta de iniciativa, evidenciando a longa carência de proteínas. Das centenas de crianças internadas com *kwashiorkor* no Instituto Fernandes Figueira do Departamento Nacional da Criança (Rio de Janeiro), tomamos 14 e verificamos a estatura no momento da internação e o pêso encontrado depois de curadas, isto é, no dia da alta (**). V. Quadro III.

Atente bem o leitor para a circunstância de que aquêle pêso muito abaixo do normal para a idade foi depois de a criança ter sido curada. Imagine o que era quando entrou. O caso n.º 8 por exemplo, foi uma criança que entrou tôda inchada com 8,100 kg.; depois de perder a inchação (edema) chegou a 6,575 e ainda alcançou os 8 e tanto quilos, com que saiu. Agora repare mais: essas crianças nunca serão pessoas normais, nunca recuperarão a normalidade física e, na maioria, a psíquica. Serão operários que não renderão como os outros, faltarão ao serviço alguns dias

(*) Neste mesmo ano, a média do consumo de calorias nos países desenvolvidos (EE.UU., U.R.S.S., Canadá, Alemanha, França, etc.) foi de 3.050 calorias por pessoa e por dia, sendo 43% de origem animal.

(**) Apesar de uma das grandezas ser tomada na internação e outra na alta, não há discordância porque o tempo médio de internação dessas crianças é de 50 dias, tempo em que o pêso é extraordinàriamente aumentado, mas a estatura pouco ou nada aumenta.

na semana. Suas frustrações poderão levá-los ao alcoolismo e a outras anomalias. As meninas serão empregadas domésticas que não se submeterão a qualquer disciplina, faltando muito ao serviço, se não tiverem a infelicidade de caírem no meretrício. Dêstes indivíduos assim deficitários existem milhões em todo o Brasil. De quem é a culpa?

São comuns também as carências francas de vitaminas. A criança chega ao ambulatório e a mãe informa que depois das 6 horas da tarde ela não enxerga. Tropeça nos caixotes, na mesa e nos bancos. O médico examina-lhe os olhos e verifica a presença de umas manchas brancas, parecendo espuma de sabão. Outras já chegam cegas com os olhos destruídos. Outras chegam com as pernas tortas, os pulsos grossos ou o tórax enterrado: é o raquitismo claro.

E assim por diante. Muitas e muitas vêzes chegam ao hospital entre a vida e a morte e não encontram vaga para se internar. Têm de voltar para casa, para morrer.

QUADRO III

Pêso e estatura de 14 crianças internadas com Kwashiorkor *numa enfermaria do Instituto Fernandes Figueira — Rio de Janeiro*

Número	Idade	PÊSO		ESTATURA (*)	
		Normal para a Idade Kg.	*Na Alta Kg.*	*Normal para a Idade Centímetros*	*Na Internação*
1	1a 9m	11,200	9,240	79	77
2	3a10m	15,700	11,800	97	85
3	8a	25,050	15,750	121	99
4	1a 9m	11,800	6,890	86	69
5	1a 8m	11,410	6,200	80	67
6	2a11m	14,500	10,300	96	79
7	1a 5m	10,900	9,000	78	83
8	1a 2m	10,500	8,000	76	75
9	2a 6m	14,500	12,500	96	86
10	2a 6m	13,340	9,000	88	75
11	2a 1m	12,350	9,950	81	74
12	1a 4m	10,380	9,500	75	73
13	3a	15,690	9,300	93	76
14	5a	17,270	13,500	105	90

(*) Em centímetros.

Extraído da Revista Médica Fluminense — Novembro/Dezembro 1961.

5 — *As Doenças e a Mortalidade na Infância* — Um dos capítulos mais pungentes das doenças no Brasil é o que se passa com a infância. A tomada de conciência dêste problema foi efetuada há cêrca de 20 anos. Como não podia deixar de acontecer, a formulação foi feita examinando-se as causas isolada e superficialmente, sem se levar em conta, pelo menos pùblicamente, os vínculos com os demais problemas. Naquela época o país começava a sair de sua madorna colonial. Os ingredientes culturais existentes eram exclusivamente os importados das nações metropolitanas e era a primeira vez que tal problema era abordado. Considerando-se, pois, as exíguas fronteiras, a estreiteza político-cultural e os parcos recursos materiais, a avaliação então realizada não pode ser condensada. Foi um passo à frente. Só que aquela forma isolada de análise e de execução conduziu a conclusões ingênuas. Em todo caso, serviu de base ao trabalho executado até hoje.

Não há o menor exagêro em se afirmar que a maior parte da infância brasileira está completamente desassistida e desamparada. Antes do nascimento, durante êste, e pela vida afora, a criança brasileira é vítima inocente e indefesa dos maiores e mais hediondos crimes. Dela e de sua miséria muita gente vive. Enquanto se finge atendê-la com discursos e relatórios custosos, pratica-se por omissão permanente morticínio social sob as vistas e com o consentimento de todos. Os índices apresentados atestam esta afirmação.

Para se avaliar o estado da mortalidade infantil, divide-se esta, de acôrdo com a intensidade, em 4 graus.

Fraca: até 50 por mil.
Moderada: de 50 a 70 por mil.
Forte: 70 a 100 por mil.
Muito forte: acima de 100 por mil.

Vejamos agora a mortalidade infantil, em 1960, em alguns países, para compararmos com as de nosso país. Muito forte: Chile 127,3 * Gana 113,1 * Forte: Guatemala 91,9 * Iugoslávia 87,3 * Portugal 77,5 * México 75,1. Moderada: Polônia 56,6 *. Fraca: Itália 43,8 * URSS 35 * EE.UU. 25,6 * Tchecoslováquia 23,5* Suíça 21,5 * Suécia 16,6.

No Brasil, a primeira dificuldade com que se defrontam os estudiosos dêste assunto é saber exatamente qual é o seu C.M.I. Temos de lançar mão de dados regionais e fazer ginástica de raciocínio para sabermos o que se passa no país. A utilização dêsses dados regionais de qualquer maneira é indispensável por causa das grandes variedades nas diversas regiões do nosso território.

Vejamos algumas capitais em 1960: Belém 148,8 * Terezina 298,8 * Natal 363,1 * Niterói 73,5 * Rio de Janeiro (Guanabara) 70 * São Paulo 65,4 * Pôrto Alegre 102,9 * Belo Horizonte 96,1.

Verifiquemos, o que se passa em algumas cidades do interior, de 1957 a 1959, trabalhadas pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública. Como não é possível conseguir-se a certeza, em virtude da grande evasão do registro civil, o que dá um coeficiente maior que o verdadeiro, trabalha-se com 2 coeficientes, um máximo e um mínimo, estando a verdade próxima da média: Benjamin Constant (Amazonas) 178 e 130 * Alagoa Nova 369 e 269 e Esperança (ambas na Bahia). Diante da insegurança dos dados para todo o Brasil, os especialistas se dividem quanto ao coeficiente global. Segundo as opiniões, varia de 120 a 160. De qualquer maneira está dentro da faixa ou grau *muito forte.*

Vejamos agora como se comportaram alguns países estrangeiros nos últimos anos.

	1948	1960
Chile	147	127,3
Gana	120,2	113,1
Bulgária	118,2	55,9
Guatemala	117,4	91,4
Polônia	111,1	56,6
México	101,7	75,1
Portugal	100,2	77,5
U.R.S.S.	68 (1954)	35

Brasil — Capitais ..	1950	1960
Fortaleza	352,8	197,8
Maceió	225,1	225,9
Rio de Janeiro (Gb.)	112,5	70

	1948	1960
Niterói	111,2	73,3
São Paulo	89,7	65,4
Pôrto Alegre	152,7	102,9

Cidades do interior	1952 a 1954
Benjamin Constant	73 e 56
Alagoa Nova	304 e 263
Esperança	466 e 339
Pão de Açúcar	518 e 377
Ilhéus	162 e 113
Banco da Vitória	433 e 302

Êstes números mostram: 1.º — O esfôrço sincero em resolver ao mesmo tempo os problemas econômicos, sociais e de saúde. Atualmente, quando se quer, pode-se fazer.

2.º — Os coeficientes no Brasil caíram nas regiões onde houve desenvolvimento industrial. Podemos afirmar que, mesmo dentro dessas áreas, as comunidades pobres e abandonadas continuam com índices altos, ao contrário das classes melhor aquinhoadas.

Embora não representem com exatidão a divisão em classes sociais, as diversas regiões do Estado da Guanabara podem permitir uma idéia aproximada da situação, porque em cada região há a predominância desta ou daquela classe social. Em Copacabana mora quase tôda a elite do Rio de Janeiro. Ali predominam as camadas superiores da classe média e pequena burguesia, havendo, no entanto, também favelas. No longínquo subúrbio de Campo Grande predominam os grupos pobres, encontrando-se populações rurais, pobres e desassistidas. Vejamos a Mortalidade Infantil em alguns Distritos de Puericultura da Guanabara.

	1955	1958	1960
1.º — Centro	71,8	68,8	33,5
16.º — Governador e Paquetá	72,3	77,8	41,6
6.º — São Cristóvão	136,3	117,7	56,1
15.º — Sta. Cruz	83,1	77,3	70,3
14.º — Campo Grande	91,4	105,6	101,1
Global	112,5	105,5	70,0

3.º — A calamidade social e sanitária na qual ainda permanece a maioria da população brasileira pouco foi modificada. Grandes parcelas do nosso povo ainda permanecem em situação semelhante à de vários países na Idade Média. Nas zonas subdesenvolvidas o panorama pràticamente não mudou.

4.º — Apenas um C.M.I. em nosso país está no grau moderado. Referimo-nos à comunidade estatìsticamente significativa, que é a cidade de São Paulo. Poderá haver algumas cidades do interior com coeficientes menores, mas são destituídas de significância. O menor coeficiente do Brasil está muito acima dos maiores dos países industriais.

Recentemente, em um Congresso de Puericultura, foi dado a conhecer que a queda da M.I. nas regiões em desenvolvimento estava correspondendo a um aumento da mortalidade nas idades acima de 1 ano. O quadro nosológico (de doenças) na infância é aquêle mesmo dos adultos. Predominam as doenças, cujo tratamento e prevenção já foram alcançados. Na mortalidade infantil continua o quadro típico dos países proletários, isto é, a maioria das mortes é determinada pela gastrenterite (distúrbios gastrênterotróficos, dispepsia aguda ou toxicose ou desidratação). Em pouquíssimas capitais há serviços de reidratação. Predomina o espírito daquele antigo sanitarista e ex-secretário da Guanabara que costumava di-

zer: "Criança no Pronto Socorro só serve para atrapalhar". Em 1957, no ex-Distrito Federal, roje Estado da Guanabara, aquêles distúrbios foram responsáveis por 35,7% dos óbitos antes do primeiro ano, ou seja 35,7% das causas de Mortalidade Infantil. Tal porcentagem só é comparada às dos países mais atrasados e mais pobres, como o Egito (56% em 1956), Portugal (26,6% em 1956). Em 1958 era o seguinte o quadro nos diversos países: EE.UU. 0,9% * Suécia 1,07 * Dinamarca 1,6 * Bélgica, 2,1 * Tchecoslováquia 82 * Hungria 9,2 * Venezuela 20% No Brasil, apesar de não contarmos neste caso, como sempre, com boas estatísticas, calculamos que se acha em tôrno de 50%. Em Niterói em 1960 era de 16,4%.

As doenças infecciosas continuam ceifando crianças em grande quantidade. São pneumonias, bronco-pneumonias, complicações do sarampo, coqueluche, tuberculose e muitas outras. As verminoses na infância constituem outra tremenda praga. O quadro II deu-nos uma idéia aproximada. Estas doenças são muito mais graves na infânica porque levam a diarréias graves e estas acarretam por sua vez quados de desidratação extremamente sérios e ainda abrem as portas a outras infecções mortais.

As doenças de carência atingem na infância aspectos verdadeiramente alarmantes. O adulto, em todo o caso em particular neste estado, defende-se melhor, utilizando inúmeros expedientes biológicos, terapêuticos e sociais. A criança está à mercê dos outros. Já apreciamos de início as doenças por falta de vitaminas. A maior parte das doenças de carência na infância são causadas pela falta de proteínas. Nas crianças até 1 ano, falta de leite. Nas maiores, falta de carne e ovos. Nos últimos anos, o seu número diminuiu apenas em algumas comunidades brasileiras,

continuando a maioria de nossas crianças presa desta miséria. O número de casos de distrofiados lactentes é assombroso. O *kwashiorkor* atinge índices inacreditáveis. Por faltarem, como sempre, estatísticas de todo o país, utilizamos uma mostragem de alguns hospitais infantis do Rio de Janeiro e de Niterói. No Hospital Getúlio Vargas Filho nesta última cidade, de 1.194 casos internados de 1955 a 1958, 141 foram por esta doença, o que dá o percentual absurdo e injustificável de 11,8% para todo o hospital. Imagine o leitor: 1.º) aqui são computados apenas os casos internados, não se contando os que passaram pelo ambulatório e não foram internados por falta de vaga; 2.º) de tôdas as doenças que acometem as crianças, inclusive doenças cirúrgicas, só esta contribuiu com tal porcentagem, e isto em anos recentes. Se acrescentarmos o outro tipo de distrofia (a do lactente sem inchação), só de doenças por carência protéica deverá subir a vinte e tantos por cento.

Em duas enfermarias de clínica pediátrica do Instituto Fernandes Figueira do Rio de Janeiro em 1.350 internações de 1956 a 1961 houve 310 casos de *kwashiorkor*, o que dá um percentual de 23,7%. Acrescentando aquêle outro tipo de distrofia, deve ir para 40 ou 50%. No Hospital Jesus — Rio de Janeiro — de 1936 a 1954 foram internadas 5.016 crianças. Destas 283 foram por *kwashiorkor* (5,6%). Temos a impressão de que esta porcentagem mais baixa é devida ao fato de que tal doença só começou a ser diagnosticada entre nós de 1943 para cá. Hoje, a percentagem deve ser bem mais alta.

O quadro do *kwashiorkor* entre nós parece se aproximar do que se passa na Venezuela. Em recente congresso, assim se expressou Pastor Oropeza, professor de Pediatria da Faculdade de Medicina da Uni-

versidade de Caracas: "O *kwashiorkor* concorre com 10% das internações dos hospitais infantis e esta doença é a 3.ª causa de morte nas crianças de 1 a 4 anos com um índice de 114,3 por 100.000 habitantes".

Nos países industriais, esta doença nem sequer é conhecida.

Como já tivemos ocasião de dizer, a distrofia do lactente é determinada diretamente pela falta de leite, que é a fonte exclusiva de proteínas até 5 ou 6 meses e a principal até 1 ano. O leite no Brasil era controlado pelos produtores e distribuidores nacionais até bem pouco tempo. Hoje, em virtude das conquistas técnicas que transferiram o problema para a indústria, o contrôle da produção e da distribuição da maior parte do leite produzido em nosso país passou às companhias estrangeiras. Isto acarretou o encarecimento e a criação de novas dificuldades para a infância brasileira, de que trataremos no próximo capítulo.

A assistência ao parto melhorou algo ùltimamente. Apesar das taxas de mortalidade materna virem caindo nos últimos anos, em muitos lugares continuam altas e muito altas. A assistência ao parto, embora melhorada, permanece precária e segundo Nelson R. dos Santos, em Araraquara, em 1960, 80% dos partos foram feitos por "curiosas", 13,6 por parteiras diplomadas e 2,2 por médicos.

As taxas de mortalidade materna foram as seguintes em algumas capitais brasileiras em 1960: Belém 3,5 * Maceió 4,1 * Niterói 1,8 * Guanabara 2,1 * Pôrto Alegre 1,7. Em 1961: Manaus 2,8 * Terezina 6,2 * Pôrto Alegre 1,5. A última informação conseguida da capital de São Paulo é de 1958, quando a taxa foi de 1,2. São taxas muito elevadas, mas alentadoras, principalmente se tivermos em conta que

em Teresina em 1958 foi de 16,3 em Maceió de 7,9, tudo por 1.000 nascidos vivos.

Para mostrar o que se pode conseguir no Brasil, mencionaremos a taxa da Maternidade Clóvis Correia da Costa — Rio de Janeiro que apresentou em 1961 0,9, uma das mais baixas taxas do mundo e comparável às das melhores maternidades.

A taxa de mortalidade materna foi nos EE.UU., em 1955, de 0,5. No Canadá, em 1956, foi de 0,6 (com exclusão de algumas áreas). Os países latino-americanos apresentaram em 1956 as seguintes taxas: Colômbia 3,1 * Paraguai 3,6 * Chile 3,1 * Panamá 2,5.

A natimortalidade é também alta e apresentou os seguintes coeficientes em 1960 por 1.000 nascidos vivos: Belém 88,3 * Terezina 102,4 * Maceió 67,8 * Guanabara 41,2 * Pôrto Alegre 32,2. Em 1961: Terezina 102 * Fortaleza 36,2 * Curitiba 51,6. Em 1956, em Terezina foi de 125,6. Comparando com as taxas ocorridas na Maternidade Clóvis Correia da Costa, que, como dissemos, apresenta excelentes coeficientes, tivemos em 1960 13,8 e em 1961 16,5.

No Estado de São Paulo em 1956, foi de 43,55 e na capital 29,92. Em 1959, na capital, foi de 27,1.

6 — *Assistência à Infância* — Dissemos que a criança brasileira é completamente desassistida. A infância brasileira divide-se em 2 grupos fundamentais: as ricas e as pobres ou como diz Sylvio Lago, as que têm comida e não têm fome (*) e as que têm fome e não têm comida. Entre êsses 2 grupos, há as reme-

(*) Alusão inteligente às crianças ricas e remediadas que freqüentam os consultórios dos pediatras por motivo de anorexia (fastio), por excesso de mimos, de preocupações injustificáveis ou por recebimento das cargas emocionais dos pais.

diadas que participam ora de um, ora de outro. As do primeiro grupo são desassistidas do ponto de vista emocional e educacional. Recebem os choques emocionais resultantes das aperturas financeiras e do egoismo dos pais e dos defeitos de nossa sociedade. Ao mesmo tempo lhes são infundidas uma instrução e uma educação antiquadas e alienadas, cuja orientação data de época anterior ao Marquês de Pombal, acrescentada de padrões superficiais importados, além de inteiramente desconformes com as nossas condições. Sem contacto nem conhecimento com o que se passa no país, estas crianças recebem falsos conceitos intelectuais, políticos e morais, os quais de nada lhes servirão quando crescerem. Por êstes motivos, constituir-se-ão, se fatôres de correção não forem introduzidos, na futura massa de neuróticos, por que estão sendo preparadas para um mundo em vias de terminar. Mas o assunto aqui é outro. Interessa-nos os problemas de saúde do 2.º grupo e parte da fração intermediária que constituem ambos a maioria.

Vimos como muitas delas são desamparadas ainda no ventre materno. Ao nascerem, pagam tributo altíssimo, morrendo em grande quantidade, mesmo antes de virem ao mundo. Depois de nascidas, logo que os seios maternos secam, começa o calvário de não terem leite para tomar nem dinheiro para comprá-lo.

Vêm as dificuldades do período neo-natal (1.º mês de vida), com infecções as mais variadas (tétano umbilical, pneumonias, broncopneumonias, enterites-coqueluche, etc.). Nessa idade, Jesus chama um bom número. A seguir, vêm as diarréias e os vômitos e depois, no organismo debilitado, gripe por cima de gripe. A mãe procura o Pôsto de Puericultura, o ambulatório ou o hospital. O médico pouco pode fazer porque naquele dia tem de atender a 20 ou 30 crianças em 2 ou 3 horas, não tem remédio, nem leite, nem laboratório para os exames da maioria. Às vêzes tem leite FISI vindo dos EE.UU., mas êste é um leite do qual tiraram a gordura para fazer manteiga e que, como não serve mais para nada, nos mandam como esmola. Se tem leite FISI, a criança ainda pode se considerar feliz e daquela vez não morrerá de fome. Passa a ser levada ao Pôsto uma vez por semana para ser pesada e receitada quando está doente (o que sempre acontece) e receber a quota de leite FISI. Mas, num triste dia, a mocinha que atende diz que hoje não há leite.

A mãe não podia prever que a Alfândega retirara o leite que lá permanece apodrecendo, enquanto seu filho está morrendo de fome. Não soubera que os políticos brigaram e conseguiram do govêrno (que é de um partido) prender o leite do Pôsto cuja direção é de outro partido. Os grandes brigam e o filho dela morre de fome... Não pudera imaginar que, em muitas ocasiões, o leite falta no Pôsto, pode ser encontrado na bodega mais próxima a Cr$ 100,00 o saquinho. Neste vai-vem, muitas crianças vão para o céu ou para o limbo. Enquanto acontece, técnicos aqui no Rio discutem, trocam ofícios e memorandos, formam volumosos processos, viajam de um lado para outro, no Brasil e no estrangeiro, planejam e hostilizam-se entre si, na tentativa desesperada, dizem êles, de salvar as crianças. Muitas crianças, apesar dos técnicos, sobrevivem porque as mães dispõem de leite nos seios ou os pais possuem uma ou duas cabras.

A esta altura, já foi completada a funesta taxa de mortalidade infantil.

As criaturas que ultrapassaram esta fase começam a engatinhar. Um dia, que não tem nada de belo, aparecem com diarréia, chôro e fastio. A mãe descobre que ela expeliu uma ou mais bichas nas fezes ou pela bôca. Outras vêzes, começa a coçar as nádegas. Verifica-se que ali há uma erupção, que anda como uma cobrinha, e a seguir vêm a diarréia e a amarelidão. A erupção é a *"larva migrans"*, sinal de entrada do temível ancilóstomo. Vai ao médico e observa que dos seus 4 e meio milhões de glóbulos vermelhos só restam 800 mil ou 1 milhão. Têm de receber transfusão. Sobrevêm as complicações mais variadas. Pequeno número dessas crianças conseguem ser internadas e as outras, ao contrário das pombas do poeta, vão embora e não voltam mais. Algumas não chegam a ser internadas, mas escapam porque a anemia não atingiu grau tão elevado; no entanto, continuam indo ao Pôsto porque a diarréia não pára mais. A esta altura, já vai nascer outro irmãozinho; o preço da carne aumentou, o pai nunca é aumentado de ordenalo e um dia a mãe observa que o filho está inchando. Primeiro os pés, depois as pernas e os braços e por fim o rosto e os olhos. O farmacêutico ou o *"medium"* consultado diz que é "rim". Retira-lhe o pouquinho do leite ou da carne que poderia comer e o sal da alimentação. A inchação continua aumentando e a mãe descobre que a pele está ficando roxa, depois côr de café com leite e finalmente começa a descascar. Leva-o, então, ao Pôsto ou ao hospital e o doutor constata a presença de *kwashiorkor*. Se não fôr internado morre e se fôr há a possibilidade de escapar.

Enquanto isto acontece em milhões de lares brasileiros (se se pode chamar de lar um barracão, um mocambo, um rancho, u'a maloca ou os cortiços e

porões das grandes cidades), respeitáveis matronas e comendadores realizam reuniões, noitadas alegres e outras festas em benefício, segundo dizem da criança. O Rotary e os Lions reúnem os seus membros em lautos almoços, regados ao melhor whisky, para socorrer a criança brasileira. A pomposa Campanha Nacional da Criança mobiliza céus e terras para conseguir recursos. No fim de tudo, salvam-se as vidas de algumas crianças, atirando-as por sua vez a novas dificuldades, deixam-se morrer milhares de outras e vai-se dormir com a consciência tranqüila...

Mas, apesar de tôdas estas dificuldades, escapou um bom número delas. Criança é bicho teimoso e, como diz Sylvio Lago, "gato tem 7 fôlegos e criança tem fôlego de 7 gatos". Vem a idade de entrar na escola e não há vagas. A diretora do grupo escolar do bairro grãfino reservou as vagas para os "filhos de família", nada sobrando para as crianças dos morros próximos, mesmo que as mães cheguem às filas às 2 horas da madrugada. Nas favelas, dos subúrbios, nas cidades do interior e na roça só há vagas em número pequeno. Algumas pretinhas entram; é preciso demonstrar ao mundo que no Brasil não há preconceitos de raça. Outras poderiam conseguir vagas, mas como ir à escola se não têm roupa, se não têm comida ou se precisam trabalhar desde os 5 ou 6 anos? Antes de terminar o 1.º ano, muitas delas por êstes mesmos motivos deixam de freqüentar as aulas. Não tiveram dinheiro para comprar tantos cadernos, livros, lápis, bôlsas, exigidos pela moderna pedagogia (?). Outras não conseguem aprender. A professorinha se queixa de nada entrar na cabeça dêsses meninos. Formada no Instituto de Educação, onde para penetrar gastou algumas dezenas de milhares de cruzeiros se preparando

para acertar as adivinhações do exame de admissão, desligada, portanto, da realidade, chega a esta simples conclusão: a criança brasileira é a mais burra do mundo. Criança inteligente é a americana e a francêsa. Não entra nada nas cabeças de nossas crianças. Também, pudera, o pai é malandro e ébrio (cachaceiro). A mãe é tão relaxada e preguiçosa que nem quer se empregar na casa da gente...

Entrementes, aquelas senhoras e aquêles senhores tão preocupados com a sorte das criancinhas pobres, arranjam para algumas uns lugares denominados orfanatos. Pelo menos ali, presos, os meninos não venderão amendoim nem rolête de cana, não engraxarão sapatos e as meninas não pedirão esmolas. Nenhum dêles dará trabalho à polícia ou ao S.A.M. (Serviço de Assistência aos Menores).

O Juiz de Menores vê-se assoberbado com tantos problemas e, por mais esforços que faça, não consegue entender porque há tantas crianças abandonadas, porque há tanta criminalidade na adolescência. Nos textos das leis não há essas razões... Sem recursos materiais, sem a compreensão dos legisladores e sem poder atinar com as raízes profundas de tanta miséria, porque não foi preparado para servir a êstes infelizes, vê-se obrigado a utilizar a ajuda leiga e incongruente de uns cidadãos nomeados por intermédio de parentes e amigos ("pistolões") e denominados comissários de menores. São em geral destituídos das mais comezinhas normas de educação e instrução. Seu grau de cultura é dos mais baixos, comportando excessões. e não apresentam sequer o mínimo de conhecimentos específicos para a função. Muitos nem requisitos morais possuem.

Dos internados nos orfanatos, chegados à adolescência, uns arranjam emprêgo, outros não. Parte dos primeiros leva vida tão miserável que, como os últimos, só têm uma perspectiva: atirar-se ao submundo de delinqüência e do crime. As mocinhas vão para as cozinhas dos ricos ou para os prostíbulos.

Enquanto isto acontece com a infância pobre, a coluna social de "Última Hora", de São Paulo, de 16-11-1962 publicava: "Estão dando que falar em sociedade os dois cachorrinhos trazidos da França por Osvaldo Vidigal e que têm sido soltos em tôdas as reuniões, jantares e drinques. Um (o macho) possui um colar de platina e outro (a fêmea) um de pérolas".

É êste o panorama da maioria da infância brasileira. Ao examinarmos as condições desta infância e da nutrição em nosso País, ficamos pasmados como ainda há bons operários, camponeses e técnicos e ainda existem crianças.

7 — *As Doenças Cardiovasculares* — À medida que o indivíduo envelhece, as artérias que são os vasos por onde o sangue leva para todo o organismo o oxigênio e os alimentos, vão sendo recorbertas por um material gorduroso, diminuindo o calibre e, por conseguinte, minguando a quantidade de sangue que deve chegar às diversas zonas do corpo. É isto o que se chama arteriosclerose. A êste fato junta-se comumente o aumento da pressão das artérias (cada uma delas pode existir isoladamente), dificultando também a passagem do sangue, acarretando inúmeros distúrbios, a princípio leves e depois graves e finalmente mortais.

Além de causas desconhecidas dos médicos, não há a menor dúvida de que as dificuldades emocionais desempenham grande papel no aumento da pressão arterial. Estas são as principais doenças das artérias.

O coração também adoece por causas várias, como a sífilis (hoje quase desaparecida), o reumatismo poliarticular agudo ou reumatismo verdadeiro, quase sempre adquirido na infância. Tanto a hipertensão arterial como a arteriosclerose podem determinar doenças do coração. As duas últimas são hoje as causas mais comuns de enfarte do miocárdio, que é uma doença mista, isto é, das artérias coronárias e do coração ao mesmo tempo.

Tôdas estas doenças atacam e matam o povo brasileiro, inclusive indivíduos ainda jovens (dos 30 aos 50 anos), o que comumente não ocorre nos países industriais. Estas doenças, apesar de não serem curáveis, podem ser evitadas ou então dilatado o prazo de seu aparecimento, se ao homem forem dadas condições satisfatórias de vida. Se instaladas, seus efeitos serão atenuados se o indivíduo dispuser de condições para efetuar um tratamento de modo a permanecer equilibrado. Dêsse tratamento fazem parte, além de medicamentos caros, exames de laboratório, repouso e equilíbrio emocional. Infelizmente, no Brasil, pelos motivos expostos, não há nem nunca houve a preocupação de se evitar estas doenças e milhares de vidas são perdidas sem necesidade.

8 — *As Doenças Mentais* — É outro quadro doloroso em noso País. Diàriamente vemos nas ruas, inúmeros doentes mentais (malucos) e os hospícios estão abarrotados; (*) há camas pelos corredores e salas, colchões espalhados, porque nas enfermarias não cabem mais. A assistência nestes estabelecimentos, quando públicos, lembra a Idade Média, e quando particulares, salvo alguns caríssimos reservados aos ricos,

(*) Em geral, com 2 a 3 vêzes mais da lotação prevista.

deixa muito a desejar. Se na Idade Média julgava-se que a loucura era obra de Satanaz, hoje, age-se como se naquela época estivéssemos, embora nem sempre se perceba. A sífilis que era uma das causas que mais forneciam doentes mentais, vem diminuindo e está quase acabada em sua faina arrasadora, desde o advento da penicilina.

A assistência especializada aos doentes mentais no Brasil é uma lástima. Segundo o psiquiatra paulista Pedro da Silva Dantas, o índice de médicos para os doente mentais é o seguinte: EE.UU. 1/200 * U.R.S.S. 1/25 * Rio de Janeiro 1/450 * Estado de São Paulo 1/2.500. O atual Distrito Federal (Brasília) não possui assistência psiquiátrica.

Calcula-se que a percentagem ideal de leitos para os doentes mentais conhecidos é de 5%, isto é, de 5 leitos para cada 100 doentes mentais matriculados. A situação no Brasil é calamitosa. Em São Paulo, onde melhor são atendidos êstes doentes, tal índice, em 1958, era de 0,2% ou 2 por 1.000. Quer dizer, havia naquele ano 2 leitos para cada 1.000 doentes mentais. Daquele ano para cá as cousas não mudaram muito. Imagine-se no resto do Brasil.

Outra cousa inacreditável é o que se passa com os epilépticos, principalmente os jovens. Não tem havido a menor preocupação em procurar evitar ou melhorar a sorte dos epilépticos, apesar de atualmente os recursos neurológicos, salvo excessões, poderem controlar as crises preparando o enfêrmo para uma vida normal. O adolescente epiléptico chega à idade de trabalhar e não pode por êste motivo. Não podendo trabalhar, não pode se tratar. Não podendo se tratar, não pode trabalhar. O número e a intensidade dos ataques vão aumentando e se agravando extraordinàriamente. Às vêzes consegue um emprêgo, mas nos

primeiros dias tem uma crise e é despedido. Há milhares dêsses infelizes em todo o País. Estima-se em 9,6%, os pacientes internados por epilepsia nos hospitais psiquiátricos e recentemente um hospital do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro resolveu não mais internar epilépticos.

Das internações, 12,2% são por alcoolismo.

Mas o assunto não é grave apenas em vista de os doentes mentais declarados, os que perdem a consciência, os loucos. Há as neuroses com manifestações claras mas sem perda de consciência. As principais são as angústias. Para essas, a não ser em ocasiões especiais, não há necessidade de internação. Há as neuroses frustas ou não declaradas, apresentando as mais variadas formas clínicas, como se fôssem doenças de outros órgãos do corpo: coração, estômago, vesícula, aparelho respiratório, pele, etc. São chamados por muitos, distúrbios neuro-vegetativos. Muitas neuroses já começam desde os primeiros meses de vida, com insônia, anorexia (fastio), coceiras, enurese noturna (urinar na cama à noite), caráter irascível (menino brigão), pavor noturno, etc.

Êsses distúrbios na infância são, em sua maioria, transmitidos pelos pais, por transferência de suas ansiedades, frente às aperturas financeiras, por desajustamentos conjugais, por falta de educação dos pais ou de outros parentes (avós em geral), por descaso, sobretudo na alta sociedade, ficando a criança entregue à orientação de empregadas, ou finalmente por inexistência de instituições para a educação das crianças e dos próprios pais.

A maioria das neuroses é determinada ou agravada direta ou indiretamente por motivos econômicos. Há os casos de falta de dinheiro por motivo de baixos salários ou desemprêgo, para satisfazer as necesidades

mais imediatas: alimentos, roupas, saúde, educação, repouso, moradia, etc., ou para a realização dos atos sociais e biológicos: casamento, procriação, vida social, cultura, etc. Há, recìprocamente, os casos de ambição por ganhar mais dinheiro, quer seja porque o indivíduo deseja ser superior aos outros em fortuna, ou porque procurar uma segurança futura para si e para a família, face às incertezas da vida presente. As causas, na prática, se misturam e nem sempre é possível distinguir quando o fator econômico age como agente primitivo, secundário ou de agravamento. Em quase todos os casos, êle dificulta a cura em virtude dos altos preços dos métodos de tratamento.

E aqui entramos numa era verdadeiramente calamitosa: a era dos tranqüilizantes. O sistema econômico vigente, longe de resolver os problemas econômicos da maioria do povo, cria-os e agrava-os diàriamente. Para atenuá-los, recorre aos medicamentos tranqüilizantes que não curam nada, mesmo dos que podem comprá-los, pois são tão caros que sòmente pouquíssimos podem adquiri-los. Além disso, a indústria farmacêutica vem ùltimamente aperfeiçoando êstes remédios e nem a infância é respeitada, pois não há semana em que não apareçam novos tranqüilizantes para as indefesas crianças brasileiras, com a cumplicidade evidente da classe dominante e seu servo, o Govêrno.

A subliteratura (histórias em quadrinhos, foto-novelas, revistas amorosas, novelas de rádio, literatura espírita, filmes de bandidos, Seleções do Reader's Digest) e outros, completam o quadro, fornecendo os ingredientes psicológicos, educacionais, políticos e falsamente culturais, necessários. Não temos dúvida em afirmar que a subliteratura amorosa é responsável pelo aumento vertiginoso dos crimes passionais.

Tal é o quadro brasileiro das doenças mentais. Apesar de terem diminuído extraordinàriamente as causas infecciosas, sobretudo a sífilis e a meningite o número de doentes mentais e de neuróticos declarados (sem alteração da consciência) tem aumentado últimamente. A economia brasileira modificou-o no sentido quantitativo, determinando o aparecimento de problemas que só está em condições de agravar, a não ser que se transforme adquirindo sentido mais humano.

9 — *As Doenças Infecciosas* — O panorama das doenças infecciosas é o mesmo do das demais doenças. Enquanto em relação a algumas, como as doenças cardiovasculares e certas doenças mentais, não dispomos de meios para preveni-las ou curá-las, nas doenças infecciosas não há qualquer dificuldade que a medicina ou a engenharia sanitária não tenha resolvido, salvo raras exceções. É inacreditável dizer-se, por exemplo, que o tifo em Niterói e no Rio de janeiro é endêmico, e que nesta última cidade houve graves surtos de tal doença em época recente (subúrbios da Leopoldina: Bom Sucesso, Ramos, Olaria e Penha) por falta de esgotos. Vimos atrás a observação do Professor Samuel Pessoa com relação à cidade de S. Paulo. Em Niterói, simplesmente não há esgotos em adequado funcionamento. Sua rêde atual (1962) foi construída há cêrca de 20 anos e satisfazia apenas 1/3 das necessidades. Hoje, a cidade tem população quadruplicada e além de a rêde ser a mesma, está funcionando precàriamente. Suas praias passam a maior parte do tempo interditadas, principalmente, por causa da incidência de hepatite infecciosa. A maior parte do tempo é o modo de dizer, na realidade é o tempo todo. Apenas por ocasião dos surtos mais intensos a

Secretaria de Saúde manda colocar tabuletas inoperantes porque, não tendo meios coercitivos nem autoridade moral para impedir a afluência às praias, estas nunca deixam de ser freqüentadas, quer haja tabuletas quer não. A falta de comprovação estatística das doenças infecciosas é explicável porque não sendo hoje em dia o tifo ou a hepatite infecciosa doenças mortais, ou só excepcionalmente o sendo, o contrôle sanitário mais eficaz devia ser feito pela notificação compulsória, que normalmente deixa de ser cumprida por motivos principais: 1.º) o médico brasileiro, por sua formação individualista, não se preocupa com os problemas médico-sanitários, daí a notificação compulsória dificilmente ser feita; 2.º) nada adianta notificar, porque os encarregados da saúde pública chegam com 2 ou 3 dias de atraso e o clínico não vai esperar, principalmente, quando se trata de doença curável com antibióticos nas primeiras 24 ou 48 horas. Ao chegar o pessoal da saúde pública o paciente já está curado e a doença não pode ser comprovada do ponto-de-vista laboratorial. Ora, sem prova desta natureza, o serviço sanitário não pode afirmar que houve a doença.

A Varíola em suas duas formas, varíola "major" ou bexiga e varíola "minor" ou alastrim, vem recrudescendo últimamente no Brasil por dois motivos: 1.º) relaxamento das vacinações e seus contrôles; 2.º) nos últimos anos cessou, na prática, a prioridade da vacinação contra as doenças que são significativas para o Brasil (varíola, coqueluche, difteria e tétano), em benefício da vacina contra a paralisia infantil, que acomete apenas insignificante parcela da infância brasileira, e precisamente a que pode pagar. Não queremos dizer que a vacina antipólio não seja necessária, prin-

cipalmente a oral, muito mais eficaz, menos perigosa e mais barata do que a injetável e de administração incomparàvelmente mais fácil. Mas não deveria ser feito em detrimento daquelas vacinações básicas, pois, sendo o Brasil um país em fase atrasada de desenvolvimento e portanto de más condições de higiene, jamais dever-se-ia relaxar aquelas 4 vacinações. E o resultado aí está: incidência crescente da varíola e do alastrim. Todo médico sabe que a incidência de difteria, de tétano e de coqueluche é muito elevada entre nós e porisso são doenças mortais, embora não devessem ser. Para o tétano, ainda se consegue fazer a profilaxia pela aplicação de sôro antitetânico por ocasião de ferimentos, mas todos sabem que é um método perigoso. Manteve-se, felizmente, a duras penas o B.C.G.

O tétano continua ceifando milhares de vidas preciosas e continuará por muitos anos, pois o número de crianças vacinadas ainda hoje é muito pequeno, inclusive nas classes médias.

O tracoma continua cegando ou diminuindo a visão de milhares de brasileiros, impedindo-os de trabalhar. As medidas até agora tomadas contra essa enfermidade são insignificantes e ridículas. Estima-se em 1 milhão a massa de tracomatosos em todo o País.

A bouba (*framboesia*) continua atacando milhares de patrícios, principalmente nas zonas rurais. Admite-se atualmente a existência no Brasil de 600.000 boubáticos e isto quase 20 anos depois de ter sido descoberto o medicamento curativo, a penicilina.

A lepra é, hoje em dia, segundo o Diretor do Serviço Nacional de Lepra, Dr. Fausto Gaioso Castelo Branco, problema dos mais sérios, atingindo os seguintes índices por 1.000 habitantes: Amazonas 5,5, ou 550 por 100.000 habitantes * Pará e São Paulo 2,1, ou 210 * Minas Gerais 2, ou 200. Em 1956, era

a seguinte a situação nas Américas: México 96,6 * Cuba 88,7 * EE.UU. 0,5, tudo por 100.000 habitantes. (*)

Quanto à *febre tifóide* (*tifo*), continua grassando e matando no Brasil, como em outros países subdesenvolvidos. Vejamos alguns dados (mortalidade por.... 100.000 habitantes): República Árabe Unida: Cairo 11,3; Alexandria 6,1 * Argentina — Buenos Aires 0,1 México 1,8. Algumas capitais brasileiras: Belém 1 * Recife 2,8 * Niterói 2,7 * Rio de Janeiro (Guanabara) 2,1 * Curitiba 3,9 * Belo Horizonte 0,8. Os países industriais não figuram mais nestas estatísticas, pois ali ninguém morre mais de febre tifóide.

A conseqüência de tudo isto são as altas taxas de mortalidade geral e a baixa perspectiva de vida. Foram os seguintes os coeficientes de mortalidade geral em algumas capitais brasileiras em 1960: Belém 13,9 * João Pessoa 17,9 * Recife 18,4 * Salvador 17,5 * Guanabara 11,2 * Pôrto Alegre 13,7. Em Fortaleza, em 1959, foi de 43,7.

A perspectiva de vida no Nordeste oscila atualmente entre 30 e 33 anos, enquanto nos países industrializados chega a atingir 67 anos.

Tal é o panorama sanitário brasileiro. Composto na maior parte, de doenças de fáceis cura, prevenção e atenuação. Mas, por que então não é resolvida esta deplorável situação?

(*) Depois da vitória da Revolução Cubana, descobriram-se algumas povoações de leprosos, vivendo completamente abandonados à sua própria sorte, como se estivéssemos há 1.000 ou 2.000 anos, não fazendo parte dos registros oficiais.

CAPÍTULO III

O Imperialismo e o Latifúndio como causas principais de doenças e de morte no Brasil

Analisando o problema da deficiente assistência ao lactente e abordandoo a gravidade da imortalidade infantil no Brasil, escreveu o grande pediatra patrício César Pernetta as seguintes palavras: "Salta aos olhos a causa real de situação de inferioridade em que nos encontramos sob êsse ponto de vista. Os países de alta mortalidade infantil são justamente aquêles que, pela fragilidade de sua economia, não puderam ainda proporcionar à grande massa de sua população as aquisições da higiene moderna, aquisições que deram margem à espetacular modificação do panorama assinalado nos últimos 60 anos nos países de alto nível econômico.

".....Os coeficientes de mortalidade infantil representam um dos estigmas de subdesenvolvimento e só a elevação do nível econômico e cultural do povo é capaz de baixá-los de modo nítido e seguro.

"A consciência que o povo brasileiro está tomando dos problemas nacionais e o desejo cada vez mais firme de assegurar a independência econômica do País, dão-nos a perspectiva de melhores dias num futuro não muito remoto".

O Professor Samuel Pessoa, cujos trabalhos no campo da saúde pública e da parasitologia vêm orientando há vários anos a ação dos médicos brasileiros e a sua formação para salvarem milhares de vidas, escreveu: "O pauperismo das populações rurais, condicionando o atraso, a ignorância e a subalimentação, é característico geral de várias áreas brasileiras. Também verifica-se que todos os sociólogos e políticos sinceros estão de acôrdo em que o baixo nível de vida nos campos é resultante fundamentalmente do regime latifundiário que pràticamente se desenvolve em maior ou menor escala em todos os Estados brasileiros, levando à produção quase exclusiva de produtos para exportação, em detrimento dos de consumo local".

Os dois cientistas brasileiros verificaram com a maior clarividência as verdadeiras causas do nosso quadro sanitário, inadimissível, mas real, descrito no Capítulo anterior.

Êsse quadro decorre da estrutura econômica do nosso País, atrasada e pobre, e que por isso não dispõe de recursos para dar saúde e vida mais longa à maioria da população brasileira. Essa estrutura, embora esteja sendo modificada, baseia-se no latifúndio e em seu aliado e sustentáculo, o imperialismo.

Para comprender-se bem êstes fatos, precisamos saber primeiro o que é imperialismo. O sistema capitalista formou-se, sucedendo ao regíme feudal, após ter êste cumprido sua função histórica. Lutou muito para se impor e acabou vencendo. Passou por diferentes fases, a última das quais é o imperialismo.

O imperialismo resulta da mudança de caráter do capital, à medida que êste aumenta em grandeza e se desenvolve em funções. Quer dizer: em virtude dos ilimitados lucros das emprêsas capitalistas, o capital aumenta desmedidamente e por várias razões não

pode voltar a ser empregado em novas emprêsas. Gera-se, assim, um capital excedente, que pelo seu próprio caráter, não pode ficar parado. Algum emprêgo tem de lhe ser dado. E o melhor destino é a exportação sob variadas formas dos países industriais ou adiantados para os não industrializados ou atrasados. A esta altura, vários fatos acontecem: 1º) o fim da livre concorrência na grande produção e sua substituição pelos monopólios e cartéis; 2º) o domínio completo dos governos pelas emprêsas capitalistas e pelos bancos; 3º) as lutas a todo custo, morais ou imorais, pacíficas ou violentas, pela multiplicação e garantia dêstes capitais; em virtude dessas lutas os países importadores são dominados de tôdas as maneiras e seus povos subjugados por tôda sorte de interêsses, na maioria das vêzes, sem perceberem; 4º) o aperfeiçoamento teórico e prático do princípio da divisão internacional do trabalho.

Entende-se por divisão internacional do trabalho ou divisão do trabalho em escala internacional, a falsa teoria engendrada pelos primeiros países imperialistas, a Inglaterra sobretudo, segundo a qual há um grupo de nações consideradas superiores e destinadas por inspiração divina a produzir artigos de origem industrial (de maiores lucros), e outro grupo, destinado a produzir materiais simples ou produtos primários (de menores lucros). Os produtos primários são de duas espécies: agrícolas (alimentos e certas matérias-primas) e minerais (matérias-primas). Tal teoria decorre da impossibldade de os países do grupo industrial produzirem todos os alimentos e matérias-primas necessários ao seu consumo, ou porque seus territórios são pequenos ou porque seus climas não se prestam à cultura daqueles produtos, ou, finalmente, porque os seus solos não produzem certas matérias-primas. Porisso, necessitam dêstes bens produzidos nos países pobres, sob as condições e os preços que convenham aos dominadores para manterem seus lucros tão altos quanto possível. Exemplos de matérias-primas minerais: minérios de ferro, de níquel, de manganês, minerais radioativos, carvão, petróleo. Exemplos de matérias-primas vegetais: algodão, lã, óleos vegetais, carnaúba. Exemplos de produtos alimentares: café, carnes, trigo, cana de açúcar.

Essa teoria está hoje completamente desmoralizada e provada sua falsidade com a industrialização de muitos países antigamente considerados como do 2º grupo. E aqui uma conclusão o leitor já tirou: só pode ser imperialista a nação capitalista.

A necessidade de garantia de multiplicação dos capitais junta-se a de fornecimento, em bases vis, dos produtos primários. Quando o produto é mineral, não há grandes dificuldades quanto ao problema da divisão da terra, porque em geral essas áreas não se prestam a outros fins e a exploração não pode fugir às normas comuns e primitivas de extração do produto em causa (minérios principalmente), nem aos métodos simples e baratos de trabalho. Quando, porém, se trata de produção agrícola ou pecuária, tudo se complica porque as terras servem também para outras culturas e a questão envolve numerosas pessoas, ou seja os trabalhadores do campo, da mais variada natureza, e outros interêsses, portanto. Ao mesmo tempo, nos países pobres (coloniais ou subdesenvolvidos), as emprêsas industrias necessitam de mercados certos para seus produtos, dentro evidentemente de sua doutrina de lucro.

Reúnem-se agora três fatôres: a) necessidade de fornecimento pelo menor preço possível de produtos primários (alimentos e matérias-primas); b) neces

sidade de mercado para as manufaturas do país imperialista e de investimentos para seus capitais excedentes; c) necessidade de evitar a industrialização dos países periféricos (coloniais ou subdesenvolvidos).

Utilizam-se para tal fim vários expedientes. É preciso contar com elementos locais (humanos, econômicos e sócio-culturais) para garantir e dar continuidade à ação em busca de maiores lucros Sòmente o latifúndio é capaz de realizar esta função. Para isto, os latifundiários se instituem em classe dominante e formam, compõem e mantêm os governos Tôdas as vêzes que os latifundiários são ameaçados, o imperialismo corre a socorrê-los, tudo faz para evitar sua queda. Em troca, o latifúndio dá, enquanto lhe é possível segurança interna permanente à ação do imperialismo. As classes sociais que podem ameaçar os latifundiários são a burguesia industrial, o operariado e o campesinato.

Esperamos que esta explicação indispensável à compreensão do assunto esteja simples e clara. Para estudos mais aprofundados, os leitores poderão procurar os demais volumes desta Coleção, outros livros e trabalhos mais completos.

Assim, pois, agem unidos o imperialismo e o latifúndio. O primeiro, evitando a industrialização dos países pobres, comprando produtos primários e vendendo produtos acabados pelos preços e condições que bem determina, e levando a maior parte do fruto do trabalho dos países periféricos sob a forma de lucros, dividendos, *"royalties"*, etc. O segundo, impedindo também a industrialização, explorando a massa trabalhadora, evitando o mais possível o aparecimento de novas e progressivas atividades econômicas e se mantendo na direção da economia e dos governos. Ambos sujeitando o país a um tipo de economia atrasada, como tão bem assinalaram os dois médicos patrícios citados no início do presente Capítulo, e dependente das nações estrangeiras. Não há quem possa fugir à esta realidade. O mais que se consegue é escamoteá-la do povo, graças ao contrôle quase absoluto (em muitos casos absoluto) dos veículos de publicidade e de cultura.

Quando o imperialismo vê seus lucros diminuídos, lança mão de vários recursos, violentos ou pacíficos, derrubando ou estabelecendo governos, prendendo patriotas ou matando-os. Dos recursos mais usados nestas ocasiões, destaca-se o procedimento que consiste em diminuir os preços dos produtos primários. É o que ocorre atualmente com o nosso país. De alguns anos para cá exportamos cada vez mais e recebemos cada vez menos.

Volume Exportado	1956	1958	1960
(1.000 t)	5.751	7.713	10.608
Valor			
(1 milhão de dólares FOB)	1.482	1.243	1.269
Valor Unitário			
Dolar/tonelada FOB	258	150	120

A luta entre os setores progressistas industriais e os grupos agrícolas atrasados não vem de hoje. Desde a independência do Brasil, a estrutura funciona assim. Recentemente tem-se conseguido, em virtude da perda de influência e autoridade dos latifundiários, "furar" algumas barreiras da publicidade e da literatura, e uma apreciável quantidade de trabalhos de ótima qualidade tem sido publicada. Saiu há meses, um interessantíssimo livro, sôbre o qual desceu, a exemplo de muitos outros, grossa cortina de silêncio. Trata-se do livro da professôra Nícia Villela Luz, intitulado "A Luta pela Industrialização do Brasil". Ali são

narradas e documentadas as tentativas de se instalar um parque industrial em nosso País, desde o século passado, levantando-se contra elas, tôda a oposição e o poder dos latifundiários, amparados pelos interêsses do imperialismo inglês que naquela época nos dominava. Os argumentos são os mesmos de hoje, destituídos de tôda lógica e do conhecimento da nossa realidade. Mal encobrem interêsses condenáveis em jôgo. Do lado dos industrialistas, lutavam Joaquim José Rolrigues Torres, Visconde de Itaboraí; Borja Castro; Irineu Evangelista de Souza, Barão de Mauá; Felício dos Santos; Amaro Cavalcanti; Inocêncio Serzedelo Corrêa; Alcindo Guanabara; Floriano Peixoto e outros. Contra a industrialização, de várias maneiras, Tavares Bastos, Francisco de Paula Leite e Oiticica, Leopoldo Bulhões, Bernardino de Campos, Rangel Pestana, Veiga Miranda e outros. Não é difícil identificar entre os últimos, conhecidas figuras ligadas direta ou indiretamente aos latifúndios da cana do Nordeste e do café em São Paulo e na Província do Rio de Janeiro (atual Estado do Rio de Janeiro).

Ninguém discute que a parte incomparàvelmente mais importante de qualquer sistema de economia é a indústria, porque é a mais lucrativa. E é para a indústria que, partindo da acumulação primitiva de capitais, tôdas as nações marcham.

Em 1959, ano em que o processo industrial já tinha se desenvolvido apreciàvelmente em nosso País, a renda *"per capita"* foi a seguinte, segundo o relatório do Banco do Brasil: não deflacionada Cr$ 28.613,00 cruzeiros por ano; deflacionada Cr$ 16.457,00) (*)

(*) A renda "per capita" em diversos países em 1957 foi a seguinte (em dólares): EE.UU., 2.577 — Suiça, 1.428 — Inglaterra, 1.189 — Tchecoslováquia, 680.

E para esta diferença não há têrmos de comparação, pois "como evidência desta tremenda distância econômica que separa os povos do mundo em dois grupos dissemelhantes, basta referir alguns dados estatísticos recolhidos pela ONU (Organização das Nações Unidas) e referentes às rendas nacionais. De acôrdo com êstes dados, os 19 países mais ricos (industriais), contando apenas com 16% da população do mundo, usufruem mais de 70% da renda mundial. Em contraste, os 15 países mais pobres, onde vivem mais 50% do efetivo humano, recebem menos de 10% da renda mundial". Aqui se inclúem a China, com 670 milhões de habitantes, a Índia com quase 500 milhões, a Indonésia com mais de 80 milhões e o Brasil com mais de 70 milhões.

Ora, saúde custa dinheiro e muito dinheiro. Para cuidar-se da saúde do povo, há que dispor de uma economia forte e sólida. Tanto as classes dominantes como o govêrno, qualquer que seja o tipo de assistência médica, e também os doentes, tratando-se de medicina privada, precisam ter dinheiro. A economia de certos países, baseada em atividades de baixo rendimento, acarreta a pobreza coletiva. As funções da absoluta maioria dos trabalhadores são extremamente simples (atividades primárias), outros cargos ocupam poucos e mal pagos profissionais, principalmente quando o sistema é antiquado como o nosso. "A estimativa da renda nacional, em 1957, diz Osny Duarte Pereira, atingiu a 900 bilhões de cruzeiros. Dessa quantia, 360 bilhões (40%) ficaram nas mãos de 5% da população econômicamente ativa... aquêles 18 milhões de pessoas, representando 86% da população econômicamente ativa, perceberam um têrço da renda nacional.... 5%, isto é, pouco mais de 1 milhão de pessoas eco-

nômicamente ativas, retiveram em 1957, cêrca de 360 bilhões de cruzeiros da renda nacional. Para os restantes 20 milhões de brasileiros econômicamente ativos o resto, ou seja uma renda *"per capita"* de .... Cr$ 27.000,00 (Cr$ 2.250,00 por mês). No interior do Maranhão, até meados de 1958, o salário vigente não ultrapassava de Cr$ 420,00".

Se a economia é assim fraca, se o povo ganha pouco e se o pouco que produz é carreado para fora, não há dinheiro para sanear as regiões doentias, para alimentar as populações, para atender às crianças e aos adultos por ocasião de suas doenças, para prevenî-las, para adquirir remédios e para ser mantida uma rêde hospitalar em condições de servir ao povo em suas necessidades.

Tanto o latifúndio como o imperialismo vivem dêsse estado de coisas e o sustentam, evitando de tôdas as maneiras modificá-lo, salvo se são obrigados por algum motivo independente de sua vontade. No Brasil, a situação tem-se mantido dentro dêsses estreitos limites e sòmente de poucos anos para cá vem-se transformando. Para o latifundiário que não quer perder suas posições de mando é muito mais cômodo e mais barato conservar a situação social. Homens de poucas letras e de visão limitada pelo próprio imperialismo, os latifundiários não enxergam além de suas propriedades. Na maioria dos casos, até o aumento dos lucros lhes é indiferente. Ficam satisfeitos porque a vida que levam sem preocupações maiores, lhes permite o máximo de confôrto e de autoridade dentro de sua estreita sensibilidade. Quando muito contentam-se com o luxo, em geral de mau gôsto em suas residências, como bem descreve Francisco Julião a propósito de certo usineiro em Pernambuco: "Em sua casa o luxo é deslumbrante. Bebidas caras, iguarias finas, *grooms* nas cocheiras, criados de farda servindo à mesa, escanção (*) atento à lista dos vinhos preferidos pelos convivas, charutos especiais, ambiente de Mayfair. Seus rendeiros, porém, morrem de fome. São os camponeses mais miseráveis de todo o Nordeste. Vivem de macacheira e de jaca verde. Não comem terra porque terra não se digere e mesmo porque se a comessem, êle mandava prendê-los e esculachá-los declarando-se roubado".

Se tentam aumentar a produção e os lucros esbarram na proibição de seus amos na hierarquia econômica (patrões), batem em retirada e se contentam com as exigências da organização econômica. A luta com os superiores econômicos não os seduz.

Os latifundiários brasileiros, salvo exceções, não possuem ainda mentalidade capitalista. Suas origens, o imperialismo e a estreiteza de idéias não deixam. As gerações vão-se sucedendo e o espírito não muda. A não ser em regiões já mais desenvolvidas, por concessão do próprio imperialismo, não os atraem os avanços técnicos, porque êstes resultariam em maior produção, e a obrigação de mercado limitado impede a possibilidade de venda para aquêle aumento da produção, resultando certamente em grandes prejuízos. Não podendo influir na dilatação dos mercados, preferem ficar como estão. Por meio do govêrno influem no mercado interno quando os produtos não são para exportação, como o feijão, o arroz, o milho, a farinha, etc. À massa de consumidores impõem os preços na dependência exclusiva de seus interêsses. Isto quer dizer que *as dificuldades intransponíveis*

(*) Escanção é o empregado encarregado de zelar pelo depósito de bebidas (adega). Incumbe-lhe também selecionar os vinhos adequados para as refeições, festas e recepções.

encontradas diante do imperialismo, procuram descarregar sôbre os consumidores e os trabalhadores de seu próprio país. Assim, entre viver uma vida limitada, esmagados pelos bancos e pelos compradores nacionais e estrangeiros, mas com a sensação de mando sôbre os empregados, pequenos proprietários e outros dependentes, e enfrentar os riscos de certas crises, a ira dos patrões, embora com possibilidades de maiores lucros, êles escolhem a primeira alternativa e ficam eternamente escravos. Aliás, dentro de sua estreita visão, nada lhes falta. Têm casa boa, comida, roupa, médicos, dinheiro para mandar os filhos aos colégios, doutorá-los, e preparar as filhas para casarem com os doutôres. Têm ainda a polícia para reprimir qualquer manifestação de protesto dos seus dependentes e o govêrno para compensar os prejuízos por ocasião das crises causadas pelos rigores do clima (sêcas, geadas, inundações, etc.) ou por sua imprevidência nas dificuldades de superprodução, quando, por qualquer motivo, ultrapassam os limites traçados pouco atrás. Para isso, o govêrno é dêles ou é exercido por êles.

Mas, quais são as conseqüências desta situação? Para o povo são as piores, não apenas para os empregados ou outros subordinados, mas sobretudo para o povo em geral, pois o rendimento de culturas de latifúndio é baixíssimo e os custos de produção altíssimos. Não só os produtos ficam muito caros como o volume e qualidade não acompanham o aumento e as exigências da população em permanente processo de crescimento e aperfeiçoamento.

Vejamos o que se passa no Brasil. As atividades econômicas, exclusivas antigamente, e predominantes de certo tempo para cá, são as de natureza agrícola para fins de exportação: café, cacau, carnes, algodão,

etc. Disto resultam dois fatos da maior importância: 1.º) fraca rentabilidade econômica e financeira; 2.º) funções ou empregos, tanto de execução como de direção, em número pequeno com salários baixos, além da imposibilidade de utilizar todos os indivíduos que já atingiram a idade de trabalhar.

A acumulação capitalista indispensável ao desenvolvimento da economia é quase impossível de ser conseguida porque a economia é pobre, como ficou dito, e a maior parte do que produz vai para o exterior. Como resultado, a maioria dos assalariados não pode comprar esta nobre mercadoria que é a saúde e os desempregados, êsses não podem comprar nada.

Com muita clareza Josué de Castro mostra a situação no Brasil. "É que cêrca de 60% das propriedades agrícolas no Brasil são constituídas por glebas de área superior a 500 hectares de terra, 20% possuem mais de 10.000 hectares. No recenseamento de 1950 ficou evidenciada a existência no Brasil de algumas dezenas de propriedades que são verdadeiras capitanias feudais: propriedades com mais de 100.000 hectares de extensão.

"Do latifúndio decorrem a ínfima percentagem de área cultivada no país — apenas 2% do território nacional — as práticas agrícolas primitivas, de baixo rendimento técnico e de alto grau de destruição da fertilidade dos solos, a ausência de técnica agronômica e do esfôrço de capitalização indispensável ao progresso rural. Do latifúndio decorre também a existência das grandes massas dos sem terra, dos que trabalham na terra alheia, como assalariados ou como servos explorados por esta engrenagem econômica de tipo feudal.

"Todo o esfôrço da modernização e dinamização de nossa agricultura tropeça neste arcabouço arcáico da infraestrutura agrária, verdadeira armadura contra o progresso econômico e social do país".

Como foi dito, a economia agrícola, por mais aperfeiçoada que seja é fraca e pobre. Os volumes de capitais em circulação, a acumulação e os lucros são incomparàvelmente menores que os das indústrias. Não foi outra a razão da derrota do feudalismo, baseado na economia agrícola atrasadá, pela economia de tipo capitalista, mais rica e mais progressista. E leve-se em conta que ainda não era de caráter industrial. A Revolução Industrial só ocorreu mais tarde. Com relação ao Brasil, ouve-se freqüentemente certos publicistas fósseis dizerem: "O Brasil é um país essencialmente agrícola". Há poucos anos, um puericultor, analisando os altos índices de doença e de morte na infância, dizia: "Ruralizemos o Brasil". Não há país no mundo, com atividades agrícolas como base de economia, que não tenha quadros nosológicos semelhantes aos nossos. O homem comum que não tem acesso às fontes de estudo — porque estudar em nossa terra, para grande parte de nossos patrícios, constitui esfôrço igual ao de Jesus para subir o Calvário — crê inocentemente nessas sandices e as repete sem saber o que exprimem, na doce ilusão de que contribui para a solução de nossos problemas, quando na realidade os está complicando ainda mais e favorecendo a demora das soluções. Por trás do cidadão, condicionando-lhe o pensamento e o modo de agir, estão os teóricos muito bem nutridos e bem vestidos, cujas ligações e dependências com o imperialismo e o latifúndio podem ser verificadas com a maior facilidade.

Há portanto grande interêsse dessas duas poderosas fôrças em manter assim o país. Não apenas os latifundiários e imperialistas, mas também outros setores que gravitam em seu redor: comércio importador dos produtos industriais, exportadores nacionais, e supostamente nacionais de produtos primários, banqueiros, comerciantes varejistas, donos das poderosas firmas grossistas de gêneros, etc. Todos êstes setores são fortes aliados dos dois grupos fundamentais.

Tudo isto ocorre, não apenas no Brasil mas em qualquer país subdesenvolvido, seja êle a Argentina, o México, a Índia, o Congo, a Indonésia ou Cuba antes da Revolução. Quaisquer agrupamentos sociais novos que apareçam tentando modificar a situação, recebem logo todo o pêso da oposição do latifúndio e do imperialismo, sob as mais variadas formas. No passado tivemos o exemplo de Mauá. Tentou êste grande brasileiro industrializar o nosso país, mas as fôrças retrógradas o levaram à falência. Mais recentemente tivemos o exemplo de Getúlio Vargas. Pelo fato de ter tentado industrializar o Brasil e libertá-lo das garras do imperialismo, foi destituído do poder uma vez e levado ao suicídio em outra.

Com atividades escassamente rendosas, com o pouco que produz sendo enviado para fora e não havendo interêsse em progredir, não existe dinheiro suficiente para ser gasto com a saúde dos brasileiros. Diz Caio Prado Júnior que de 1947 a 1961 a diferença entre os capitais entrados no Brasil e os remetidos, segundo as estatísticas oficiais, foi de 300 milhões de dólares, sendo que esta deve ser considerada como estimativa baixa por dois motivos: as entradas são supervalorizadas, em virtude da maioria dêsses capitais virem sob forma de maquinária, às vêzes obso-

leta, cuja avaliação é feita exageradamente no país de origem; as remessas estão sempre abaixo das parcelas declaradas porque não há contrôles para tais remessas fato confessado inclusive recentemente pelo sr. Otávio Gouveia de Bulhões, ex-diretor superintendente da SUMOC, pois entre outros motivos de escamoteação, está a sonegação do impôsto de renda. Os volumes exatos de capitais remetidos não são ainda do conhecimento do próprio govêrno brasileiro, pois não há com segurança nenhum dado e isto fica mais claro e escandaloso quando se sabe que sòmente de 1947 para cá êsses contrôles começaram a ser estabelecidos, assim mesmo de maneira bem deficiente. Não há dúvida, porém, de que as remessas de capitais para o exterior, constituem fator de verdadeira calamidade social para o nosso povo.

O resultado é aquêle tremendo quadro de fome, doenças, miséria e morte. Êste sistema, assim pouco rendoso, não oferece aos brasileiros senão poucas possibilidades de empregos mal remunerados, ficando grande parte sem emprêgo. Quer dizer: há grande número de desempregados, embora se diga que sofremos de preguiça. A agricultura trabalha com extraordinária capacidade de mão-de-obra ociosa, mediante o desemprêgo direto e disfarçado. Em certas zonas do Nordeste e do Norte esta capacidade atinge até 70%. O desemprêgo disfarçado se expressa sob a forma de grande número de assalariados só trabalharem alguns dias na semana ou algumas horas por dia. Na indústria, por não haver mercado para a sua produção, fato êste decorrente do latifúndio que não permite a existência em nosso país de forte mercado interno, trabalha-se com menos do que é capaz cada emprêsa (capacidade ociosa ou produção abaixo da capacidade instalada) e assim deixa de fora milhares

de patrícios em idade de trabalhar, os quais ou ficam mesmo desempregados ou são utilizados em funções abaixo de seus méritos intelectuais e técnicos.

No campo, a coisa se processa de maneira um pouco diferente. Dissemos atrás que o latifúndio não tem interêsses ou não tem podêres para manter suas atividades no máximo de rendimento. Por êste motivo, seus empregados ganham os mais baixos salários, quando ganham. Ganhando pouco, não se alimentam nem às suas famílias, sobrevindo a fome, as doenças e outros danos. O indivíduo faminto e doente não pode trabalhar a semana tôda e assim é um desempregado parcial. Embora o latifundiário esbraveje e reclame, no fundo dá graças a Deus (salvo se fôr num momento de trabalhos urgentes, como a plantação ou a colheita) porque se todos trabalhassem a semana tôda, a produção aumentaria muito mais e não haveria mercado para tudo, pelo menos nos preços que os

QUADRO IV

Renda Interna, Segundo Ramos de Atividade
(Em Bilhões de Cruzeiros)

	1939	1947	1950	1953	1956	1959
Agricultura	11,9	37,7	61,4	104,7	199,3	384,1
Indústria	6,4	30,0	51,1	88,4	176,7	358,6
Comércio	4,5	23,4	30,3	48,1	95,9	194,0
Outros	12,9	49,1	71,6	119,1	261,7	481,7
TOTAL	35,7	140,2	214,4	360,3	733,6	1.418,4

FONTE: Desenvolvimento e Conjuntura n.º 7 — Julho 1961.
Êste Quadro mostra o aumento da renda industrial e o declínio da renda agrícola. Em 1939, a renda agrícola participava com 33,3% e a industrial com apenas 17,9 da renda interna. Em 1959, a renda industrial subiu para 24,1% e a agrícola baixou para 27%. A renda comercial passou de 12,6 para 13,6%.

latifundiários quereriam, o govêrno não poderia pagar tantas perdas, haveria grandes prejuízos e conseqüências sociais daí resultantes.

Ùltimamente a economia brasileira vem se modificando e o processo não apresenta êste caráter esquemático que estamos descrevendo. Isto ainda se passa em algumas regiões do país e em outras regiões do mundo mais atrasadas. Neste momento, o Brasil atravessa uma fase mais adiantada, qual seja a substituição progressiva da economia agrícola (fraca) pela industrial (rica). Nossa agricultura de subsistência baseada em moldes antiquados não está satisfazendo as exigências dessas modificações.

Nesta fase, o latifúndio já não é, como outrora, o único a mandar e está pouco a pouco perdendo a influência e autoridade. Mesmo assim continua predominando e permanece ainda a maligna aliança im-

QUADRO V

Índices do Produto Real Brasileiro
1949 = 100

Setores	1947	1950	1953	1956	1959
Agricultura	90	103	113	127	149
Indústria	88	112	138	173	237
Comércio	95	110	121	142	181
Transp. e Comunicações	80	106	138	159	203
Govêrno	95	102	110	118	127
Serviços	94	103	113	123	135
Aluguéis	73	108	113	134	166
Produto real total	90	107	122	141	174

Fonte: Desenvolvimento e Conjuntura n.º 7 — Julho 1961.

perialismo-latifúndio. Por esta razão, alguns leitores terão certa dificuldade em entender a presente situação.

Segundo João Paulo de Almeida Magalhães, nota-se, na indústria, entre 1944 e 1960, um crescimento de 166%, enquanto no mesmo período, a agricultura registrava um aumento de 54%". Mas vejamos como atuam conjugados e que prejuízos têm trazido ao nosso país e ao povo, o latifúndio e o imperialismo. Nossa independência, além de representar a vitória dos nossos ideais, consultava em tôda a linha os interêsses da Inglaterra, soberana na época. A partir de então, esta nação passou a exportar para nós os seus capitais, primeiro sob forma de empréstimos e depois sob forma mista, continuando com os empréstimos e investindo diretamente, sobretudo nos setores de estradas de ferro, portos e eletricidade. Dominava, dêste modo, inteiramente a nossa economia, quer empenhando nossas rendas públicas, quer matando no nascedouro quaisquer tentativas de industrialização. Dominava também a política, mantendo governos ou destituindo-os, com a cobertura do latifúndio, primeiro o da cana de açúcar e depois o do café. Até 1930, quase todos os frutos do trabalho do nosso povo eram remetidos para a Inglaterra.

Naquele tempo, morria tanta gente que nem sequer se sabia a conta. Não há estatísticas de tais épocas. Havia raros e precários registros de morbidade e mortalidade e muitos dos relativos àquela fase, hoje mencionados, foram estimados depois. Os primeiros coeficientes aproximados de mortalidade infantil, por exemplo, datam de 1939.

A partir daquele ano, os capitais americanos começaram a entrar com mais intensidadde de Aristóteles Moura, Osny Duarte Pereira, Caio Prado Jú-

nior, Sérgio Magalhães, Hilton Diniz e outros. O maior volume de capitais amerianos entrou e saiu do Brasil, a partir de 1950. Em algumas oportunidades tentou-se modificar a situação mediante a industrialização, mas, como vimos, o imperialismo e os latifundiários reagiram violentamente. Sòmente de 1945 para cá, conseguiu-se modificar tal situação. Daí para cá, o latifúndio vem perdendo inexoràvelmente a fôrça e o mando. Isto pode ser compreendido pela comparação das rendas industrial e agrícola (Quadro IV), ao longo dos vários anos.

Seguindo leis gerais e universais, o latifundiário brasileiro reage não apenas à mudança de estrutura econômica geral, mas às modificações em suas próprias bases. As tentativas de melhorar a técnica agrícola, em sua maioria, têm fracasado. Os latifundiários, sob o nome aparentemente inocente de ruralistas, detêm há longos anos a direção do Ministério da Agricultura e, por meio dêste poderoso órgão, destróem qualquer iniciativa de melhoria da técnica agrícola. O mesmo acontece no Ministério da Saúde, como veremos no próximo Capítulo. Aqui, a ação se faz mais direta e menos disfarçada. O número de técnicos formados é pequeno e dificilmente êstes encontram boas oportunidades para trabalhar, pois o sistema predominante é antiquado, não oferecendo emprêgo para êstes profissionais (agrônomos, veterinários, técnicos de nível médio).

Segundo, ainda, Josué de Castro, "o baixo rendimento do homem rural brasileiro faz com que sejam necessário 10 milhões de trabalhadores para cultivar apenas 20 milhões de hectares de terra, enquanto nos Estados Unidos 8 milhões de homens cultivam 190 milhões de hectares, ou seja, área dez vêzes mais extensa. A produtividade da terra em seus produtos

tradicionais também se revela comparativamente em situação bem desfavorável; assim, a produtividade média por hectare de cana de açúcar é de 38 toneladas no Nordeste contra 70 em Pôrto Rico (*); a de algodão em rama é de 0,070 toneladas no Nordeste, 0,214 em São Paulo e 0,304 nos Estados Unidos; a de milho é de 0,676 toneladas no Nordeste, 1.402 em Minas Gerais é 2.271 nos U.S.A.".

Ùltimamente, a aliança do latifúndio brasileiro com o imperialismo norte-americano vem-se estreitando cada vez mais, por meio de oferecimentos dêste para "ajuda" técnica e financeira, através de órgãos como o ETA (Escritório Técnico Americano) e a ABCAR. Esta suposta ajuda, sôbre ser ridícula porque não influi senão desprezìvelmente no desenvolvimento da economia agrícola do nosso país, é criminosa, porque conduz ao subôrno dos técnicos brasileiros por mil e uma maneiras, quase sempre sem o indivíduo sentir, e determina o entorpecimento do ânimo do agricultor brasileiro, o que, de outra maneira, resolveria seus próprios problemas. E sòmente um anjo poderia imaginar que os EE.UU. iriam se preocupar em resolver as nossas dificuldades. As dêles, sim, estão bem resolvidas. A solução dos nossos problemas agravará os dêles, daí êste falso empenho em resolver os nossos. E os resultados não se fazem esperar: continuamos importando trigo e leite, produzindo carne para o mercado externo, enquanto o nosso povo morre de fome; a produtividade agrícola não dá sequer para cobrir o aumento das populações urbanas nem as suas exigências em alimentos bons e baratos. Temos importado até feijão.

(*) Emprêsas americanas.

Outra conseqüência grave do latifúndio, e que tem repercussão direta na saúde do povo, é a monocultura. Já vimos que o latifundiário, dependendo do imperialismo, produz sòmente para satisfazer os interêsse dêste, portanto, cria uma economia para exportação. Esta necessidade, por assim dizer, cega o latifundiário, que passa a ver naquela cultura a sua razão de ser. Esquece completamente as demais culturas e não permite em suas terras outras plantações. Pune até com medidas violentas, os colonos ou trabalhadores que transgridem essas ordens. A monocultura tem as seguintes características:

1.ª — Impossibilidade de os camponeses trabalharem em outras culturas mais rendosas, com maiores proventos para si e para o próprio latifundiário, diminuindo ainda mais, suas já fracas fontes de subsistência.

2.ª — Aumento da dependência ao latifundiário.

3.ª — Diminuição da produção daqueles produtos que seriam plantados, com encarecimento nos centros de consumo, aumentando o número de pessoas que não podem comprar, multiplicando-lhes a fome e as doenças.

4.ª — Crises permanentes ou cíclicas de superprodução do produto explorado (café, açúcar, algodão, etc.), embora muitas vêzes o imperialismo neste ramo da agricultura permita aumentos de produção para poder especular, conseguindo preços menores. Em virtude da retração brusca dos mercados internacionais por ocasião das crises nas potências industriais, os países subdesenvolvidos entram também em crise, pois naquelas ocasiões, uma das primeiras providências consiste em diminuir as compras a êstes últimos como em 1929 com o café.

Estamos vendo como a monocultura diminui o poder aquisitivo, desde o do camponês pobre, passando por tôdas as camadas da população, e até mesmo dificultando a acumulação capitalista do próprio latifundiário. Alcança até o mais humilde habitante das grandes cidades ocasionando-lhe dificuldades de vida e saúde.

O imperialismo, mais inteligente e mais poderoso, quando ameaçado, lança mão de recursos protelatórios, com a ajuda do latifúndio. São expedientes falsos e altamente prejudiciais. Há alguns anos vem funcionando o chamado Ponto IV da Doutrina Truman, que tem o aspecto de ajuda e de esmola. Atua há vários anos e até hoje nada resolveu em nosso benefício.

A mais recente proposta visando a prorrogar o período de dominação e espoliação é a "Aliança para o Progresso". Esta entidade nasceu da crescente insatisfação demonstrada por vários povos latino-americanos, interpretada pelo ex-presidente Juscelino Kubitschek ao propor a Operação Pan-Americana. (OPA). Os americanos, que deveriam ceder os principais recursos, embromaram o quanto puderam, até a vitória da Revolução Cubana, quando se viram, pela primeira vez, ameaçados de perder esta fonte de lucros que é a América Latina.

A "Aliança" foi proposta em Bogotá, em 1960, e estabelecida em Punta del Leste, em 1961. A primeira conseqüência que trouxe para o Brasil foi a renúncia do sr. Jânio Quadros, que abandonou a direção do país, mergulhando-o na confusão, da qual ainda não conseguiu sair. A OPA tinha como base a industrialização da América Latina, como única condição de promover o desenvolvimento e o bem estar. A "Aliança para o Progresso" pretende rea-

lizar planos assistenciais, com o caráter de favor e esmola, impedindo ou entravando a nossa industrialização. Não vai resolver cousa alguma. Primeiro, porque as nossas soluções não consistem em mesquinhos planos de assistência social e sim na industrialização, feita e dirigida por nós mesmos, sendo os resultados distribuídos a todos os brasileiros. Segundo, porque os recursos empregados não são senão os nossos, gerados pelo nosso trabalho, e pelo nosso esfôrço, que vão para lá. Os americanos ficam com a maior parte, retirando insignificante parcela que nos enviam como favor. Se esmola resolvesse, não haveria mais pedintes em porta de igreja nem na feira de Caruaru... Além de tudo, não vão remeter capitais. Vão enviar materiais (medicamentos, leite desnatado, materiais de construção, equipamentos leves, filmes para Raios X) e técnicos. Os materiais vêm competir com a nossa indústria e os técnicos, em geral, inferiores aos nossos (aos quais só é preciso dar oportunidades de reformar e de trabalhar), vêm roubar-nos o mercado de trabalho.

Muita cousa pode ser dita para explicar esta farsa. Mas, numa publicação resumida não é possível. Diremos do essencial apenas pequena parte. Os americanos nos acenam, como se fôsse grande cousa, com a taxa de desenvolvimento de 2,5% ao ano, taxa essa que não dá sequer para cobrir as exigências do aumento da população que, como veremos daqui a pouco, é muito maior. Pois bem, nosso país sem qualquer ajuda, pressionado por êles, sujeito a crises econômicas e políticas contínuas (nos últimos 8 anos tivemos 7 presidentes e 3 primeiros ministros), tomando dinheiro emprestado a juros de agiota e a prazos curtíssimos, sabotado de todo modo pelos latifundiários, obteve, segundo o prof. João Paulo de

Almeida Magalhães, nos últimos anos, um crescimento anual do Produto Nacional Bruto, de pouco menos de 6%. Em 1961, ano em que se mudou bruscamente de maneira radical e inesperada a política econômica, com a redução drástica dos investimentos e diminuição da industrialização, com uma das maiores crises políticas por que já passamos, obtivemos uma taxa inesperada de 7,2%. Isto nos permite concluir que não precisamos de ajuda. Precisamos apenas de que não nos perturbem. Cuba, expulsa da Organização dos Estados Americanos e portanto dos "benefícios" da "Aliança", obteve nesse mesmo ano, uma taxa de 12%.

Na Conferência de Punta del Leste, em agôsto de 1961, aconteceu certo episódio que bem ilustra a realidade dêsse negócio. Quando o representante americano discursava muito animado, descrevendo as maravilhas da "Aliança", declarou que graças a esta, em 1970, a América Latina teria uma renda *"per capita"* de 600 dólares. O representante cubano pediu um aparte e convidou os demais representantes ali presentes para nesse ano se reunirem naquele mesmo local a fim de receberem a comunicação de que a renda *"per capita"* em seu país seria de 3.000 dólares. Se Cuba, pequenina e pobre, sem a ajuda da "Aliança para o Progresso" pode dar em 9 anos uma renda *"per capita"* de 3.000 dólares, quanto não pode dar o Brasil?

Recentemente, começou o imperialismo a utilizar uma grande arma, com a qual tanto ganha dinheiro como reduz ainda mais as possibilidades de o povo brasileiro adquirir saúde. Trata-se da indústria farmacêutica. Com as descobertas de novos e poderosos medicamentos, essa indústria recebeu extraordinário impulso. De simples que era, transformou-se numa

indústria de alta precisão e de técnica refinada, cara e lucrativa.

Enquanto as nações industriais prosseguiam no seu desenvolvimento, tanto neste como nos demais ramos da indústria, era negada ao Brasil, de várias maneiras, oportunidades de acompanhar o progresso da técnica farmacêutica. A nossa produção de medicamentos antigamente possuía lugar de destaque. Em época recente, porém, o imperialismo aliado ao latifúndio não permitiu a modernização do parque industrial farmacêutico de nosso país.

Após a descoberta da penicilina, nova era revolucionária surgiu e daí as profundas transformações operadas na indústria farmacêutica. Outro grande passo foi dado com o aparecimento dos inseticidas residuais, melhorando as condições de saúde nas zonas sujeitas a certas doenças, como o impaludismo. Para manter o domínio da indústria farmacêutica, além de dificultar ao máximo a importação de equipamentos industriais, o capital estrangeiro efetuou o açambarcamento dos laboratórios nacionais, com a sua desnacionalização quase completa. Hoje, cêrca de 90% dos laboratórios existentes no Brasil são estrangeiros. Alguns nacionais têm resistido o quanto podem, mas quase todos já sucumbiram à fôrça do dinheiro. No momento em que escrevemos, há alguns ainda resistindo heròicamente.

Os estudos dos drs. Mário Victor de Assis Pacheco, José Mário Tacques Bittencourt, Maria Augusta Tibiriçá Miranda e outros têm mostrado os aspectos criminosos e revoltantes desta espoliação do povo e da economia nacional.

Vamos dar uma idéia muito resumida, mas tão fiel quanto possível. O parque industrial brasileiro do ramo não foi renovado, e como se tornou quase

obsoleto é como se tivesse sido destruído. Hoje, quase não se fabricam produtos básicos, quase tudo é importado a pêso de dólares, pagando-se por tudo, dividendos, lucros e *"royalties"* (pelo uso de patentes, de técnicas, de fórmulas, etc.). Foi pràticamente extinto o espírito de pesquisa porque não há trabalho neste setor. Igualmente, as oportunidades dos nossos técnicos trabalharem nas suas verdadeiras funções e de continuarem na sua formação desapareceram quase por completo.

Há uma falsa competição entre os laboratórios, estabelecida apenas na propaganda, pois, na prática os preços dos medicamentos nunca baixam. Isto, porque, no fundo, os laboratórios pertencem de fato a pouquíssimos trustes que talvez não passem de dois ou três. O emaranhado dessas relações é impossível de ser desvendado e descrito em publicação como a presente. Mas, podemos ter uma idéia da situação comparando-a com o que se passa no cinema. Georges Sadoul mostra como tôdas as companhias de cinema americanas no final das contas pertencem, através de alianças e dependências várias, sobretudo aos bancos, a apenas 2 grupos: O Rockefeller (Standard) e o Morgan.

A propaganda farmacêutica é até insultuosa. Diàriamente o médico brasileiro recebe em seu consultório ou no hospital, vários propagandistas que repetem uma enfadonha conversa aprendida em aulas exaustivas e caprichosas, onde os mais modernos e eficientes recursos psicológicos de persuasão são transmitidos. Trata-se de rapazes possuidores de rara inteligência, muitos dos quais, antigos colegas de ginásio, aos quais foi negado o direito de entrar para a Unversidade. Trazem, além de amostras, grandes quantidades de folhetos impressos com a melhor

técnica gráfica e o mais apurado gôsto artístico. São caríssimos custando em média Cr$ 300,00 cada um. O seu destino é a cesta de papéis servidos. Ninguém os lê. Outro dia, um têve o desplante de me trazer um pacote de lâminas gilete para que enquanto eu fizesse a barba pela manhã, me lembrasse de certo produto do seu laboratório". É claro, o rapaz não tem culpa, cumpriu o que lhe mandaram fazer. Talvez não tivesse consciência da indignidade que praticava. Mas, se não proceder assim, será despedido. Enquanto por um lado, o imperialismo dificulta a formação dos médicos brasileiros, a indústria farmacêutica estrangeira espera encontrá-los despreparados, para poder impingir-lhes não só os seus produtos, como, também, falsos e incompletos conhecimentos médico-científicos.

Em 1958, os gastos com propaganda foram de 30% sôbre o volume total de vendas. Neste ano, segundo Mário Victor de Assis Pacheco, as demais emprêsas industriais em seu conjunto gastaram em média 1,84%. Enquanto milhares de brasileiros morrem anualmente por falta de dinheiro para comprar remédios, a indústria farmacêutica se deu ao luxo de gastar naquele ano 5 bilhões e 910 milhões de cruzeiros, que aos preços de 1962 correspondem aos seguintes produtos:

22.730.769 latas de leite Ninho a Cr$ 260,00.
131.333.333 vidros de penicilina a Cr$ 45,00.
118.200.000 vidros de estreptomicina a Cr$ 50,00.
10.189.655 vidros de cloromicetina para febre tifóide e outras infecções.
16.885.714 vidros de piperazina para vermes a Cr$ 350,00.
29.550.000 vidros de remédio de ferro para anemia a Cr$ 200,00

59.100.000 vidros de 20 comprimidos de sulfadiazina a Cr$ 100,00
49.250.000 vidros de vacina tríplice, contra difteria, coqueluhe e tétano
591.000 litros de plasma a Cr$ 10.000,00
1.182.000 litros de sangue a Cr$ 5.000,00

Os laboratórios estrangeiros praticam variada série de irregularidades, como alterações nas fórmulas de medicamentos, venda de medicamentos sem indicação como a vitamina B^{12}, diminuição dos produtos principais em certas fórmulas, principalmente de antibióticos para baixar aparentemente os preços, influência na formação dos médicos, mediante publicações científicas ou supostamente científicas, auxílios a congressos, associações médicas e farmacêuticas, cadeiras das Faculdades, institutos científicos, hospitais, etc. Há um sem número de combinações de medicamentos inócuas e até prejudiciais. Outras vêzes, vendem produtos com doses exageradas, com vitamina B^1 de 250 miligramas e vitamina C de 1 e 2 gramas.

Os lucros são fabulosos e difíceis de ser determinados, graças às sonegações, manobras de superfaturamento, pagamentos de técnicos inexistentes, ausência de contrôle das remessas de capitais e outros expedientes. Os lucros confessados dos laboratórios Fontoura Wyeth e Merck em 1956 foram respectivamente de 150% e 286%.

Em 1958, dos 420 laboratórios existentes, 20 estrangeiros controlavam 65% do volume de vendas. Naquele ano, a participação de capitais estrangeiros na indústria farmacêutica era de 85% e daí para cá vem aumentando sem cessar. Aliás, esta desnacionalização da nossa indústria farmacêutica não é negada nem pelos próprios representantes brasileiros dos inte-

rêsses estrangeiros. Em artigo na Tribuna Médica de 5-1-1962, o dr. Waldyr da Rocha, presidente do Sindicato da Indústria Farmacêutica e conhecido defensor dos laboratórios estrangeiros, confessou-a da maneira mais clara quando escreveu: "Realmente, em expressão de mercado, tem havido contínuo enfraquecimento do percentual relativo às emprêsas farmacêuticas de capital nacional". Esta declaração foi repetida em reunião havida na Associação Médica Fluminense, em Niterói, em 1962. Só não disse que os causadores de semelhante tragédia são as emprêsas estrangeiras, com a conivência de maus brasileiros.

De tudo isto resultam os preços altíssimos dos medicamentos, as doenças tornadas incuráveis e a morte de milhões de brasileiros.

Com o leite acontece a mesma coisa.

A principal dificuldade com que se defrontavam os clínicos e pediatras do passado, consistia em encontrar um leite limpo de micróbios, cuja fórmula se aproximasse da do leite materno, que pudesse ser conservado por muito tempo e fôsse produzido em grandes quantidades, já que a maioria das crianças, por motivos diversos, era total ou parcialmente desmamada nos primeiros meses de vida. Ao passarem para o leite de vaca, as criancinhas apareciam com diarréia e vômitos e grande número delas acabava morrendo. O médico apenas assistia e contemplava o apagar vagaroso e triste daquelas vidas, extintas antes de completar o primeiro ano de vida.

Várias modificações foram tentadas, algumas muito complicadas e trabalhosas. Tirava-se a gordura, acrescentava-se água, maizena, açúcar, arroz, ácido lático etc. Uma delas consistia em levar ao fogo manteiga misturada com farinha e depois juntar água com

açúcar para finalmente misturar-se, com certos cuidados, ao leite de vaca (*).

Depois de muitos anos de luta e de abnegação, quando homens de ciência em todo o mundo dedicaram suas existências à procura de soluções para tão difícil problema, como Finkelstein, Czerny, Marriott e outros no estrangeiro e Pernetta no Brasil, conseguiu-se finalmente a meta procurada, mediante a modificação da composição do leite, pela eliminação da água e da gordura, ou só da primeira, e introdução, ou não, de outros elementos. Assim fabricaram-se em escala industrial os leites em pó, conseguindo-se rigorosa limpeza (esterilização), a conservação por muito tempo e fabricação em grandes quantidades. Além das vantagens descritas, conseguiu-se melhorar as condições de digestão e obter-se uma fórmula de leite adequada para cada idade, para cada tipo de criança e apta a fazer face a certas doenças.

As emprêsas capitalistas tomaram a iniciativa destas pesquisas e da comercialização, tornando estas conquistas da inteligência, e da abnegação dos homens de ciência, privilégio de poucos, graças aos preços proibitivos para a maioria das crianças pobres, não apenas do Brasil mas do mundo inteiro.

Hoje, em nosso país, uma única companhia domina pràticamente quase tôda a produção de leite industrializado: a Nestlé. De alguns anos para cá, conseguiu açambarcar quase tôdas as companhias nacionais e estrangeiras. Atualmente, tôdas as grandes bacias leiteiras (produtores) em condições de serem industrializadas e todos os consumidores de leite em pó são seus escravos. Funciona como tôdas as demais emprêsas estrangeiras. Além de impor os pre-

(*) Mingau butiro-farináceo de Czerny-Klein-Schimidt.

ços, suga permanentemente os frutos do nosso trabalho, remetendo-os sob forma de divisas para o exterior. Sua maquinaria e o capital investido já foram pagos dezenas ou centenas de vêzes. Vejamos alguns dados para comprovação.

Em 1958, mais de 70% da capacidade de produção de leite em pó para fins alimentares e industriais fabricação de doces, chocolates, etc.) em nosso país, pertenciam à Nestlé. Só para fins alimentares, a sua participação ultrapassava os 80%. Neste mesmo ano, a Nestlé distribuiu cêrca de 84% (em números redondos) do leite em pó consumido no Brasil. A outra companhia estrangeira concorrente mais importante da Nestlé é a americana General Milks, fabricante do leite Glória que funciona com o nome brasileiro de Produtos Lacticínios do Brasil Ltda., com fábrica na cidade de Itaperuna, Estado do Rio de Janeiro.

Em 1961, a capacidade instalada para tratamento de leite natural era a seguinte, em milhões de litros: Nestlé — 1,200 por dia ou 438,0 por ano; General Milks — 0,270 por dia ou 100,0 por ano. Vê-se pois que a Nestlé é um verdadeiro monopólio.

Por aí o leitor pode comprender porque no Brasil morrem tantas crianças de fome. A união do imperialismo ao latifúndio é, no caso do leite, de clareza absoluta. Até na dependência do latifúndio ao imperialismo se nota o aspecto absoluto e direto. Nas zonas onde a Nestlé atua, os produtores nacionais (latifundiários) estão inteiramente à sua mercê.

Vimos no Capítulo II, como o consumo de leite no Brasil é, além de ridículo, criminoso. Cem gramas *"per capita"* por dia é um índice calamitoso. Em Cuba, desde o princípio de 1962, está assegurada a quota obrigatória de 1 litro em média para cada criança abaixo de 7 anos.

A ação da Nestlé se exerce em tôdas as atividades da medicina infantil: nas cátedras de Pediatria e Puericultura, nos hospitais infantis, nos consultórios médicos, nos congressos de pediatria ou puericultura, persuadindo, insinuando, subornando. Ainda recentemente patrocinou uma reunião de professôres de pediatria em Quitandinha (Petrópolis) para discutirem os métodos de ensino da Pediatria como se todo mundo não soubesse que não há recursos para as Faculdades de Medicina executarem aquelas conclusões e como se ignorássemos que a criança brasileira não precisa atualmente de colóquios em cenáculos de cultura alienada ou de métodos importados de ensino, mas sim de leite para não morrer de fome.

Tanto a indústria farmacêutica quanto a de leite em pó, como emprêsas estrangeiras não poderiam agir sem a cumplicidade de maus brasileiros. Inúmeros casos dão prova disso. O Intituto Vital Brasil é de propriedade do govêrno do Estado do Rio de Janeiro e está aparelhado para fabricar grande quantidade de produtos consumidos pelos estabelecimentos da Secretaria de Saúde dêsse Estado. Pois bem, aquela Secretaria compra quase tudo o que consome aos laboratórios estrangeiros.

De tôdas estas maneiras, o imperialismo e seu fiel servo e aliado, o latifúndio, atuam sôbre o povo brasileiro negando-lhe o direito à saúde e à vida ou mantendo-os dentro dos estritos limites de seus interêsses. Portanto, só teremos saúde e direito de viver mais, no dia em que nos libertarmos das garras dêsses dois poderosos abutres. Urge transformar a nossa economia num tipo mais rendoso, que só pode ser a industrialização do país.

CAPÍTULO IV

A Ação das Classes Dominantes no Terreno da Saúde — As Soluções Hipòcritamente Propostas

Há entre a saúde distribuída ao povo e a estrutura econômica do País, a mais estreita relação. A classe dominante de cada nação, dispondo dos meios de produção, dispõe de tudo o mais: educação, saúde, alimentação, instrução, religião, publicidade, empregos e tudo, enfim Sòmente quando o povo se torna o dono dos meios de produção, repartirá entre si e para si êsses bens, de acôrdo com suas reais necessidades e seus verdadeiros interêsses. Só então terá saúde.

Até hoje, tanto nos períodos de estabilidade como nos de transformações econômicas, a saúde foi distribuída pelas classes dominantes, tendo em vista seus interêsses exclusivos. Os sacrifícios humanos eram permitidos quando havia excesso de população e escassez de alimentos, e proibidos quando havia necessidade de braços para o trabalho e de guerreiros para a defesa da terra, tudo isto estabelecido e determinado pelas classes dominantes. Saúde sempre custou dinheiro, sobretudo a partir da época em que a medicina deixou de ser puramente contemplativa para se tornar ativa. À medida que esta transformação vai ocorrendo, isto é, desde quando novos recursos diagnósticos, curativos

e preventivos vão sendo descobertos, aumentando a capacidade de ação do médico, as doenças vão-se tornando menos freqüentes e sua cura mais cara.

É ilusão pensar-se que a organização sanitária existe por si, isolada e independente do resto das atividades humanas. Ao contrário, sempre estêve na dependência dos objetivos das classes dominantes e em nome dos seus interêsses é exercida.

Interessa-nos aqui, encarar tal assunto do ponto de vista da presente fase histórica da sociedade brasileira, ou seja de um país em desenvolvimento. O nosso País não é o primeiro a atravessar tal fase. Estamos vivendo uma experiência já vivida por muitos outros povos.

Primeiro, vamos descrever a maneira clássica de formular os problemas de saúde, aquela que tem sido utilizada até hoje.

Ao se depararem com tais problemas, as classes dominantes os encaram partindo dessas cinco exigências principais: 1ª) as necessidades de mão-de-obra; 2ª) as necessidades de mercados para seus produtos; 3ª) as disponibilidades em alimentos, partindo das quantidades que aquelas classes estão interessadas em produzir; 4ª) os recursos econômicos e financeiros disponíveis; 5ª) os recursos médicos existentes. Êstes 5 itens resumem os objetivos finais e verdadeiros daquelas classes: os maiores lucros possíveis e a sua manutenção no poder

Nos países em desenvolvimento, há verdadeira fome de capitais, que, porisso, são utilizados tanto quanto possível em atividades reprodutivas, só sendo desviados para fins não reprodutivos, aquêles estritamente indispensáveis à satisfação de necessidades inadiáveis. Na questão da saúde, sòmente são atendidos os casos referidos nos itens 1 e 2, pois considera-se que se no país em desenvolvimento, ou mesmo em países pobres,

fôr dada atenção especial aos problemas de saúde, as vidas salvas prejudicarão, no primeiro caso, o desenvolvimento, e em ambos os casos, o bem-estar e o sossêgo da classe dominante. Exigirão mais trabalho e mais alimentos, impossíveis de serem conseguidos nas primeiras fases do desenvolvimento, no primeiro caso, e sem mudanças estruturais, por ausência de capitais, no segundo. Claro está que quanto mais avançada se acha a medicina, maiores possibilidades há de intervir e, graças a isto, a própria classe dominante não pode manter esta fórmula clássica em tôda a sua pureza, sendo obrigada a contra-gôsto a modificá-la porque o povo sabe da existência desses modernos recursos, e não é possível evitar êstes conhecimentos e a sua aplicação, como se fazia outrora.

Dito desta maneira um tanto sêca e sem disfarços lingüísticos, poderá chocar a muita gente, principalmente aquêles que têm "os nervos à flor da pele" quando se trata de dificuldades suas... Mas, desejamos chamar a atenção do leitor desprevenido que estamos descrevendo o fenômeno como êle acontece na realidade. Não podemos fazer de outra maneira e não temos culpa se é ou se sempre foi assim ou se a classe dominante subtraiu do conhecimento do povo e dos médicos tantos e tão graves verdades. Êstes conhecimentos são habitualmente escondidos do povo e dos médicos e, porisso, a idéia que se tem é vaga, inocente e completamente infundada.

Esta é, pois, a fórmula clássica de atendimento das necessidades de saúde e, salvo excessões recentes, nenhum povo fugiu a ela. Nunca as classes dominantes ou os que partilham das migalhas dos seus privilégios se lembraram sinceramente do povo. Consultem-se as estatísticas e verifique-se. O estudo da história da Inglaterra e de sua Revolução Industrial

é muito claro. Durante centenas de anos, as mulheres, inclusive grávidas, e as crianças trabalharam até em minas subterrâneas de carvão e nunca os dirigentes se lembraram de perguntar quantos adoeciam ou morriam. Só os movimentos operários, dos quais o principal foi o Movimento Castrista, os libertou de algumas misérias.

O equilíbrio daqueles cinco itens, dos quais decorrem os lucros das classes dominantes, é exercido por dois fatôres: o ganho ou aumento de população, representado pela natalidade e pela imigração; e a perda ou diminuição, representada pela morte e pela emigração.

A natalidade é o fator mais constante e numèricamente mais ponderável daquele aumento. A imigração contribui em escala variável, ora aumentando, ora diminuindo.

A mortalidade é o fator mais constante e mais significativo da perda, na maior parte dos países. A emigração só tem influência em raros países, como na Itália, no Japão e em Portugal, mas nunca chega a determinar a diminuição da população. No máximo a equilibra, face à impossibilidade de se alterar em seu benefício a estrutura econômica. É o que acontece com muita clareza em Portugal. País de estrutura econômica atrasada, sua classe dominante apoiada pelo imperialismo teima em não modificá-la e para isto conta com outros países jovens, como o Brasil e a Venezuela, para onde drena o seu excesso de população, aliviando, assim, sua fraca economia e permitindo o duradouro domínio de uma classe dirigente antiquada, responsável pela estrutura mais atrasada da Europa, com características semifeudais.

As migrações intensas podem significar em certas épocas fator de importância, determinando flutuações

regionais. No Brasil tem havido fluxos desta natureza, como os deslocamentos de habitantes do Nordeste para a Amazônia na fase da exploração da borracha, para a região do cacau na Bahia, para as plantações do café em São Paulo e no Paraná e, mais recentemente, para Brasília.

A imigração de origem externa já teve grande importância no Brasil. Atualmente, como fator de aumento da população brasileira é desprezível. A causa fundamental de ganho da população brasileira é a sua alta taxa de natalidade.

Analisar ou pensar nestes problemas fora dessas bases constitui pura abstração, perda de tempo e se é o povo quem assim procede está agindo em benefício da classe dominante, contra seus próprios direitos. É, pois, dentro daquelas diretrizes que a classe dominante distribui a saúde ao povo. Agora podemos entender: se o povo é sadio é porque interessa à classe dominante, se é doente o motivo é o mesmo.

A tendência demográfica do mundo tem sido o aumento. A população mundial em 1600 é avaliada estre 300 e 400 milhões de habitentes. Em 1959 era de 2 bilhões e novecentos e cinco milhões ..... (2.905.000.000). Êste crescimento foi determinado pelo excesso de ganho (natalidade) sôbre as perdas (mortalidade).

Examinando-se os movimentos de população de cada país, como vimos, temos de acrescentar à natalidade a imigração. O aumento de população de cada país representado pelo número maior de nascidos e imigrados descontado da mortalidade e da emigração, é conhecido por incremento demográfico (*).

(*) Aqui mencionamos apenas o indispensável à compreensão dos assuntos tratados. Quem desejar conhecer melhor, deve procurar os livros especializados.

Verifiquemos, agora, as taxas médias anuais de incremento demográfico ou de aumento anual da população em alguns países, de 1953 a 1960, por 100 habitantes (%). Gana: 6,2 * Venezuela: 4,3 * Brasil: 3,4 * Láos: 3,2 * México: 3,1 * Canadá: 2,6 * EE. UU.: 1,7 * França: 0,9 * Suécia: 0,6.

Taxas de natalidade (nascidos vivos por 1.000 habitantes): (**)

	1955	1959
Guatemala	48,8	49,8
Venezuela	47,2	46,9
México	46,4	47
Gana	42	52
Chile	33.5	35,4
Canadá	28,2	27,5
EE.UU.	24,7	24,1
França	18,6	18,4
Suécia	14,8	14,1

No Brasil, de 1950 a 1959, a taxa média anual foi de 43/1.000 habitantes, como se vê das maiores do mundo e a taxa de incremento demográfico foi a seguinte por regiões: (por 100 habitantes)

	1940/1950	1950/1960
Norte	2,39	3,44
Nordeste	2,32	2,26
Leste	1,95	2,73
Sul	2,82	3,75
Centro-Oeste	3,33	5,55

(**) Para se saber em % é bastante dividir por 10 ou seja correr a vírgula 1 algarismo à esquerda. Assim, Gana será 4,88 e 4,98, a Venezuela 4,72 e 4,69, etc.

Ora, com taxas de natalidade e de aumento demográfico assim tão altas, a necessidade de mão-de-obra está assegurada para manter a economia dentro dos limites dos interêsses da classe dominante porquanto, as populações que vão comprar produtos (mercados) estão garantidas. Assim sendo, as classes dominantes brasileiras não dão saúde nem vida àqueles excedentes, pois se o fizerem, dentro em breve os *salvados* irão bater-lhes às portas, exigindo empregos, alimentos, instrução e saúde e, por conseguinte, um tipo de economia nacional mais rendosa, além de mais justa e correta distribuição da riqueza. Tais exigências tirar-lhes-ão o sono e o apetite e, finalmente, poderão dar lugar ao aparecimento de outras classes dirigentes, se as frações mais influentes do povo, não se constituírem elas próprias, em classe dirigente ou mesmo em classe única. Embora não possam evitar o declínio, as classes dominantes fazem o possível para se manter e lançam mão de todos os recursos imagináveis.

No Brasil, isto não é muito perceptível porque já não possuímos, como há vários anos atrás, uma classe dominante única. Achamo-nos justamente na fase de transformação ou de revolução, que consiste na substituição de uma classe dirigente por outra, ou seja, a substituição da classe dos latifundiários pela da burguesia industrial e no momento, as contradições entre elas estão equilibradas. Os latifundiários e seus aliados internos, amparados pelo imperialismo, estão lutando desesperadamente para permanecerem. Os sintomas dessa luta só não os sente quem não toma conhecimento das idéias modernas ou quem raciocina com o mundo da época das Cruzadas.

E aí está entendido por que nas regiões em desenvolvimento industrial ou delas dependentes, os coeficientes de morbidade e de mortalidade caíram, sobretudo em São Paulo. Onde o latifúndio é classe dominante única ou predominante, tais coeficientes permanecem naqueles níveis de vergonha. Assim é no Nordeste e no Norte.

A verdade é que, apesar de omitirem ou esconderem seus pensamentos, os agentes das classes dominantes ou os seus próprios componentes, deduzem da taxa de natalidade e de imigração, levando em conta os recursos médicos preventivos e curativos existentes, a mão-de-obra e o mercado indispensáveis à realização dos seus intuitos e deixam morrer impiedosamente o resto, embora cedam algumas migalhas para orfanatos e campanhas piedosas várias. Isto são é feito de maneira absolutamente consciente, quer dizer, de propósito, mas funciona de fato assim, o que para o povo vem a dar no mesmo. Quando se buscam medidas capazes de resolver sem embustes êstes problemas, e que consistem nas mudanças radicais da atual situação, sem prejuízo para ninguém, os grupos dirigentes reagem e nada permitem neste sentido.

Hoje, os ideólogos das classes dominantes sabem-no muito melhor. E, assim, vão dosando a distribuição da saúde ao povo. Quando sentem que a mão-de-obra e os mercados estão diminuindo, concedem algo mais, O povo, por ser faminto, pobre, doente e analfabeto, não pode dispor ou só difìcilmente dispõe, de condições mínimas de compreensão e de protesto. Os dirigentes, ao contrário, dispõem de todo o aparelhamento que obriga essas populações a se manterem sonolentas, a acreditarem e se guiarem por teorias contrárias aos seus interêsses. Êsse aparelhamento é constituído pela educação, instrução, justiça, polícia, religiões, os meios de saúde, etc.

De que instrumentos as classes dirigentes lançam mão para distribuir a saúde ao povo? Primeiro, de

ideologias. Em todos os tempos, filósofos, escritores, políticos, jornalistas, professôres, juristas e médicos foram preparados, mobilizados e pagos para pregarem que o mundo é assim mesmo: uns pobres, outros ricos; uns sadios, outros doentes; uns nutridos, outros famintos. Pregam o conformismo ou a resignação como base da sociedade e a caridade e o favor como soluções. Sugerem e executam soluções hipócritas, incapazes de resolver os problemas de saúde do povo. Vale a pena passá-las em revista.

Podemos classificar as falsas soluções da seguinte maneira:

I — *Medidas Práticas*

1. *Princípios e normas gerais*

a) A assistencia médica gratuita
b) O exercício da medicina — A medicina privada
c) A formação do médico
d) A formação do pessoal auxiliar (enfermagem)
e) A formação do pessoal de saúde pública
f) A farsa da livre escolha

2. *As instituições Propostas*

a) O embuste da Previdência Social
b) A rêde assistencial gratuita
c) O Serviço Social
d) O SESI, o SESC e a LBA
e) O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais da Saúde
f) A Organização Mundial de Saúde e o Escritório Sanitário Pan-americano

II — *As Doutrina e as Teorias*

1. A Lei de Malthus
2. Os Neo-Malthusianistas.

A Assistencia Médica Gratuita é exercida de dois modos: 1º) a rêde de instituições gratuitas, da mais variada natureza (maternidades, hospitais, ambulatórios, Santas Casas, etc.). Constitui vestígio dos antigos conceitos de caridade e se acham felizmente em vias de desaparecer. 2º) a atividade individual do médico, dando consultas gratuitas ou fazendo exames de laboratório grátis. É executada precàriamente, sem remuneração para a maioria dos profissionais, sendo o pessoal auxiliar pèssimamente pago. De tão conhecido êste assunto, não precisamos nos estender sôbre êle. As classes dominantes utilizam esta forma de assistência para darem uma satisfação ao povo, resolverem em parte suas necessidades em mão-de-obra e de mercados, e finalmente, como pagamento aparentemente, moral dos seus privilégios. O pêso desta exploração recai sôbre os doentes, que não são tratados eficazmente, sôbre os médicos e auxiliares. Alguns médicos, principalmente os altamente situados na clínica e nas cátedras, aceitam esta instituição com agrado porque o pêso do trabalho não recai sôbre os seus ombros e porque nestes doentes, êles aprendem as técnicas que vão aplicar nos clientes que pagam em dinheiro.

Sôbre os médicos menos graduados recaem todos os sacrifícios nos ambulatórios e laboratórios. Não ganham nada em geral e se conseguem alguma conquista, como o salário-mínimo dos médicos, as instituições empregadoras, em nome de falsa caridade, tudo fazem para burlar as leis, expulsando-os dos seus lugares. A clínica gratuita não resolve o problema. No campo médico porque não cura a grande maioria dos doentes, por falta de recursos, e no plano geral, porque amortece o espírito de luta dos elementos em jôgo à procura das soluções definitivas. Os médicos mais modestos sofrem três espécies de pre-

juízos: 1) ao trabalharem gratuitamente, com tôdas as conseqüências daí decorrentes; 2) ao verificarem que não podem resolver os problemas de saúde desta classe de doentes, principalmente quando se trata de doenças de fome e outras delas conseqüentes; 3) ao perceberem que não estão servindo àqueles doentes, mas sendo escravizados pelos que vivem tanto do seu trabalho gratuito, quanto das doenças daqueles infelizes. Os médicos sentem que se àqueles doentes gratuitos fôssem dadas oportunidades justas de ganhar dinheiro, o seu trabalho seria reconhecido, valorizado e pago, quer pela medicina privada, quer pela medicina estatal e chegariam para todos êles, as mesmas oportunidades de ganharem decentemente, de se aperfeiçoarem como a minoria dos seus colegas, de curarem mais os seus doentes e de terem todos os seus problemas materiais e emocionais resolvidos.

A assistência médica gratuita é, portanto, um engodo que não obstante salvar algumas vidas, contribui mais para cronificar a maioria das doenças, tornando os seus portadores eternos freqüentadores de ambulatórios, hospitais e consultórios, faltosos ao trabalho, neuróticos, ou então por via indireta, os transformam em marginais, delinqüentes, criminosos e prostitutas. É uma instituição que deve ser condenada em tôdas as suas formas, pois prejudica tanto os médicos como os doentes.

Em muitas cidades do interior nem médicos há. Tanto nessas como nas grandes cidades, a falta de dinheiro e a ausência de assistência médica organizada a serviço do povo leva grande número de doentes a procurarem farmacêuticos, supostos farmacêuticos, espíritas e macumbeiros, e a comprarem medicamentos sem nenhum contrôle. Não há médico no Brasil que não possua experiência de casos dolorosos, inúmeros até fatais, decorrentes do atendimento por pessoas não habilitadas.

O exercício da medicina é realizado com grande sacrifício pela maioria dos médicos. Depois de formado, o jovem esculápio é atirado a um mundo nôvo e desconhecido, cheio de incertezas e injustiças. Sòmente aquêles ligados, por algum laço, aos componentes das classes dirigentes, terão logo de início tôdas as oportunidades. A maioria vê-se desamparada, mesmo quando foram vitoriosos na competição para estudar, desde os primeiros passos na escola. No exercício da profissão o jovem médico é obrigado a manter uma luta competitiva, enfrentando diàriamente incompreensões e dificuldades dos mais diversos sentidos.

A formação do médico — Um dos recursos de que se lança mão com grande empenho é dificultar a formação dos médicos. Nos países subdesenvolvidos, quer por falta de oportunidades profissionais, quer por dificuldades técnicas e financeiras para formá-los preparam-se mais advogados, filósofos, etc. (carreiras clássicas) do que engenheiros, agrônomos, veterinários, químicos (carreiras técnicas). Os médicos estão entre êstes, as classes dominantes formam sòmente o número de médicos necessário à manutenção do equilíbrio desejado. As dificuldades impostas são de três naturezas; uma de caráter quantitativo, já mencionada, e duas de caráter qualitativo; impedindo o mais possível a entrada dos filhos do povo (operários, camponeses e baixa classe média) nas Faculdades e negando os meios para se efetuar a formação técnica e filosófica adequada.

As dificuldades vêm desde a alfabetização e se estendem, não apenas à formação dos médicos, mas a tôdas as profissões liberais. Evitando que as crianças pobres se alfabetizem, os grupos dominantes se esforçam para reter o comando e a execução da política

médica. Os obstáculos vão continuando e a cada ano, ao fim de cada curso (primário, ginasial, colegial, etc.), vão sendo excluídos inúmeros filhos do povo. Alguns dêsses conseguem depois de maduros alcançar a formatura, mas em sua maioria já estão cansados de sofrer ou impregnados dos princípios da própria classe dominante, e atuam como se a ela pertencessem. Raro é aquêle que em tais circunstâncias se comporta como verdadeiro filho do povo, agindo em benefício dêste.

O ingresso nas faculdades se faz mediante um sistema que estabelece um gargalo de garrafa. Chama-se a isto exame vestibular. É mais ou menos rigoroso, de acôrdo com a Faculdade. Embora se destine aos mesmos objetivos, é mais difícil nos estabelecimentos oficiais e mais fácil nos particulares (com exceções). Hoje, a maioria das faculdades de Medicina pertencem ao Govêrno Federal. O exame é dificílimo e para prestá-lo, o jovem leva no mínimo um ano se preparando, gastando dinheiro e, portanto, só os que têm posses podem fazê-lo, compondo, posteriormente, a maior parte dos quadros médicos. Com as recentes federalizações de grande número de Faculdades de Medicina, em lugar de melhorar, a situação, piorou. Estas federalizações foram feitas com o intuito de melhorar o ensino, barateá-lo e dar melhores condições aos professôres. Entretanto, as classes dominantes, pela ação do Ministério da Educação e Cultura, das Congregações das faculdades e pela conivência dos próprios alunos, determinaram como resposta a redução do número de vagas, em certos casos para a metade. Em várias Faculdades, quando eram particulares, as vagas variavam de 100 a 120. As direções aprovavam nos vestibulares número maior e estimulavam os alunos a pleitearem junto ao Ministério da Educação a

aceitação dos excedentes, medida aliás correta. Nesta época vivia-se nas maiores dificuldades. Os professôres ganhavam de 800 a 1.200 cruzeiros e os funcionários eram miseràvelmente pagos. Os ordenados dos professôres estão atualmente em redor de 100 mil cruzeiros e o número de vagas caiu para a metade. As Congregações alegam que as instalações não comportam a antiga quantidade de alunos para um ensino eficiente. Então pergunta-se: porque êstes mesmos homens hoje tão zelosos, permitiam-na naquele tempo? A resposta é fácil. As classes dominantes não precisam agora de tantos médicos; os professôres estão comprometidos com elas de tôdas as maneiras e por êste motivo, aliados a interêsses pessoais e comodismo, elaboram e executam estas medidas. A atitude dos alunos, conquanto seja indefensável, é compreensível. Os filhos das classes dominantes não querem colegas os filhos do povo, porque irão certamente desenvolver atividades contra seus interêsses, e além disso, ligados visceralmente aos valores de concorrência e sabendo as dificuldades que encontrarão depois de formados, julgam que quanto menos concorrentes, houver, melhor.

Está, assim, desmascarada a farsa da diminuição das vagas nas Faculdades de Medicina, em nome do falso preparo científico. Antigamente, por exemplo, para se assistirem às aulas de Anatomia nas Faculdades tínhamos de fazer verdadeiros milagres de acrobacia. Primeiro, uma fileira de estudantes sentados depois outra, atrás, de pé, constituída, mais ou menos, das môças e rapazes mais baixos e uma terceira dos mais altos. Uma quarta, de alunos trepados em bancos, depois uma quinta em dois bancos e daí por diante, perdia-se a noção da arrumação, até encontrar-se o teto, onde os últimos curvavam de qualquer maneira as cabeças porque não era possível perfurá-lo.

O professor ou o assistente se esforçava para mostrar as peças e os órgãos do cadáver inerte sôbre a mesa. Esta situação com pequenas variantes prevalecia em tôdas as demais cadeiras, guardadas evidentemente, suas peculiaridades.

O professor Álvaro Vieira Pinto explica as raízes do fenômeno:

"Se examinarmos a composição do corpo discente, verificamos que as condições de ingresso na Universidade excluem de modo geral a entrada de elementos da baixa classe média e quase a totalidade da classe trabalhadora. Para citar um exemplo que se repete regularmente em tôdas as Faculdades do País, apresentaram-se no ano de 1962 cêrca de 1.700 candidatos ao chamado exame vestibular da Faculdade Nacional de Medicina do Brasil, havendo apenas 120 vagas (*) ... A conclusão, para dizê-la de uma vez, é que a classe professoral não deseja que o povo, como tal, tenha ingresso na Universidade".

"O motivo mais freqüentemente alegado é o de que os estudantes não estão "preparados" para o curso superior; e secundàriamente argui-se também não haver instalações que comportem a vultosa massa de pretendentes. Sob a respeitabilidade dêstes argumentos, ocultam-se na verdade os interêsses da classe dominante na sociedade, que encomenda à Universidade proceder àquele estudanticídio a que nos referimos. Os motivos aduzidos são em si mesmo improdecentes, como veremos; mas o importante são os fins secretos que determinam essa hecatombe estudantil... o aluno pobre, que cursou colégios suburbanos, onde os professôres são com freqüências menos eficientes, em virtude da pobreza e da má remuneração, os estu-

(*) Antigamente esta Faculdade recebia por ano, entre 200 e 240 alunos.

dantes que trabalharam durante o dia e só dispuseram de poucas e cansadas horas para estudar à noite, êsses evidentemente se apresentarão "mal preparados", mas êsses são os verdadeiros filhos dos trabalhadores, trabalhadores êles próprios, que se vêm expulsos da Faculdade, pelo crime de serem pobres e não se mostrarem tão capazes nas sibilinas, ridículas e antipedagógicas provas a que são submetidos. O exame vestibular não representa na verdade um exame nem um concurso de habilitação, mas uma operação de guerra, pela qual a classe dominante estabelece em tôrno das Faculdades, um "fogo de barragem", um cerrado canhoneio, a fim de conter à bala, à metralha, o assalto das massas que desejam ocupar a cidadela do saber".

De 1956 para cá, o número de médicos formados vem diminuindo de ano para ano, enquanto a população brasileira aumenta extraordinàriamente, como vimos. Tem sido a seguinte a quantidade de alunos matriculados nos diversos anos nas Faculdades de Medicina: 1951: 9.208 * 1956: 10.612 * 1957: 10.347 * 1958: 10.535 * 1960: 10.316. Isto, apesar da multiplicação das Faculdades de Medicina, sobretudo de 1950 para cá. A população brasileira em 1951 devia estar entre 53.400.000 e 53.600.000 e em 1960 era de 70.967.185. Para guardar neste último ano a proporção de estudantes de medicina matriculados em 1951, que já era baixa, deviam estar matriculado 12.237 aproximadamente (*).

(*) Sabendo-se que o curso médico é feito em 6 anos e que o número de alunos varia muito pouco de uma turma para outra, temos que o 6.º ano continha o seguinte número de alunos: 1951 — 1.534; * 1956 — 1.768; * 1957 — 1.724; * 1958 — 1.755; * 1960 — 1.719. Considerando-se ainda que o índice de reprovações é muito pequeno no último ano, êstes números correspondem pràticamente aos médicos formados em cada ano.

Êstes números mostram, em seu realismo, o mecanismo usado pelas classes dominantes para dosar suas necessidades em mão-de-obra e mercados. Até anos atrás, para muitas doenças não havia cura, de modo que esta falha era coberta com a assistência e cuidados que só poderiam ser executados por profissionais. De certo tempo para cá, as descobertas no terreno terapêutico permitiam salvar maior número de doentes e a liberdade na venda de medicamentos permite curar um certo número (quando se trata de doenças simples) e cronificar ou matar o resto. Dêste modo, as classes dominantes não necessitam de tantos médicos como outrora. O povo precisa, mas o povo não manda nem opina.

Apesar de tôdas essas dificuldades, raros filhos do povo, ao lado de elementos das classes médias ligados indiretamente às classes dominantes, passam por essas barreiras e conseguem ingressar nas Faculdades porque os recursos empregados não são suficientes para o estabelecimento de contrôles absolutos, particularmente quando a sociedade está em período de entrechoques, como atualmente ocorre no Brasil. Entram então mais alunos do que aquelas classes esperavam e estabelece-se a partir daí, nova série de empecilhos para dificultar o ensino médico.

Nas Faculdades, embaraça-se por todos os meios a qualidade do ensino, negando dinheiro e aumentando ao máximo os obstáculos já existentes. Rara é a Faculdade de Medicina bem aparelhada em nosso País. Os alunos têm de andar de um lado para outro. Quem conhece o Rio, Recife ou Niterói pode bem avaliar o inferno em que vivem os estudantes de medicina. No Rio, há aulas na Praia Vermelha, na Santa Casa, na Policlínica (Centro), no Hospital-Escola (Av. Pres. Vargas), no Instituto Médico-Legal e até na longínqua ilha do Fundão. Em Niterói, há aulas no prédio da Faculdade, na Policlínica, no Hospital Antônio Pedro, no Hospital Infantil Getúlio Vargas Filho (Fonseca) e em vários lugares do Rio: Santa Casa, Instituto Médico-Legal, Instituto de Neurologia (Praia Vermelha) e até no longínquo bairro do Caju. Em Recife é a mesma coisa.

Conclui-se pois que o número de médicos fornecidos pelas Faculdades está muito aquém do aumento da população brasileira.

Às dificuldades quantitativas, juntam-se, pois, estas, qualitativas. Isto num País que possui apenas um médico por 2.500 habitantes, proporção que, como foi visto, tende a diminuir. Há regiões que têm menos de um médico por 20.000 habitantes e há milhões de brasileiros que nunca viram um clínico. Em 1958, eram os seguintes os índices de médico por habitantes, em alguns países do mundo: Láos 1/37.000 * Venezuela 1/1.700 * EE.UU. 1/790 * URSS 1/519. Êste último em 1960.

Dos que conseguem se formar, há um reduzido grupo que ocupa os bons lugares, tanto na clínica privada como nos empregos e chefias. São os filhos diletos das classes dominantes ou os que agem em proveito dela. Apossam-se dos cargos de liderança e direção — associações, chefias dos serviços do Govêrno, cátedras, direções das Faculdades e dos Institutos, propriedade de casas de saúde particulares, chefias de serviços médicos das grandes emprêsas nacionais e estrangeiras, etc., e passam a dispor soberanamente de tudo, desservindo às três coletividades interessadas: os doentes, os médicos e o Brasil.

Mediante essa máquina constituída por elementos seus, colocados em todos os postos de mando, seja por lhes pertencerem diretamente, seja por atuarem dentro

de sua ideologia e realizaram suas determinações, as classes dominantes formulam a política médica e mantêm sob contrôle, as diretrizes e a execução desta política.

Para servir aos desígnios traçados, a orientação seguida no preparo dos nossos médicos é a de cunho individualista, orientada para a cura clínica, inteiramente afastada da realidade nacional que, como vimos no Cap. II, tem como principais e mais imediatos problemas, as doenças de massa. O currículo do curso médico conserva-se imutável há dezenas de anos; as modificações recentemente introduzidas visaram a satisfazer os interêsses do imperialismo, que financia largamente muitas cadeiras das faculdades, assim como institutos de aperfeiçoamento plasmado, assim a formação e a consciência do médico brasileiro.

A política médica, partindo de todos êstes interêsses e princípios é concebida e executada no sentido de serem obtidos resultados favoráveis às classes dominantes. Vimos no Cap. II como as doenças mais freqüentes do povo brasileiro são as que já têm cura ou podem ser evitadas com êxito absoluto. Apesar disso ser uma verdade que ninguém discute, nossa medicina é orientada para a cura individual. No campo da clínica, não há a preocupação de se prevenirem as doenças e no campo científico ou supostamente científico, procuram-se raridades clínicas. Por exemplo: tendo a profissão médica por finalidade a cura e sendo os médicos brasileiros profundamente cônscios desse compromisso, às vêzes, perdem, sem querer, esta noção e quando entram certos doentes nas enfermarias, alguns ficam "torcendo" para que não se trate de doença freqüente, destas mais comuns em nosso meio, de cura fácil, mas de doença rara, embora saibam que estas, em geral, não têm cura. São os tais casos "interessantes" ou "bonitos".

Isto se deve ao fato de nesta orientação individualista, o médico ter antes de tudo uma mentalidade alienada ou alheia aos problemas nacionais. Há muitos médicos que são capazes de diagnosticar uma doença destas que aparecem de 10 em 10 anos porque a estudaram nos livros estrangeiros, e são incapazes de receitar um remédio para vermes ou de reconhecer uma doença de carência protéica. Êles não têm culpa; foram formados e orientados assim. Outros, ao redor dos quais estão morrendo doentes por doenças de fome, ficam inteiramente alheiados e se divertem mandando buscar reativos caríssimos nos EE.UU. para fazerem pesquisa de filigranas para doenças raríssimas, que muitas vêzes não são diagnosticadas nem na autópsia.

A formação do pessoal de enfermagem. Entre os recursos utilizados para manter o grosso da população brasileira mal assistida, conta-se o propósito de formar quantidade insignificante de enfermeiras. A boa enfermeira é indispensável complemento do médico. Nas enfermarias, nos ambulatórios, nas maternidades, como visitadoras sanitárias, a figura benfazeja da enfermeira presta inestimáveis serviços. Mas, se assim é, por que são preparadas tão poucas no Brasil? Neste setor, como em todos os outros, atua poderosamente a alienação cultural em benefício das classes dominantes. Êste fenômeno consiste em pensar e tentar resolver os nossos problemas, virando-se as costas à nossa realidade, copiando-se o que se passa nas nações metropolitanas e imitando os métodos de lá. Muitas vêzes, nem sequer tem-se o trabalho de modificá-los um pouco. Estas soluções jamais podem ser aplicadas aqui em favor do nosso povo porque provêm de países com problemas completamente diferentes dos nossos.

Segundo êsse condenável espírito de imitação, pensa-se em resolver o problema da enfermagem como se estivéssemos na França, na Inglaterra ou nos EE.UU. Resolveu-se dar atenção quase exclusiva à formação da chamada enfermeira de alto padrão, como se apenas destas o Brasil necessitasse. Para isto, sujeitam-se as môças a um curso trabalhosíssimo, ao qual têm de se dedicar inteiramente. As môças ricas não se sujeitam àquele rigor, de modo que se desejam fazer curso superior, preferem o de medicina ou outros que lhes dêem perspectiva financeira e social julgada melhor. As pobres têm de trabalhar e muitas vêzes ajudar a sustentar suas famílias e por isso não procuram as escolas de enfermagem. Além disso, o exame vestibular é tremendamente difícil. Resta um reduzido grupo de môças em situação de poder dedicar-se ao curso. Como conseqüência, o número de enfermeiras formadas é extremamente pequeno. Isto num País que precisa agudamente de enfermeiras. O número de formadas, entretanto, satisfaz as necessidades das classes dominantes. Para os magnatas o povo não precisa de enfermeiras.

Com isto, formou-se verdadeira casta das chamadas enfermeiras de alto padrão, que atuam também por vários meios e influências, impedindo nova orientação no preparo do pessoal de enfermagem, conforme aos verdadeiros interêsses do povo brasileiro. Negasse mais êste direito à nossa população. Às classes dominantes e à casta das enfermeiras, pouco se lhes dá se morrem ou não brasileiros, grandes ou pequenos; se dentro das grandes cidades, inclusive o Rio e São Paulo, grande percentagem de partos seja efetuado por parteiras "curiosas" e em conseqüência morrem numerosas criancinhas e mães por falta de assistência adequada. Situação que se exprime nas altas taxas de mortalidade ma-

terna, natimortalidade e mortalidade neo-natal (mortalidade da criança no primeiro mês de vida), ou se a quase totalidade dos serviços de enfermagem dos hospitais públicos e particulares variam de mau a péssimo. Só pouquíssimas casas de saúde particulares e hospitais públicos em todo o País possuem bons corpos de pessoal auxiliar.

A formação do pessoal de saúde pública — Já vimos como é defeituosa a formação dos nossos médicos, relativamente aos problemas sanitários brasileiros. Vimos também as enormes tarefas a serem realizadas no campo da saúde publica. Esta não é uma questão específica do Brasil. Em qualquer país subdesenvolvido a situação é a mesma. Pois bem, uma das maneiras de se consertar êsses defeitos é formar o maior número possível de especialistas em saúde pública e dar-lhes consciência verdadeira, começando pelos médeciso em formação e estendendo-a até aos médicos do interior. Como, porém, as classes dominantes não precisam dêles porque êstes problemas não são seus, e seus expoentes não têm vontade de que sejam resolvidos, o número de escolas e de cursos neste setor é diretamente proporcional à vontade de enfrentá-los, isto é, ridículo. As poucas escolas negam-se por todos os meios os recursos para funcionarem. O resultado é a quantidade insignificante de especialistas formados e a ausência quase completa de oportunidades a êles oferecidas.

Outra vez aparece como causa imediata o fenômeno da alimentação cultural. Fixam-se os responsáveis na preocupação de formarem técnicos de alto padrão e no fim, não formam especialistas em número suficiente, nem de alto, nem baixo padrão para resolverem as dificuldades brasileiras no campo da saúde pública. Os diretores e, em grande parte, as Congre-

gações dessas escolas são nomeados pelos servos das classes dominantes (ministros, secretários de saúde, Presidentes da República, Governadores, etc.). As designações quase só recaem em elementos ideològicamente ligados e dependentes delas. Os poucos formados custam fortunas à Nação e ao povo e não encontram por sua vez estímulos nem oportunidades para desempenharem suas funções. Na situação atual, seus préstimos são dispensados. A ordem é deixar adoecer e morrer os excedentes das necessidades das classes dominantes. A maioria dêles vai exercer funções complenamente diferentes, geralmente de natureza clínica.

De 1946 para cá, com o advento da clientela eleitoral, os cargos de sanitarista na União e nos Estados passaram a ser providos também por médicos não especializados, deixando cada vez mais sem função os sanitaristas. O descalabro é geral. Descurou-se ainda mais a formação de tais especialistas, de modo que além dêsse prejuízo, seu número vai diminuindo a cada ano. As funções que lhes competem são desempenhadas pelos mesmos personagens tradicionais, os quais por estarem ficando velhos e sendo ligados ideològicamente às classes dominantes raciocinam como se estivessem há 30 ou 40 anos atrás, nos seus verdes anos de médicos recém-formados.

Há 4 anos funciona a Escola Nacional de Saúde Pública. O número de formados tem sido insignificante. Em 1960, 11 concluíram os cursos, sendo 2 em Administração Sanitária, 2 em Medicina do Trabalho, 3 em Endemias Rurais e 4 em Puericultura. Em 1961, concluíram 21 em Administração Sanitária e 2 em Medicina do Trabalho. Não funcionaram durante êste ano, os cursos de Puericultura e Endemias Rurais. Em 1962, foram matriculados apenas 26 e não funcionou o curso de Puericultura. Não dispomos de dados

relativos a 1959, nem da relação dos aprovados em 1962. Se o leitor lembrar-se do que ficou demonstrado no Capítulo II com relação às Edemias Rurais, poderá comprovar a falta de interêsse em tratá-las, observando a quantidade de especialistas formados e seu aproveitamento.

O Curso de Puericultura e Administração do Departamento Nacional da Criança, em 18 anos de atividade formou apenas 269 puericultores (14,9 por ano), sendo que dêstes a maioria absoluta não trabalha em puericultura. Tudo isto, num País onde todos os problemas atribuídos a êstes especialistas estão por ser resolvidos.

O embuste da Previdência Social — As lutas sociais no Brasil tiveram início significativo nos fins da primeira guerra mundial. Com o desenvolvimento do parque industrial, sobretudo a partir de 1920, foram aumentando. Em 1922, foi fundado o Partido Comunista. A partir dêstes anos, foram aumentando as lutas entre patrões e empregados, enquanto grandes modificações econômicas sociais e políticas iam-se processando, culminando com o movimento armado de 1930. Êstes conflitos tinham começado há algum tempo, precedidos de lutas políticas. Novos agrupamentos sociais aspiravam à tomada do poder e durante a década de 20, tais contradições explodiram sob forma violenta, até a citada revolta.

Êstes agrupamentos eram constituídos da nascente burguesia industrial, ainda fraca, unida à classe média urbana, que vinha aumentando constantemente e mais os latifundiários pecuaristas de Minas e do Rio Grande do Sul. Os cafeicultores, que ocupavam o govêrno desde 1889, às vêzes cedendo alguma coisa aos mineiros viam-se agora assediados por êstes novos agrupa-

mentos. A classe operária, ainda pequena e sem tradições de luta, acompanhou os grupos revoltados.

A antiga classe dominante paulista não compreendeu as transformações em andamento. Seu mais categorizado líder, o Presidente Washington Luiz, exprimindo esta incompreensão, dissera certa vez: "A questão social é um caso de polícia". Já os mineiros, mais manhosos, percebiam os fatos e o seu líder, Antonio Carlos, teria dito: "Façamos a revolução antes que o povo a faça". Só que por revolução, êle entendia expulsar os paulistas do poder, associar-se aos gaúchos, dividindo com êstes durante algum tempo o Govêrno e depois expulsá-los e ficar sòzinho, o que não foi conseguido.

A classe operária continuou aumentando a partir de 1930. O nôvo Govêrno compreendeu a importância do problema, principalmente à medida que se desenvolvia o parque industrial. Em 1932, ficou provado que não era possível governar sem os paulistas. Afinal de contas, êles contribuíam com grande parte da renda nacional e a maior parte da receita de divisas (dólares e libras). Voltaram a compartilhar do poder junto com os adversários da véspera e assim o Govêrno se equilibrou por mais 13 anos.

Era necessário industrializar a Nação. Quem fala em indústria, fala em operário. Destruir o operariado seria destruir a indústria. Mas, o operariado não podia ficar "sôlto". Vários países estrangeiros mostravam que se o operariado não fôsse ao mesmo tempo contido e tratado tornar-se-ia perigoso. Não estávamos mais na Inglaterra de centenas de anos atrás nem na França de muito antes de 1789. Não se podendo destruí-lo nem deixá-lo sôlto, não se desejando resolver de fato os seus problemas, que fazer? Só havia uma saída: tentar entorpecê-lo. Para isto, utilizaram-se qua-

tro recursos: instalou-se uma ditadura; criaram-se ou ampliaram-se os sindicatos sob a vigilância do Govêrno; instituiu-se a Presidência Social; e criaram-se algumas leis de proteção ao trabalhador. Aqui só nos interessa examinar a medicina da Previdência Social.

Foi uma conquista importante, não há duvida. A situação do trabalhador brasileiro era terrível. Trabalhava-se de 10 a 18 horas por dia, inclusive, muitas vêzes, aos domingos e feriados e não se tinha direito a nada (férias, estabilidade, etc.). Bastava o patrão decidir e mandava embora empregados de 20 e mais anos de casa, quase sempre na idade madura, quando não tinham habilitação para procurar outros empregos.

Do ponto de vista da assistência médica, a população brasileira se dividia em dois grupos: um, pequeno, que podia pagar médicos e casas de saúde particulares e outro grande, que não podia pagar. Êstes tratavam-se com "meizinhas" curandeiros, farmacêuticos, espíritas, "enfermeiros" ou iam para os hospitais de caridade onde os havia, para morrerem numa cama forrada. Os índices daquela época dizem bem desta situação.

Com a instituição da Preidência Social, mais doentes já podiam se tratar e não morriam à mingua em hospitais de caridade.

Todavia, muito longe estava, e está, a medicina da Previdência Social de resolver os problemas de saúde dos trabalhadores brasileiros, no interêsse dêstes em sua totalidade, quer do ponto-de-vista da doença de cada um, quer do número dos assalariados, quer ainda da situação de suas famílias. Ainda hoje, a quase totalidade das populações do interior (cidades e campo) e muitas famílias continuam de fora. Mesmo porque, tal como o incremento dos sindicatos, a Previdência Social não significou em tôda a sua extensão

uma conquista do operariado, mas em parte uma dádiva do patronato, embora por necessidade e mêdo. De modo que foram concedidos os benefícios da Previdência Social, mas dentro dos ditames da classe dominante, já explicados anteriormente.

Desde o princípio, a quantidade de médicos e os recursos postos à sua disposição não eram proporcionais ao número e às necessidades dos assistidos, de modo a poder-se praticar uma medicina eficiente em tôda a sua plenitude. Esta situação se vem agravando até hoje. Com o desenvolvimento nacional, aumentaram extraordinàriamente os associados mas os médicos não vêm aumentando na mesma proporção, pelo menos qualitativa tendo baixado muito os critérios de admissão dêstes e do pessoal auxiliar.

Mesmo para os médicos, houve grandes melhoras, pois grande parte daqueles doentes gratuitos, graças aos Institutos, passaram a ser pagos e a ser melhor tratados. Há pouco tempo dizia-me um colega, velho e experimentado profissional e professor universitário: "Antigamente, um médico para entrar num campo operatório, levava anos e anos. Os serviços eram poucos e as oportunidades raras. Os chefes de serviço mal davam "chance" aos seus próprios auxiliares e se tivessem filhos ou genros, aí acabou-se. Hoje com a Previdência Social, não há estudante de 5º ou do 6º ano que se dedique à cirurgia que não tenha a sua razoável estatística, pelo menos de operações de apendicite, hérnias e cesariana. Não há dúvida de que o aprendizado fora das Faculdades melhorou muito". O mesmo nas demais especialidades, acrescentamos nós.

E, assim, vai-se acumulando a soma de erros e deficiências da medicina na Previdência Social. Hoje, para um doente ser atendido ou fazer um exame de

laboratório tem de esperar 20 dias ou mais. O mesmo para as radiografias. As administrações dão a impressão de irem perdendo o interêsse pelos serviços médicos. Em virtude dos maus salários, da desorganização e da falta de recursos técnicos, os médicos são obrigados a trabalhar em vários empregos e a andar correndo de um lado para outro, trabalhando mal ou não trabahando em nenhum. Esta situação se agrava a cada dia. Quase todos os médicos têm consciência disto e clamam diàriamente por soluções que resolvam os problemas dos associados e os seus próprios.

É comum nos ambulatórios o facultativo ser obrigado a atender em 2 ou 3 horas 30 ou 40 crianças, 20 doentes mentais, 20 ou 25 tuberculosos, 30 doentes de clínica geral, etc. Os médicos dos laboratórios são obrigados a fazer 100 ou 200 exames no curto espaço do expediente. Os principais prejudicados são os doentes e depois os médicos. Êstes não têm culpa, pois são tão explorados quanto os associados e, como êstes, vítimas das ambições e do egoismo das classes dominantes.

Mas esta não é a única deformação da medicina da Previdência Social. Há muitas outras, dentre as quais se destaca o estranho critério de os Institutos firmarem convênios com casas de saúde particulares. Há casos de chefes de serviços médicos que fundam casas de saúde para explorar os serviços de seus próprios Institutos. Ora, êsses estabelecimentos são feitos para dar lucro. Êstes lucros saem de onde? Do montante destinado ao custeio dos tratamentos dos associados. Em lugar de os Institutos executarem diretamente a assistência médica, construindo seus hospitais ou, nas localidades menores, em convênio com outros Institutos, fazem contratos onerosos com estabelecimeentos particulares de finalidade lucrativa, desviando grande parte

do dinheiro dos segurados e deixando porisso muitos sem atendimento.

Nessa questão as classes dominantes têm em vista dois objetivos: dosam a distribuição da medicina de acôrdo com seus interêsses; e mantêm o princípio da medicina privada, apêndice da iniciativa privada.

Os medicamentos na Previdência Social não são distribuídos gratuitamente. O grosso das receitas não é aviado integralmente porque o operário, o comerciário, o motorista, o pescador ou o pequeno funcionário não têm dinheiro. Os médicos vão ajudando com amostras grátis. Não há preocupação com a medicina preventiva, Não há a menor lembrança de se aproveitar a passagem dos doentes nos ambulatórios ou hospitais para se fazer educação sanitária.

As direções dos Institutos nunca estiveram em mãos dos interessados. Foram sempre exercidas pelas classes dominantes, embora utilizem-se certos recursos para dar a impressão do contrário. São habitualmente modelos de má organização, onde nenhum respeito existe pelos direitos dos contribuintes. A incapacidade das classes dominantes em oferecer oportunidades a todos para trabalhar é suprida aqui pelo empreguismo, resultando na desorganização, na corrupção e no descaso das máquinas burocráticas, a começar, em geral, pelos altos escalões administrativos.

Aqui somos obrigados a dar um esclarecimento. Dissemos que a direção dos Institutos nunca saiu do contrôle das classes dominantes. Dirá o leitor: mas de alguns anos para cá, ela vem sendo exercida por indicação do Partido Trabalhista Brasileiro. Respondemos: o P.T.B., apesar de ser um partido cujas bases eleitorais repousam na classe operária, nunca deixou de estar diretamente ligado às classes dominantes e foi criado pelas mesmas razões por que a Previdência

Social foi, isto é, servir de amortecedor dos verdadeiros anseios e das reivindicações operárias, cedendo a elas aqui e ali, porém, mantendo no fundamental todos os privilégios das classes dominantes.

Nos médicos da Previdência Social é inoculada a ideologia das classes dominantes, representada pela defesa da iniciativa privada, no caso a medicina privada. Todos êstes dispositivos de dominação favorecem, a clínica privada, por quanto, funcionando mal tôda a rêde assistencial pública, os doentes que podem pagar, ao invés de serem mal tratados ou de terem de esperar 20, 30 dias para serem atendidos, procuram os contultórios particulares.

Não se pode dizer que haja da parte da maioria dos médicos da Previdência Social o propósito deliberado de tratar mal o doente para obrigá-lo a procurar o consultório particular. Alguns talvez pensem assim, mas são pessoas isoladas e sem significação. Qualquer segurado pode ser testemunha da preocupação e das angústias da maior parte dos médicos da Previdência Social, quer para curar os doentes, quer para buscar as soluções sociais.

A causa verdadeira reside no interêsse das classes dominantes em conseguir os seus objetivos. Afinal de contas, a renda gerada pelo exercício da medicina privada é insignificante no cômputo geral da renda nacional e os patrões não vão-se preocupar se os médicos particulares ganham mais ou menos, contanto que executem as tarefas a êles confiadas: manter os contrôles de população e curar os ricos. Reciprocamente, ao defenderem a clínica e a iniciativa privadas, os médicos particulares estão pagando ideològicamente os benefícios recebidos dos seus verdadeiros patrões.

De tudo isto resulta que a medicina da Previdência Social não foi instituída nem funciona para servir

realmente aos assalariados. Há visível descompasso entre os grupos diretamente envolvidos na questão: 1) os dirigentes burocráticos e os médicos, recrutados quase todos nas classes médias e ligados diretamente por laços ideológicos às classes dominantes; 2) os assalariados. O primeiro grupo serve de fato àquelas classes, contra os assalariados, portanto. Embora resulte em benefícios parciais, a medicina da Previdência Social trabalha precìpuamente para as classes dominantes, regulando os mecanismos de dominação, daí o seu iniludível caráter de embuste para o povo.

Longe, de nós, porém, pensar que, por não apresentar os padrões e os objetivos a que os trabalhadores têm direito, deva ela ser abandonada para voltarmos à situação antiga. Temos o dever de empregar todo o esfôrço em favor de sua continuação, procurando aperfeiçoá-la, a fim de conseguir o seu completo funcionamento e os seus honestos propósitos, isto é, servir a quem de fato deve servir.

A farsa da livre escolha — Deixamos para examiná-la aqui porque sôbre a Previdência social pesa o maior perigo. O princípio da livre escolha só pode funcionar para os ricos. Para os pobres não pode funcionar e jamais funcionará. Vamos examiná-la em largos traços, como é possível nesta publicação. Todos nós sabemos, por exemplo, o grande volume de doentes que procuram os médicos menos preparados. E sabemos bem porque. Em primeiro lugar, êles não podem pagar aos melhores médicos e em segundo lugar, porque é permitida a propaganda médica de tipo comercial, enquanto não se leva a sério a educação sanitária. Porisso, muitos pacientes são levados a procurar charlatões, formados ou não. A legislação, que como estamos vendo, é feita para satisfazer à classe dominante, nada faz para proibir êstes abusos. Dos

inúmeros métodos de charlatanismo, destaca-se o da radioscopia. Certos médicos compram um dêsses aparelhos e dizem ao cliente que "veêm" tudo por dentro. O paciente inteiramente desprevenido, entrega-se desarmado a êste tipo condenável de chantagem. Êstes clientes escolheram livremente e porisso foram bem atendidos? Milhares por não poderem pagar ao médico particular ou por não serem bem atendidos nos Institutos, procuram farmacêuticos, espíritas, etc. Êles escolheram livremente e foram bem atendidos? Argumenta-se com a confiança do paciente no médico. Mas o que inspira confiança é o modo dêste tratar o doente e conduzir o caso. Se todos os médicos, pois forem bem preparados, todos os pacientes terão confiança naturalmente em todos os médicos.

Mas, como vimos atrás, muitos doentes que antes não pagavam, com o advento da Previdência Social passaram a ser pagantes (indiretamente). A multiplicação dos empregos em virtude do desenvolvimento econômico de um lado e o aumento do custo de vida do outro, causaram a fuga dos doentes dos consultórios particulares, embora nos centros industrializados, particularmente em São Paulo, tenham aumentado os clientes particulares, em virtude dos melhores salários e dos lucros obtidos nos últimos anos. Esta fuga será tanto maior quanto melhor fôr a medicina executada nos Institutos, a qual interessa diretamente aos segurados, aos médicos que não têm "pistolão" e aos que não têm condições de se agregarem aos professôres e possuidores de grandes clínicas. O espectro da fuga da clientela dos consultórios particulares engendrou um recurso hábil e malicioso, visando a trazê-los de volta. Trata-se da chamada *livre escolha*, consiste em não aumentar os cargos de médicos mensalistas, manter ou aumentar o regime dos *credenciados*, que percebem

por consulta, dando-se ao segurado a ilusão de que dentre os médicos em tal regime êle pode escolher o de sua preferência.

Esta escolha é pura ilusão por vários motivos: 1º) supondo que o associado escolha realmente o melhor em cada especialidade, dentro de certo tempo êste estará assoberbado de casos; como o regime é de concorrência, êle não cederá normalmente o excesso para outros colegas e passará a atender mal, dividindo com outras colegas, sim, mas pagando-lhes apenas parte da consulta, ficando com o restante; 2º) nem sempre o doente pode escolher o melhor porque os fatôres de avaliação da capacidade profissional são muito variáveis e freqüentemente falsos; 3º) na prática, quem escolhe o médico nos Institutos não é o doente, mas sim o funcionário encarregado da distribuição pelos médicos existentes em cada especialidade, às vêzes mediante propina, prejudicando não só os médicos que não querem assim proceder, como, em última análise, o doente; 4º) há, ainda, o expediente das consultas desnecessárias. Infelizmente, somos obrigados a constatar êstes fatos e salientar que em todos os países onde funciona êsse tipo de atendimento tem sido assim.

A livre escolha consiste na introdução de um sistema prejudicial, de tipo individualista, e na tentativa de volta a um sistema condenado. Se a Previdência Social tem erros, serve muito melhor do que antigamente, quando não existia. Além disso, num país cuja renda *"per capita"* não vai além de Cr$ 20.000,00, sendo que a maioria não passa dos 8 ou 10 mil cruzeiros, onde milhões de habitantes passam fome diàriamente, onde milhares de crianças não tomam leite, onde milhões nunca viram um médico, falar-se em livre escolha é uma brincadeira insultuosa, um privilégio ofensivo.

De quem é a culpa? Dos médicos? Dos funcionários? Dos trabalhadores? De nenhum dêles. Êstes expedientes são atributos inseparáveis do regime no qual vivemos. Funcionam em tôdas as demais atividades e não havia por que deixar de existir aqui. O que se tem a fazer é melhorar a Previdência Social e pô-la a funcionar realmente em favor dos trabalhadores.

O Serviço Social — É outro dispositivo inventado pelas classes dominantes de países industriais para amortecer os anseios de justiça das populações pobres, pois não cogita de modificar, porém, únicamente segundo o seu Código de Moral, "colocar ou recolocar, por um trabalho de ajuda e de educação, os indivíduos e suas famílias nas condições normais de existência, suscitando o esfôrço pessoal de mútuo auxílio, de adaptação ou readaptação".

O Serviço Social não se propõe a modificar as estruturas e porisso pretende apenas atuar no estreito limite dos recursos existentes, pela caridade disfarçada, nada resolvendo, não produzindo senão pequenas e restritas soluções parciais e temporárias de caráter individual, familiar e quando muito em pequenas comunidades, como se estivéssemos nos tempos de S. Vicente de Paula.

Por não cogitar de modificar, mas de "minorar as perturbações sociais...", o Serviço Social é incapaz de dar aos problemas das massas quaisquer soluções verdadeiras. Não passa de simples recurso para anestesiar os desfavorecidos e espoliados, nas lutas por uma vida digna. O Serviço Social pode ser útil, mas não nas bases atuais.

A rêde assistencial gratuita — É composta de hospitais, ambulatórios, consultórios, dispensários, postos de

puericultura, maternidades, mantidos por instituições particulares. leigas ou religiosas, subvencionadas pelos Governos ou pela rêde dos estabelecimentos estatais (federais, estaduais e municipais), onde os médicos fazem o que podem. Todo êsse dispositivo visa justamente, a amortecer as reivindicações populares por melhores e definitivas condições de saúde.

O S.E.S.I., o S.E.S.C e a L.B.A. — Sendo os Institutos de Previdência Social órgão do Govêrno, as classes dominantes, temendo que pudessem fugir ao seu contrôle, e aumentassem as exigências e o número dos trabalhadores no início do atual surto de desenvolvimento do País, resolveram, elas próprias, executar parte da assistência médica aos trabalhadores. Foram criados o Serviço Social da Indústria e o Serviço Social do Comércio e ampliada a Legião Brasileira de Assistência. Esta havia sido fundada por ocasião da guerra para prestar assistência às famílias dos militares convocados. Após a guerra, verificou-se a vantagem de continuar prestando assistência à maternidade e à infância dos que não eram segurados dos Institutos ou às famílias de segurados que não tinham direito às vantagens dêstes, isto é, a parte mais pobre da população. A razão verdadeira era cobrir as falhas da assistência nestes setores da população, evitando ao mesmo tempo, as manifestações de revolta e cumprindo os outros desejos e objetivos das classes dominantes. A L.B.A. tem por fim praticar a caridade e muitos dos seus criadores estão convictos das possibilidades de por êste meio, se resolverem todos os problemas do povo.

A direção das duas primeiras instituições é da competência exclusiva e intransferível dos respectivos grupos. Em raros locais, chegam a conseguir para uma minoria de assistidos, níveis de atendimento bons e

até ótimos. Mas a maioria dos assalariados fica mesmo de fora, porque aquelas instituições não bastam para curar a todos. A verdadeira finalidade não é resolver os problemas de saúde sequer da maioria, quanto mais da totalidade.

Do ponto-de-vista orgânico, a quantidade de instituições para cuidar das mesmas atribuições é incrível. Tôdas funcionam mal, com raríssimas exceções. É a afirmação categórica da falta de vontade de resolver êstes problemas. Em alguns lugares, há excesso e em outros, falta absoluta. Para agravar ainda mais a situação, de vez em quando são fundadas novas instituições para cuidar dos mesmos problemas já tratados por outras. A mais recente é a Fundação das Pioneiras Sociais, para cuidar de problemas para os quais só no Rio de Janeiro há muitos outros organismos: Institutos de Previdência, L.B.A., S.E.S.I., S.E.S.C., Fundação Leão XIII, Departamento Nacional da Criança, Serviço Nacional de Tuberculose, Secretaria de Saúde do Estado da Guanabara, e ainda outras. De todos êsses, o único órgão que devia legìtimamente cuidar dos problemas da criança, o Departamento Nacional da Criança, recebe meras atribuições contemplativas, com o rótulo burocrático de *função normativa.*

Nada disto se faz por acaso, embora nem sempre se perceba a verdadeira intenção. Mas tudo funciona de acôrdo com os desejos das classes dominantes, o que para o povo vem a dar no mesmo e não há duvida de que preenche perfeitamente as finalidades previstas: do lado do povo, doenças, fome, analfabetismo e miséria. Do outro lado, lucros, riquezas, luxo, saúde e boa vida...

O Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados — Possuem várias atribuições de caráter

sanitário. Tal como o Ministério da Agricultura, o da Saúde é dirigido por elementos da estrita confiança das classes dominantes. Como as suas atribuições são de natureza médica, seu titular dificilmente é recrutado entre os componentes das classes produtoras, como nos demais. Escolhem-se, porém, para ocupantes dos cargos de Ministro e da maioria dos diretores, elementos de inteira confiança daquelas classes. Aí se elaboram a política e os programas de saúde pública, e a êsse Ministério incumbe em grande parte executá-los.

A esta política e a êstes programas cumpre formular os meios para a regulação dos mecanismos de balanço demográfico, mediante a ação sôbre as doenças de massa.

A Organização Mundial de Saúde e o Escritório Sanitário Pan-americano — Realizam nos âmbitos mundial e continental, respectivamente, os desígnios do imperialismo, ditando normas ou as executando, na dependência dos interêsses das nações metropolitanas, isto é, sem alterar as estruturas vigentes. Têm conseguido realizar, no decorrer de vários anos, programas limitados a pequenos grupos de população. As soluções propostas são realizadas dentro das estruturas atuais, o que, está claro, não resolve nada. Seria injusto omitir, todavia, os inestimáveis serviços prestados por estas duas instituições, sobretudo a primeira, nos registros e na transmissão dos conhecimentos estatísticos pelo mundo inteiro, permutando os dados de cada país. Além disso, procuram disciplinar as divergências sôbre assuntos médicos, de modo a eliminar as dúvidas e tornar os dados plenamente comparáveis.

A Lei de Malthus — As classes dominantes dos países subdesenvolvidos, em virtude de sua subserviência ao imperialismo, são alienadas. Desta alienação faz

parte a utilização sem quaisquer críticas ou análises de idéias e teorias elaboradas nas nações metropolitanas. As que surgem em seus próprios países, desde que não representem os seus ou os interêsses do imperialismo, não têm para o pensamento dominante, valor algum. As idéias alienígenas têm objetivos de dominação. Umas são de efeitos indiretos, inseridas no acervo geral da cultura, outras são de finalidade direta e objetiva, oferecendo justificação para os fatos inerentes à dominação nos mais variados setôres.

Desta segunda espécie de idéias faz parte a chamada Lei de Malthus. Tomas Robert Malthus foi um pastor protestante inglês que viveu de 1766 a 1834. Analisando a questão da alimentação relacionada ao aumento das populações, observando o que se passava em seu país, elaborou algumas conclusões resumidas numa Lei que tomou o seu nome. Dizia êle: "A população cresce conforme têrmos de uma progressão geométrica, enquanto os alimentos aumentam nos têrmos de uma progressão aritmética". (*) O leitor verificará logo, pelo tempo em que esta lei foi elaborada, que se ela fôsse verdadeira hoje a humanidade deveria

(*) Entende-se por progressão geométrica uma série de números na qual cada um, partindo de um inicial chamado base, é o produto do anterior por uma quantidade fixa chamada razão. Exemplo de progressão geométrica de base 1 e razão 2: 1: 2: 4: 8: 16: 32: 64: 132:...

Progressão aritmética é uma série de números, na qual, partindo de um número inicial chamado base, cada qual é a soma do anterior mais uma quantidade fixa chamada razão. Exemplo de progressão aritmética de base 1 e razão 2: 1. 2. 4. 6. 8. 10. 12. 14.... São muito usadas em matemática e pelos exemplos podemos compreender a idéia de Malthus. Neste caso, enquanto a população teria aumentado de 132, os alimentos teriam aumentado apenas de 14.

estar à beira da cova, morrendo de fome. (V. pag. 10, o aumento da população do mundo).

Para países de pequena extensão territorial, isto talvez pudesse ser verdadeiro, se levada em conta apenas a superfície. Mas o autor não contou com as grandes áreas agrícolas de outras partes do mundo, onde, por sinal; a Inglaterra foi se abastecer, criando seu vasto império colonial. Não se lembrou tampouco do desenvolvimento da técnica agrícola. Os imperialistas aproveitaram muito bem esta suposta lei e a difundiram porque era do seu interêsse que as populações desenvolvidas nela acreditassem. Os intelectuais dos países periféricos concordaram e passaram também a difundi-la. Hoje, esta teoria está inteiramente desmascarada e ninguém honesto e desinteressado nela acredita.

Mesmo assim, autores estrangeiros vêm tentando ressuscitá-la de alguns anos para cá, com intenções de servir às intenções de seus países. O Brasil constitui a mais formal negação desta lei. A própria nação americana desmente-a, pois basta que nós lembremos dos seus excedentes agrícolas, tão consideráveis que, lançados na exportação imperialista, causam-nos sérios prejuízos.

Os aperfeiçoamentos da técnica agrícola são conhecidos e podem ser previstos por qualquer um. Além disso, a quantidade de terras por explorar não deixa dúvida de que o Brasil e o nosso planêta longe estão de ficar saturados. Os técnicos acham que a introdução das modernas técnicas agrícolas em nosso País, permite alimentar cêrca de 600 milhões de pessoas. Como se sabe, a agricultura de subsistência entre nós é em sua maior parte da mais atrasada técnica. Daí o caráter de impostura destas afirmações.

Os neomalthusianistas, representados principalmente pelo americano Robert Coughlan, influíram até no espírito do Presidente Kennedy que em certo momento saiu dos seus cuidados políticos para se preocupar com o aumento das taxas de natalidade na América Latina. O presidente americano declarou numa reunião de embaixadores latino-americanos: "O crescimento da população está ultrapassando crescimento econômico (do Continente) e as condições de vida se encontram em perigo ainda maior... O coeficiente de aumento da população (do Brasil) estimado em 2,4 ao ano, duplicará a sua população em apenas 30 anos... A mortandade no Brasil vem declinando desde 1920... e cria a presente instabilidade demográfica. Para corrigir esta situação cumpre que se diminua o coeficiente de nascimentos, a fim de que haja equilíbrio com a baixa mortalidade moderna". Êles chamam a isto explosão populacional ou explosão demográfica.

O embuste salta aos olhos de todos, principalmente depois de se saber das potencialidades ainda adormecidas do nosso País. Em primeiro lugar, se o Brasil está produzindo pouco é porque sua estrutura econômica não permite melhores resultados e à sua modificação se opõem, como vimos, o latifúndio e o imperialismo. Em segundo lugar, como dissemos no Capítulo III, dá-se aqui tôda a importância à agricultura de exportação, em prejuízo da de subsistência (alimentos), graças ao latifúndio e à monocultura. Se houvesse mesmo intenção de alimentar o povo brasileiro era bastante modificar esta colocação, melhorar a técnica agrícola, os transportes e a distribuição de gêneros nos centros consumidores. Em terceiro lugar, as nossas possibilidades de produção em todos os ramos são ilimitadas e basta um fato para demonstrar de uma vez por todas esta afirmativa.

Desde fevereiro de 1961 vem caindo o ritmo de instalações de novas emprêsas industriais e o nível de investimentos, em conseqüência das medidas financeiras tomadas pelo ex-Presidente Jânio Quadros. De agôsto daquele ano para cá, os investimentos foram consideràvelmente reduzidos, atingindo em 1962 cêrca de 1 centésimo da média dos anos anteriores. Pois bem, com apenas a capacidade instalada até 1960, com uma das maiores crises políticas, a taxa real total em 1961 foi, como vimos, de 7,2%. Neste mesmo ano, a taxa de produto bruto na Inglaterra foi de 5,5%.

O aumento do incremento demográfico ora em curso no Brasil decorre do seu desenvolvimento e isto não constitui surprêsa para ninguém e muito menos para os americanos, que conhecem demais êsse problema e sabem de sobra o porquê de tal aumento.

Mesmo se êsse fato ocorresse em países de pequena superfície como a Inglaterra ou a Alemanha, ainda não era motivo para alarme porque há o recurso de se adquirir alimentos em outros países. Apenas em tal caso êsses países teriam de mudar de orientação e valorizar os produtos dos países exportadores. Acontece que o nosso aumento de população ocorre num País que possui mais terras por explorar do que a atualmente aproveitada. Há ainda tôdas as pragas do latifúndio: latifúndio improdutivo, monocultura, técnica atrasada, etc. Declarou o Deputado Francisco Julião, líder das Ligas camponesas que das terras utilizáveis na agricultura em nosso País, apenas 10% são utilizadas. O coeficiente demográfico (também conhecido por população relativa), é de 8 habitantes por quilômetro quadrado.

Nosso território precisa ser ocupado por nós, brasileiros, e não por estrangeiros. Nossas riquezas devem ser utilizadas por nós, brasileiros, pois não estamos

aqui para resolver os problemas de população de outros países — Portugal, Japão, Itália, etc. — em prejuízo dos nossos interêsses, por mais respeito, admiração e amizade que tenhamos por outros povos.

Falar-se pois em perigo de explosão populacional no Brasil, é um embuste. Para os americanos e outros imperialistas, como os alemães. isto constitui, de fato, sério perigo porque quando formos uma grande nação, os privilégios dêles vão acabar e também a facilidade de nos explorar, de enriquecer e de manter altos níveis de vida à custa de nossa pobreza e de nossos sofrimentos.

Em recente Congresso de Fertilidade realizado no Rio de Janeiro, um cientista norte-americano apresentou uma pílula para diminuir a potência dos homens e diminuir a natalidade.

André Philip retrata muito bem estas falsas preocupações com as seguintes palavras: "Antes de auxiliar os países subdesenvolvidos faz-se necessário cessar a sua pilhagem, isto pelo fato de que os países subdesenvolvidos dependem, para viver, da exportação de matérias-primas e não encontram preços justos no mercado mundial".

* * *

As conclusões a serem tiradas do que acabamos de ver resumem-se no seguinte: ao examinar os problemas de saúde, o cidadão brasileiro e o médico, os elementos diretamente interessados no assunto devem fazê-lo introduzindo em primeiro lugar, como fatôres primordiais, de um lado o povo, de outro as classes dominantes, e em seguida os demais elementos, inclusive o Govêrno, como mero serviçal dessas classes. Precisa saber primeiro onde as classes dominantes querem chegar, quais os seus objetivos, de que ingredientes

culturais necessitam, os que possuem e os que usam para atingir os fins propostos. Agindo de outro modo, o povo, além de estar resolvendo os problemas dos outros, está dificultando as soluções dos seus.

Não se pode perder de vista que o Govêrno é o executor das determinações das classes dirigentes e que só podemos resolver qualquer problema, indo às suas causas verdadeiras e às suas raízes profundas.

CAPÍTULO V

Como Resolver de fato os Problemas de Saúde do Povo Brasileiro

Vimos como os componentes das classes dominantes só são em geral atacados por aquelas doenças que a medicina ainda não logrou prever ou curar. Para as demais, dispõem de elementos de prevenção (água filtrada, vacinações nas épocas adequadas, leites de boa fórmula e em perfeitas condições de limpeza, alimentação farta e substancial, todo o organismo sanitário do Estado pôsto à sua disposição, além de outros recursos) e de cura (dinheiro suficiente para os melhores remédios para consultarem os melhores médicos, para curas de clima, para serem tratados nos melhores hospitais, etc.). Em resumo, os membros das classes dominantes não têm os grandes problemas de saúde. Não costumam porisso morrer cedo, a não ser que tenham um enfarte quando em seus negócios ganham demais ou de menos.

Há três graus de estado de saúde dos diversos povos. A diferença na saúde e na ocasião de receber a visita da morte está estreitamente ligada à diferença de classes. Quanto mais pobre o indivíduo mais doente, mais cedo morre.

1º grau — Nos países pobres, onde a diferença entre as classes é muito grande, onde há pobreza extrema

dominando o panorama da maioria da população ao lado de grandes riquezas, os índices de morbidade e mortalidade nas classes pobres são incomparàvelmente maiores.

Desde as mais remotas eras tem sido demonstrado que êstes índices acompanham fielmente as diferenças de classe. Tomamos como demonstração o que tem sido observado na Inglaterra, por serem as suas estatísticas de saúde as mais antigas, as mais completas e seguras. Em editorial do *British Medical Journal* (Jornal Britânico de Medicina), êste aspecto é bem analisado, com relação à mortalidade infantil, neonatal e pós-neo-natal (depois do 1.º mês de vida).

É desnecessário dizer que todos os demais índices acompanham êsses. "Os dados censitários inglêses referentes a 1911, ano em que primeira vez se levou em conta as classes sociais, mostraram que a mortalidade infantil estava estritamente relacionada com as classes sociais. Os resultados dos dois censos decenais seguintes confirmaram êste achado (1911 e 1931). Nos anos compreendidos entre 1911 e 1931 a taxa nacional de mortalidade infantil caiu consideràvelmente e podia-se esperar que as diferenças de classe tivessem diminuído. A análise dos dados veio, porém, mostrar que as taxas de tôdas as classes sociais caíram entre 1921 e 1931 de maneira mais ou menos uniforme para tôdas elas, de tal modo que as diferenças sociais permaneceram virtualmente imutáveis.

"A mortalidade infantil continuou a declinar durante os últimos 20 anos e foi porisso de grande interêsse considerar uma vez mais a relativa posição das taxas das diferentes classes sociais. *Logan* usou para êsse fim os resultados da amostra 1% e concluiu que "a despeito da tremenda redução da mortalidade infantil durante os últimos 30 anos, não se reduziram as diferenças entre as várias classes sociais". Êle mostrou que isto é também verdadeiro para as taxas de natimortalidade e de mortalidade neo-natal, embora as diferenças sociais dessas taxas sejam naturalmente menos acentuadas do que no caso da mortalidade infantil. *Morris* e *Heady* mostraram que o declínio tanto da mortalidade neo-natal como da pós-neonatal foi notàvelmente uniforme entre 1911 e 1950; a relação das taxas nos diferentes grupos foi mais ou menos a mesma no comêço e no fim dêsses 50 anos".

Em trabalho realizado por técnicos do Departamento Nacional da Criança, sob a orientação do Dr. Menandro Whately, foi demonstrado que a mortalidade infantil nos anos de 1950 e 1951, no Rio de Janeiro, foi a seguinte: Classes ricas — 11,11; classes médias: 15,82. Nestes 2 anos, a mortalidade infantil global foi respectivamente de 109,1 e 107,5.

Embora não se disponha de estudos relativos a outras regiões do Brasil, não se pode contestar que nas regiões mais pobres (Nordeste e Norte) estas diferenças são pelo menos idênticas.

2º grau — Países industriais de economia capitalista já em fase de consolidação. As diferenças são menores, mas existem. A mortalidade infantil nos EE.UU., em 1956, foi a seguinte: Branco 23,2; Não brancos 42,1

3º grau — Países socialistas, onde a classe dirigente é o próprio povo, ou onde não há classe dirigente, dependendo da fase em que se encontrem. Estas diferenças não devem existir ou existem em grau infinitesimal e desprezível.

No momento atual, a principal questão no Brasil, a principal dificuldade consiste em saber se o desenvolvimento pode ser realizado fugindo-se à fórmula

clássica, dando-se ao mesmo tempo assistência ao povo. É indispensável saber-se se há necessidade disto. Não temos dúvida que sim. Por todos os motivos. Além de o Brasil dispor de terras em quantidade incalculável e de recursos de tôda a natureza capazes de propiciar êste atendimento, além da questão dos direitos humanos a uma vida decente há os problemas da ocupação da terra e do preparo da mão-de-obra indispensável às tarefas inadiáveis de industrialização. Voltamos a repetir: temos de dar solução aos nossos problemas de população. Os outros países que resolvam os seus.

Vários países estão procedendo assim, isto é, se desenvolvendo e resolvendo ao mesmo tempo os problemas sociais de suas populações. Veja-se o Capítulo II.

Analisando o clássico dilema "pão ou aço", ou seja, "alimentação ou desenvolvimento", Josué de Castro destrói por completo a sua significação. "A solução do dilema não está no atendimento exclusivo ao pão ou ao aço, mas simultâneamente ao pão e ao aço, em proporções impostas em face das circunstâncias sociais e das disponibilidades econômicas existentes".

Para resolver de fato os problemas de saúde do povo brasileiro temos de pensar em primeiro lugar que estas soluções estão fora dos limites da medicina, o que de modo algum exclui a participação dos médicos nesta luta, quer como cidadãos, quer como médicos autênticos, esclarecendo os demais colegas e o povo para as verdadeiras soluções dos seus problemas. Há que transferir o Brasil do grau 1 para o 2, o que já está sendo feito, e para o 3. Mesmo porque, a sociedade brasileira não é mais aquela de 30 ou 40 anos atrás, que supria o desemprêgo com serenatas, sambas

e "café pequeno" nas mesas dos botequins... Como bem diz o Padre Fernando Bastos de Avila S. J. "Assistimos hoje no Brasil a uma *tomada de consciência* das massas".

E mais adiante prossegue: "O fenômeno mais característico da atual dinâmica social brasileira é, a nosso ver, a conscientização das massas; e o problema mais empolgante de um tal momento histórico é discernir as opções concretas que poderão decidir da orientação desta dinâmica, dentre os esquemas possíveis que a ela se oferecem.

"Cremos que se passa hoje com o povo brasileiro o que se passou na Europa no sólio da idade moderna: o homem descobriu que êle faz a história, que é sujeito, agente da história. Foi então na Europa e é hoje no Brasil a própria aceleração dos processos sociais que permitiu esta descoberta. Concretamente ela significou a liquidação de uma concepção estática do cosmos e da ordem social, e a sua substituição por uma visão dinâmica de um mundo em transformação da qual o homem é o demiurgo privilegiado... Uma atitude de fatalismo cede o lugar a uma atitude de esperança.

"Ninguém duvida mais que a superação da crise que nos aflige não pode ser procurada na linha de uma volta ao capitalismo. Êste, com suas concepções filosóficas individualistas, com seu liberalismo sócio-político, e com seu sistema econômico de falsa concorrência e de absoluta liberdade hostil a qualquer intervenção do poder público, não só não resolveu nada, como pode justamente ser responsabilizado pelas grandes questões sociais contemporâneas... Ao invés de promover uma integração crescente das regiões coloniais no seu próprio circuito econômico, determinou uma diferenciação da economia mundial em

centros econômicos autônomos e periféricos de economia reflexa. O capitalismo está liquidado, e só com romantismo nostálgico pode ainda sonhar com a volta a suas formas puras".

Há pois uma série de medidas gerais na órbita econômica e política a serem tomadas, para se chegar à meta de abolir em nosso País tôdas as doenças curáveis restando para todo o povo sòmente aquelas que a medicina preventiva ou curativa não conseguiu extinguir. Isto quer dizer, tornar irredutíveis todos os índices de mortalidade e morbidade, como já se alcançou em alguns países e aumentar a perspectiva de vida para a maior idade possível. Estas medidas têm sido muito discutidas nos últimos anos e têm como base essencial uma: A INDUSTRIALIZAÇÃO DO PAÍS.

Quem quer que consulte a literatura nacionalista recentemente publicada ou as revistas de economia, verificará que já ultrapassamos duas fases: a do cololialismo e a do subdesenvolvimento. Achamo-nos noutra, mais adiantada, denominada *em desenvolvimento.* Todavia, grandes áreas do nosso território acham-se ainda em fases muito atrasadas, carecendo de medidas especiais para eliminar o antagonimo de um Sul altamente desenvolvido e um Norte e um Nordeste em fases de atraso e, portanto, de injustificável miséria.

Os médicos brasileiros não podem ignorar tais fatos. Num País em busca da riqueza, do bem-estar e da felicidade do povo, os cientistas não podem ser exclusivamente cientistas, os clínico exclusivamente clínicos e sobretudo os sanitaristas exclusivamente sanitaristas. Cada qual tem a obrigação de buscar os conhecimentos necessários à compreensão dos problemas na totalidade, e projetar sua atividade, social e

politicamente, de maneira racional, procurando relacionar o seu campo de ação aos demais, correlatos. Até certo ponto, a posição exclusivista pode ser admitida em países de economia consolidada e sem grandes dificuldades. Mesmo assim, tal posição deve merecer certas restrições, pois em muitas ocasiões, o homem de cultura ou de ciência daquelas nações fica sem saber se conduzir por não compreender certos fenômenos.

O desenvolvimento tem, pois, de ser planejado e homogêneo, sem prejuízo de qualquer região ou comunidade. Só com a industrialização conseguiremos dinheiro para darmos saúde, alimentação e vida mais longa ao povo. A primeira superação é portanto a eliminação completa das contradições entre o imperialismo e o subdesenvolvimento; entre o dominador e o dominado; entre o elaborador de doutrinas metropolitanas e o seu assimilador e executor periférico; entre o latifúndio antiquado e pobre e a indústria moderna e rica; entre as classes dominantes exploradoras e as massas exploradas; entre uma população miserável e faminta e às perspectivas da formação de um mercado interno forte e justo.

As medidas práticas, de ordem geral, mais imediatas são as seguintes:

1 — Execução imediata e rigorosa da lei de remessa de lucros (Lei Celso Brant — Sérgio Magalhães).

2 — Revogação de todos dispositivos que dificultam a industrialização do País, como as Instruções 113 e 204 da SUMOC (Superintendência da Moeda e do Crédito).

3 — Reforma Agrária Radical.

4 — Nacionalização dos depósitos dos bancos estrangeiros.

5 — Nacionalização não só das emprêsas estrangeiras de energia elétrica, como da distribuição da energia gerada pelas usinas nacionais.

6 — Nacionalização das indústrias automobilística e de construção naval.

7 — Ampliação e correção das indústrias estatais de base: Petrobrás, siderúrgicas, hidrelétricas, Companhia Nacional de Álcalis e criação de outras, necessárias ao desenvolvimento pleno do País.

8 — Industrialização do Nordeste.

9 — Aquisição de bens de produção nas condições mais favoráveis em valor, prazos e juros, efetuando-se de preferência trocas por produtos brasileiros, indo buscar aqueles bens onde os houver.

10 — Reforma radical na filosofia do ensino e da educação, dando-lhes feição nacional autêntica.

Ao mesmo tempo, medidas no campo da saúde devem ser tomadas. Como no caso precedente, há uma de fundamental importância e urgência. Sem ela nada poderá ser feito e qualquer que seja o caminho seguido, é indispensável. Porisso não se deverá perder tempo e iniciá-la imediatamente. Trata-se da mudança completa da orientação do médico brasileiro, que deverá abandonar os padrões metropolitanos importados, substituindo-os por uma doutrina nacional autêntica, nacionalista, aquela que resolva de fato os problemas do povo brasileiro. Nesse terreno, há um grande atraso, como já foi visto. Não constitui fácil tarefa, pois se trata de deslocar da mente dos nossos médicos idéias sedimentadas desde longos anos.

É indispensável, antes de tudo, que os médicos patrícios compreendam o verdadeiro sentido de seu trabalho, a quem servem e a quem realmente devem servir. Esta mudança de orientação deve começar pelo

ensino médico, desde o primeiro ano e se estender aos profissionais de saúde pública e aos clínicos. É indispensável e urgente a tomada de consciência pela qual fiquem todos convencidos da importância da luta em primeiro lugar contra as doenças de massa e da mais ampla e completa assistência à infância.

Decorrentes dessa nova mentalidade, operar-se-ão profundas modificações em todos os setores da assistência médica, criando-se condições técnicas e econômicas, inclusive salariais, para os médicos cumprirem integralmente sua missão. Os médicos brasileiros não têm sido informados das transformações atualmente no Brasil e êste conhecimento é de indiscutível importância.

As medidas mais imediatas deverão ser as seguintes: Modificação radical da medicina social, pelo aperfeiçoamento dos Institutos de Previdência. Modificação na estrutura e na filosofia do Ministério da Saúde. Saneamento de todo o País. Nacionalização da indústria farmacêutica, pela atuação dos laboratórios estatais (federais e estaduais) e dos particulares ainda não desnacionalizados. Ampliação e correção da rêde assistencial tendo por base os interêsses da saúde do povo.

Desenvolvimento da produção de alimentos, particularmente de proteínas, e nacionalização das fábricas de leite em pó e dos frigoríficos estrangeiros, sendo que com relação a êstes é imprescindível a modificação de sua localização (dos novos), pois na forma como estão agora localizados têm finalidade quase exclusiva de exportação (nos grandes portos).

Análise dos nossos problemas médicos e procura de suas soluções por médicos brasileiros, sem quaisquer vínculos com interêsses ou orientação estrangeiros. Se tivermos de aproveitar a experiência estran-

geira, devemos repudiar as propostas metropolitanas e utilizar, depois de passá-la por uma crítica de profundidade, a experiência de países com problemas semelhantes aos nossos.

Ampliação e criação de institutos de pesquisa, todos financiados pelo Govêrno. No setor da formação de especialistas em saúde pública e de pessoal auxiliar, ao lado dos técnicos de alto padrão devem ser ministrados por todo o Brasil cursos rápidos de atualização médica e social, orientados para o conhecimento da realidade brasileira.

Manutenção de publicações brasileiras honestas e práticas, de atualização, destinadas principalmente aos médicos do interior. Auxílio às publicações médicas já existentes.

Para tudo isto são necessárias grandes somas. Que se multiplique a riqueza e se sacrifique as verbas desnecessárias.

Assim, serão resolvidos de fato os problemas de saúde do povo brasileiro.

FONTES CONSULTADAS

Livros:

1 — Puericultura — Martagão Gesteira
2 — Tratado de Higiene — Barros Barreto
3 — Puericultura — Clovis Correia da Costa
4 — Parasitologia — Samuel B. Pessoa
5 — Suicídio ou Sobrevivência do Ocidente? — L. J. Lebret
6 — Geografia da Fome — Josué de Castro
7 — Ensaios Médico-Sociais — Samuel B. Pessoa
8 — A Luta pela Industrialização no Brasil — Nicia Villela Luz
9 — O Livro Negro da Fome — Josué de Castro
10 — Estudos Nacionalistas — Osny Duarte Pereira
11 — Assim falou Julião — Gondim da Fonseca
12 — Alimentação do Lactente Sadio — Cesar Pernetta
13 — A Questão da Universidade — Álvaro Vieira Pinto
14 — O Cinema, sua Arte, sua Técnica, sua Economia — Georges Sadoul
15 — Rio Grande do Sul, um Nôvo Nordeste — Franklin de Oliveira
16 — Formação do P.C.B. — Astrogildo Pereira
17 — Código de Moral do Serviço Social — Côn. V. Heylen
18 — Anais do II Congresso Brasileiro de Serviço Social
19 — Anais das VI Jornadas Brasileiras de Puericultura e Pediatria — 1952 — Belo Horizonte

Publicações Médicas

1 — Boletim do Instituto de Puericultura da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil
2 — O Hospital

3 — Boletim do Departamento Nacional da Criança — 1959, 1960 e 1961
4 — Revista do Serviço Nacional de Tuberculose
5 — Boletim do Serviço Federal de Bioestatística
6 — Revista Médica Fluminense — Associação Médica Fluminense
7 — Arquivos Brasileiros de Nutrição
8 — Anais da Maternidade São Paulo
10 — Arquivos Venozolanos de Pediatria
11 — Resumen de los Informes Cuadrienales sobre las Condiciones Sanitarias en las Americas
12 — Demographic Yearbook (Anuário Demográfico) — Organização das Nações Unidas
13 — Jornal de Pediatria — Rio de Janeiro (vários números)
14 — British Medical Journal (Jornal Britânico de Medicina)
15 — Tribuna Médica — Rio de Janeiro
16 — Epidemiological Yearbook (Anuário de Epidemiologia) — Organização Mundial de Saúde

Revistas, Jornais e Publicações Várias

1 — Desenvolvimento e Conjuntura (vários números)
2 — Revista Brasiliense (vários números)
3 — Jornal do Brasil — 14-10-1962 e 12-8-1962
4 — Síntese Política, Econômica e Social — n.º 14 — Revista oficial do I.E.P.S. da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
5 — Última Hora — Rio de Janeiro — 25-4-1961
6 — Diário de Notícias — 26-2-1961 — 4-11-1962
7 — Conjuntura Econômica (vários números)
8 — Statistical Yearbook (Anuário Estatístico) — Organização das Nações Unidas

Repartições do Govêrno

1 — Divisão de Produtos de Origem Animal (DIPOA) — Ministério da Agricultura
2 — Departamento Nacional da Criança — Ministério da Saúde
3 — Serviço Federal de Bioestatística — Ministério da Saúde
4 — Maternidade Clovis Correia da Costa — D.N.Cr. — Ministério da Saúde

5 — Departamento Nacional de Endemias Rurais — Ministério da Saúde
6 — Departamento Estadual da Criança — Estado da Guanabara
7 — Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro — Serviço de Bioestatística

Centenas de milhares dêstes CADERNOS circulam hoje nos quatro cantos do País. São lidos, comentados, debatidos por todos aquêles que, insatisfeitos com a triste realidade da vida nacional, querem informar-se sôbre nossos graves problemas.

Por todos os brasileiros que desejam participar conscientemente do movimento cada vez mais pujante e positivo que objetiva promover transformações radicais na anacrônica e injusta estrutura sócio-econômica em que nos encontramos.

Por todos aquêles, em suma, que acima de suas posições ideológicas ou partidárias, lutam pela emancipação do Brasil contra o imperialismo internacional e seus agentes internos.

Agindo com amplitude e profundidade, os CADERNOS DO POVO BRASILEIRO são a chama que ilumina, a arma de que o povo dispõe para a conquista de melhores dias.