

ATIVIDADES DE SAÚDE PÚBLICA NA ZONA RURAL COM ESPECIAL REFERÊNCIA AO ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL ^o

OSWALDO PAULO FORATTINI *
PAULO CARVALHO CASTRO **

O tema é demasiado complexo e, forçoso dizê-lo, ingrato em seus resultados, pela influência negativa dos inúmeros fatores que atuam na vida rural. O meio apresenta, com raríssimas exceções, condições adversas para promoção da saúde, agravadas pela escassez ou falta absoluta da assistência oficial. O relativo abandono das populações rurais pelos poderes públicos se verifica em todo os setores governamentais: educação, agricultura, crédito, transporte, etc., que são elementos igualmente indispensáveis para a manutenção e melhoria da saúde. Dêsse assunto extenso e multiforme, abordaremos apenas alguns aspectos que dizem mais de perto à saúde pública.

I — CONCEITO DE ZONA RURAL

Ainda não existe uma definição unânimemente aceita. Smillie ⁵¹ considera como pertencentes à zona rural, tôdas as cidades com 50.000 habitantes ou menos, com núcleos adjacentes e esparsos, e casas isoladas. Êste conceito, todavia, conforme salienta Ribas ⁴⁵, ainda não corresponde à atualidade demográfica do nosso País, como se verá adiante.

A Repartição Censitária dos Estados Unidos estabelece periodicamente, o limite de população que marca a divisão urbana e rural das comunidades. Assim é que, em 1880 êsse limite era de 8.000 habitantes, baixou para 4.000 em 1890 e 1900, tendo sido recentemente fixado em 2.500. Mustard ³⁸ aceita êsse critério “desde que não seja seguido cegamente”. Com efeito, como ressalta o referido autor, numa comunidade com 2.500 habitantes ou menos, os problemas sanitários como destino de dejetos, lixo, etc., tem maior probabilidade de serem da alçada individual do que da coletiva.

O Instituto Internacional de Estatística, reunido em Praga em 1938, propôs a seguinte definição: “considera-se como rural a população de todo distrito cujo núcleo tiver um número de habitantes inferior a um certo limite estabelecido, e cuja população agrícola formar uma percentagem superior a 60% da população ativa total” (Pessoa ⁴³). Vê-se, por essa definição, a adoção

Recebido para publicação em 8-10-1957.

^o Trabalho realizado nas Cadeiras de Parasitologia Aplicada e Higiene Rural (Prof. Paulo César de Azevedo Antunes) e Técnica de Saúde Pública (Prof. Rodolfo dos Santos Mascarenhas) da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

* Livre docente e assistente da Cadeira de Parasitologia Aplicada e Higiene Rural.

** Assistente da Cadeira de Técnica de Saúde Pública.

do duplo critério que compreende a densidade demográfica e a ocupação, considerando-se como população agrícola o conjunto daqueles indivíduos que exercem funções relacionadas com a agricultura e dependentes.

Na Europa, os mínimos populacionais exigidos também variam de país a país. Assim é que na Inglaterra e Alemanha é de 5.000, enquanto que na França é de 2.000 (Candau e Braga¹¹).

No Brasil, ainda não há um critério bem estabelecido. Barros Barreto⁴ define como zona rural, a zona dos campos, ou de população dispersa, e as coletividades em que ela é inferior a 2.000 — 2.500 habitantes, ocupando-se a sua maioria — cêrca de 60% — em atividades agrícolas. Vemos, pois, que o referido autor segue, em linhas gerais, a definição do Instituto Internacional de Estatística.

Segundo o I.B.G.E.⁹, no recenseamento de 1950 o critério foi o seguinte: "Situação do domicílio — A população é distribuída segundo a situação do domicílio (urbano, suburbano e rural) definido por lei e fixado pelo Governo Municipal. O Decreto-lei n. 311 de 1938 tornou exequível esta classificação da população, a partir do Censo de 1940. Como quadros urbano e suburbano, entende-se a área correspondente às "cidades" (sedes municipais) ou às "vilas" (sedes distritais). A "cidade" deve abranger no mínimo 200 moradias e as "vilas", 30 moradias. Essa exigência legal, entretanto, nem sempre tem sido atendida. O quadro rural abrange tôda a área situada fora dos limites das cidades e vilas".

Vemos assim que a zona rural é conceituada por exclusão, dependendo de leis municipais. Todavia, a delimitação pelas prefeituras dos quadros urbanos e suburbanos é empírica, em geral, baseada no lançamento de impostos. Como êsses impostos cabem aos municípios, enquanto que os da zona rural cabem ao Estado, aqueles procuram estender ao máximo os limites acima referidos. Devido a essas falhas, torna-se difícil aceitar êsse critério "legal" que pode chegar ao extremo de considerar urbana, comunidades de pouco mais de 100 habitantes.

Compulsando os dados do Censo de 1950⁷ verifica-se que no Brasil, para uma população total de 51.944.397 habitantes, temos 18.775.779 ou seja, 36,14% vivendo em cidades e vilas, o que permite deduzir que 33.157.518 pessoas, ou 63,86%, vivem na zona rural. Pelo quadro I verifica-se, todavia, que 4.206 localidades (858 cidades e 3.348 vilas) possuem menos de 2.000 habitantes. Por conseguinte, se adotarmos o critério de Barros Barreto⁴ devemos incluir 2.764.422 pessoas como habitantes da zona rural e, segundo o critério de Smillie⁴⁹ serão adicionados 10.289.135 habitantes. As percentagens de pessoas vivendo na zona rural ascenderão, respectivamente, para 69,17% e 83,66% conforme verifica-se no quadro II.

Quanto ao Estado de São Paulo, o recenseamento de 1950⁹ registrava 4.330.212 pessoas morando na zona rural, ou seja 47,4% do total de 9.134.423 habitantes.

Com os dados publicados pelo I.B.G.E.⁸ elaboramos o quadro III.

QUADRO I — População das Cidades e Vilas do Brasil, segundo os dados do VI Recenseamento Geral (1.º de Julho de 1950)

Habitantes	CIDADES		VILAS		TOTAL	
	N.º	População	N.º	População	N.º	População
Até 2 000	858	1 022 059	3 348	1 742 363	4 206	2 764 422
De 2 001 a 50 000	997	6 821 869	140	702 844	1 137	7 524 713
De mais de 50 000	32	8 434 220	1	52 424	33	8 486 644
Total	1 887	16 278 148	3 489	2 497 631	5 376	18 775 779

QUADRO II — Distribuição Urbana e Rural da população do Brasil, segundo diversos critérios, e baseada nos dados do VI Recenseamento Geral (1.º de Julho de 1950)

CRITERIOS	URBANA		RURAL		TOTAL
	População	%	População	%	População
Censo Geral de 1 950	18 775 779	36,15	33 168 618	63,85	51 944 397
Barros Barreto	16 011 357	30,83	35 933 040	69,17	51 944 397
Smillie	8 486 644	16,34	43 457 753	83,66	51 944 397

QUADRO III — Distribuição das Cidades e Vilas do Estado de São Paulo, segundo a população do Censo de 1950

HABITANTES	CIDADES		VILAS	
	N.º	População	N.º	População
Até 500	5	1 859	235	68 788
501 a 1 000	44	33 322	103	69 617
1 001 a 2 000	102	145 313	36	47 544
2 001 a 5 000	103	313 501	7	24 280
5 001 a 10 000	59	415 212	4	25 868
10 001 a 20 000	28	394 431	1	16 022
20 001 a 50 000	20	597 168	—	—
Mais de 50 000	8	2 651 286	—	—
Total	369	4 552 092	386	252 119

Verifica-se que 151 cidades e 374 vilas possuíam população inferiores a 2.000 habitantes em um total de 180.494 e 185.949 pessoas respectivamente. Com as 29 cidades cuja população encontrava-se entre 2.000 e 2.500 habitantes, temos um total de 180 cidades, em 1950, com menos de 2.500 habitantes ou seja 48,8% do total das sedes dos municípios paulistas que poderiam ser considerados rurais.

A Seção de Estatística da Divisão do Serviço do Interior do Departamento de Saúde de São Paulo, estimou em 1955 a população do Estado (exclusive a Capital) em 7.782.557 habitantes. Sendo que 4.483.394 ou 57,61% do total estavam localizados na zona rural. Entretanto, da população urbana 274.866 pessoas residiam em 206 cidades com menos de 2.500 habitantes. Se considerarmos estas cidades como comunidades rurais, aquela percentagem elevar-se-á à 60,75%.

Com os dados daquela Seção da Divisão do Serviço do Interior organizamos com o auxílio da educadora D. Helena Savastano o quadro IV onde verifica-se que 48,35% das sedes dos municípios do Estado contam com menos de 2.500 habitantes e poderiam ser considerados "zona rural".

QUADRO IV — Distribuição das Cidades* (Sede de Municípios) do Estado de São Paulo segundo a população estimada para 1955 pela Divisão do Serviço do Interior

POPULAÇÃO	Frequência	Frequência Acumulada	Percentagem Acumulada
Até 500.....	12	12	2,81
501 a 1 000.....	53	65	15,25
1 001 a 2 000.....	112	117	41,54
2 001 a 2 500.....	29	206	48,35
2 501 a 5 000.....	97	303	71,12
5 001 a 10 000.....	60	363	85,21
10 001 a 20 000.....	33	396	92,57
20 001 mais.....	30	426	100,00

* Não constam o município da Capital e os seguintes: Ferraz de Vasconcelos, Igarapé do Tietê, Indaiaporã, Mirante do Paranapanema, Paraíso, Pirangá, Platina e Santa Fé do Sul por não ter sido possível a separação das populações urbana e rural.

Estes exemplos mostram a dificuldade de seguir-se um critério exclusivamente baseado na população. Somos de opinião de que para o caso do Estado de São Paulo o critério do Censo de 1950 poderia ser seguido com reservas, incluindo-se as localidades com menos de 2.000 habitantes assim como aquelas que, embora com população maior, apresentarem problemas de saúde pública e outras características semelhantes às da zona rural.

II — IMPORTANCIA DO TEMA

O assunto é de interesse capital, pois basta considerarmos o elevado número de pessoas que habitam e trabalham na zona rural, como já demonstramos no item anterior. Qualquer que seja o critério para conceituar a "zona

rural” a população urbana, entre nós constitui minoria. Este fato verifica-se não somente no Brasil e América Latina mas também no resto do mundo. Segundo a estimativa da Oitava Assembléia Mundial de Saúde³⁷, dois terços da humanidade, ou seja 1.300 milhões de pessoas vivem da agricultura em zonas rurais. Os problemas dessas populações podem variar mas geralmente apresentam condições comuns, tais como: vida média baixa, desnutrição, baixo nível econômico, condições deficientes de habitação e vestuário, analfabetismo, endemias predominantemente rurais e assistência médica deficiente. O valor econômico das medidas preventivas que podem ser tomadas a favor dessa imensa população, foi demonstrado em magnífico trabalho de Winslow⁵⁶.

III — ATIVIDADES SANITÁRIAS PARA A ZONA RURAL

Antes de analisarmos as diversas atividades sanitárias, desejamos salientar que a conceituação de saúde pública evoluindo e modificando em vários de seus aspectos, torna difícil uma sistematização rígida e estática.

Das conclusões a que chegaram os técnicos da Oitava Assembléia Mundial de Saúde³⁷ transcrevemos as seguintes:

“1. Todo programa de saúde rural deve se basear em um conhecimento adequado de localidade, que compreende a geografia, o clima, a cultura, o estado sanitário da população, o nível e estrutura econômica, o grau de educação e a organização governamental.

2. Para o desenvolvimento e o progresso das comunidades, será preferível o planejamento simultâneo de “objetivos múltiplos”, que combine as atividades sanitárias com as de agricultura, educação, etc.

3. É essencial que a comunidade participe nos programas, sem que estes deixem de receber algum apoio das administrações centrais, sob a forma de direção, orientação e assistência técnica.

4. Os programas de saúde pública nas zonas rurais podem frequentemente iniciar-se com atividades especializadas (uma campanha contra a boubá ou a malária, por exemplo) as quais serão logo integradas em um programa geral e se incorporarão aos Serviços Sanitários locais”.

Vemos que as recomendações iniciam-se com a necessidade do conhecimento da área a ser trabalhada. Daí depreende-se que a instalação de um serviço de saúde rural será precedido pelo levantamento de dados que permitam o conhecimento amplo da comunidade. É o conhecido “Inquérito Preliminar” necessário para elaboração do programa da Unidade local que reunirá todas as atividades de saúde pública, embora possam ter-se iniciado como atividades especializadas em virtude da prioridade do problema.

As várias atividades sanitárias que a unidade local poderá desempenhar são agrupadas ou relacionadas de formas diversas pelos especialistas. Candau e Braga ¹¹ dividem em atividades *básicas*: o saneamento, assistência médica e educação sanitária; e *atividades complementares*: — a higiene da maternidade e da criança e o controle das doenças transmissíveis. Gastão C. Andrade e V. Suter ² analisando a estrutura de um serviço rural na Amazônia chegam a seguinte conclusão: “Nas áreas rurais da Amazônia, as atividades de saúde pública devem abranger cinco aspectos especiais num só problema: assistência médica, saneamento, higiene da maternidade e da criança, controle de doenças transmissíveis e educação sanitária.

Nas unidades do SESP na área do Rio Doce segundo Penido, Melloni e Azevedo ⁴¹ a chefia tinha a responsabilidade direta das seguintes atividades: “epidemiologia e profilaxia das doenças infecto-contagiosas, coleta de dados bioestatísticos, educação sanitária e saneamento do meio, além da parte administrativa”. “As outras atividades exercidas, no momento, pelas unidades sanitárias são as seguintes: (a) higiene pré-natal, infantil, pré-escolar e escolar; (b) assistência médica às pessoas incluídas no item anterior; (c) higiene e assistência dentária às pré-natais, pré-escolares e escolares; (d) lactário para fornecimento de regime e leite ao lactante e crianças sub-nutridas; (e) laboratórios para auxiliar os diagnósticos e fazer o exame bacteriológico da água; (f) distribuição de mudas e sementes de hortaliças, assim como uma horta de demonstração”.

Mazzei e Merlo ³⁵ distinguem como atividades básicas das sub-unidades: higiene da maternidade e da criança, assistência médica, saneamento, educação sanitária e controle de doenças transmissíveis. São atividades fundamentais para A. S. Loyola ³¹ bioestatística, assistência médica, controle de doenças transmissíveis, laboratório, saneamento, higiene da maternidade e da criança e, educação sanitária. Sugerindo um programa mínimo de trabalho Santo e Souza⁴⁸, assim se expressam: O saneamento, alimentação e educação sanitária seriam funções básicas, o tripé de onde partiríamos para o alevantamento do padrão de saúde do povo, acrescido da higiene da criança logo que as disponibilidades financeiras e técnicas o permitirem”. Cantídio e Sales ¹² relatam o serviço móvel de assistência médico-sanitária no Ceará destinados a “combater os surtos de natureza epidêmica e assistir aos aglomerados humanos desordenados, como festas religiosas no interior”.

A Comissão de Peritos da O.M.S. ⁴⁰ considerará essenciais para a zona rural os seguintes serviços:

- a. higiene materna e infantil;
- b. controle das moléstias transmissíveis;
- c. saneamento do meio;
- d. registro de dados estatísticos;
- e. educação sanitária;

- f. enfermagem de saúde pública;
- g. medicina curativa (variando a intensidade com as necessidades da área e acessibilidade aos centros hospitalares).

Com finalidades didáticas, Mascarenhas e Castro³⁴ classificam as atividades da unidade sanitária local em básicas, obrigatórias e facultativas, atendendo as características mais freqüentes em São Paulo. As atividades básicas dos Centros e Sub-centros de Saúde para estes autores são semelhantes às relacionadas pelos especialistas da O.M.S. acrescida da higiene do adulto e higiene dentária. É preciso notar que na classificação não estava encarado especificamente o problema rural.

As divergências observadas entre os autores são mais aparentes que reais. A unidade terá as atividades necessárias para atender os problemas revelados pelo inquérito e de acordo com suas disponibilidades de pessoal e material. Como sempre, estas últimas estando aquém das necessidades, obriga o estabelecimento de prioridades que variam para cada caso. Necessário se torna esclarecer, também, que para uma atividade sanitária não implica necessariamente a existência de um serviço ou pessoal exclusivo para seu desempenho. Dêsse modo, a omissão do registro de algumas atividades, como sejam: enfermagem, assistência dentária, nutrição (tão importante na zona rural) estatística ou outra qualquer, significa apenas que estão incluídas nos demais programas: de higiene da criança, controle de moléstias transmissíveis, etc.

Passaremos, em seguida a analisar sucintamente o aspecto administrativo de algumas dessas atividades. Deixaremos de comentar as atividades administrativas bem como a manutenção de dados estatísticos imprescindíveis para o bom funcionamento de um serviço de saúde.

Saneamento do Meio — São consideradas as medidas destinadas a combater o conjunto de fatores que no ambiente material do homem, influem ou são susceptíveis de influir desfavoravelmente sobre sua saúde. Considerando as condições da vida rural, inegavelmente esta atividade, nas suas diferentes modalidades, assume primordial importância.

As principais causas do quadro verdadeiramente desolador das condições sanitárias do meio rural, segundo os Peritos da O.M.S.⁴⁰ são as seguintes:

- a. contaminação dos abastecimentos de água;
- b. infecção pelo contato direto ou indireto com excretas humanos;
- c. infecções transmitidas por artrópodos, roedores, moluscos e outros animais vetores;
- d. contaminação do leite e outros gêneros alimentícios;
- e. presença de moléstias de animais, transmissíveis ao homem.

Wyman Stone²³ discutindo o assunto no 1.º Congresso Interamericano de Higiene em Havana, distingue dois tipos de saneamento rural: o que se aplica às pequenas coletividades e o que se aplica às populações dispersas. Essa distinção, parece-nos particularmente importante no que respeita ao abastecimento de água e sistema de esgoto.

A questão do abastecimento de água é fundamental, e essa água deve ser tão pura quanto aquela fornecida às populações urbanas. Na zona rural, porém, as dificuldades decorrentes da ausência de sistema de distribuição e tratamento centrais são muito grandes. Na maioria dos casos, essa atividade consistirá, por isso, apenas na proteção conveniente de poços ou de fontes. Nas pequenas comunidades pode-se promover a distribuição, em locais escolhidos, de água proveniente de poços higiênicos e trazida por meio de canalizações para torneiras públicas. É como o SESP solucionou o problema em algumas localidades sob sua jurisdição. Nas cidades de maior população, a solução é a construção de um serviço de água mas caracterizado pela simplicidade de operação e manutenção. Devemos ressaltar que o abastecimento adequado de água não terá apenas a finalidade de fornecer esse elemento para bebida e manipulações culinárias mas atender, também, outras necessidades como: banho e lavagem de roupa que assumem particular importância nos focos de esquistossomose.

Tão importante quanto o anterior é o destino adequado dos dejetos. Qualquer programa nesse sentido, na zona rural, esbarra, entretanto com o hábito arraigado do nosso homem do campo de evacuar no chão. O programa de instalações de fossas secas ou, quando possível, sépticas, deve ser acompanhada de imprescindível educação do rurícola para obter a sua indispensável cooperação para utilização dessas instalações. O problema se agrava nas vilas e cidades pela maior aglomeração de moradias e conseqüente menor área de terreno de cada casa. O binômio poço-fossa passa a constituir verdadeiro caso de calamidade pública.

No Estado de São Paulo, Tameirão⁵³ em 1953 encontrou 138 sedes de municípios (37,5%) sem serviços de água e esgoto; neste grupo encontravam-se 88 cidades com menos de 2.500 habitantes. Das 231 cidades abastecidas de água, 82 (22,2% do total) não possuíam serviço de esgoto. Das cidades com ambos os serviços (149) apenas 15 tem sua rede de esgoto servindo mais de 90% dos prédios urbanos e 76 com mais de 50% dos prédios ligados a rede de esgoto.

No quadro V elaborado com dados do I.B.G.E.⁹ verifica-se que em 1950, foram recenseados 824.396 domicílios rurais em São Paulo; desse total apenas 3,89% procura água encanada, servindo pouco mais de trinta e duas mil pessoas. Providos de aparelhos sanitários existiam 179.508 domicílios, com predominância quase total da fossa comum, 91,7% dos tipos de esgotamento.

Estes dados mostram a vasta extensão do problema no Estado de São Paulo. Nos demais Estados o panorama é idêntico, se não agravado. Para

sua solução, o Governo Paulista criou em 1950 o Departamento de Obras Sanitárias na Secretaria da Viação e Obras Públicas destinado a promover o desenvolvimento do saneamento urbano e rural. Com a assistência técnica desse órgão, aliado ao auxílio financeiro também do Estado, as municipalidades poderão resolver os seus problemas básicos de saneamento. Iniciativa semelhante adotou, em 1953, o Governo Federal permitindo o financiamento das obras pelas Caixas Econômicas Federais: a aprovação dos projetos e orçamentos assim como a fiscalização das obras, ficaram a cargo do SESP o que vem demonstrar o alto nível técnico desta repartição sanitária e sua projeção em todo o território nacional.

Outra modalidade de solução que não poderíamos deixar de mencionar, é a que chamariamos de “mobilização local”, adotada pelo SESP em várias localidades: é a organização dos elementos locais, oficiais e particulares que, com o auxílio técnico daquele órgão, constrói e opera os seus serviços de água.

QUADRO V

Domicílios particulares ocupados e pessoas recenseadas no Estado de São Paulo em 1950 por situação e segundo as instalações existentes.

Condições existentes	T O T A I S				QUADRO RURAL			
	Domicílio	%	Pessoas	%	Domicílio	%	Pessoas	%
Totais .	1 798 735		9 012 124		824 396		4 308 503	
Água encanada	583 693	32,45	2 849 083	31,61	32 110	3,89	169 151	3,93
Ab. sanitário..	1 109 393	61,68	5 456 132	60,54	179 508	21,77	950 233	22,05
Ligado a rede coletora geral	358 083	19,91	1 735 553	25,31	4 074	0,49	19 516	0,45
Ligado a fossa sanitária.....	106 447	5,92	524 449	5,82	5 859	0,71	30 314	0,70
Ligado a fossa comum.....	614 893	34,18	3 048 480	33,83	164 673	19,97	874 235	20,29
Ligada a qualquer outro escoadouro.....	29 970	1,67	147 600	1,64	4 902	0,59	26 168	0,60

O destino dos excretas animais precisa ser considerado na zona rural, a fim de evitar a contaminação do solo e criação de moscas. O lixo é problema relativamente de menor importância pelo pequeno volume e de solução fácil, pois que a queima ou enterramento, prática perfeitamente viáveis na zona rural, o resolvem de maneira satisfatória. Nas comunidades maiores, há necessidade de organização de um serviço de coleta e transporte com um destino adequado longe das habitações. Nas zonas de industrialização de produtos agrícolas (cana, mandioca, etc.) pode ocorrer o problema do destino dos re-

sídúos que deve ser solucionado tendo em vista impedir a poluição dos cursos de água.

A luta contra os agentes vetores de moléstia é medida que se enquadra no programa geral de saneamento. Em certas regiões assoladas por endemias será de primeira necessidade o combate de seus agentes (anofelinos, triatomídeos e outros). Os modernos inseticidas, principalmente os de ação residual, constituem valioso recurso neste setor do saneamento. Geralmente essa atividade é desenvolvida por órgão especializado mas que necessita perfeita coordenação com a unidade sanitária local. Tetzlaff⁵⁴ chama a atenção para o necessário esclarecimento do público para sua participação ativa no programa e não manter-se passivo, quando não raro resistente às exigências sanitárias.

Até aqui comentamos as atividades que o Comitê de Especialistas da OMS⁴⁰ recomenda como primeiras medidas para assegurar condições sanitárias na zona rural e pequenas comunidades.

Quanto à habitação, o problema de sua melhoria, no meio rural, é dos mais difíceis de resolver. Isso porque nêle intervêm múltiplos fatores de ordem econômica-social nem sempre susceptíveis de remoção. Todavia é um objetivo que deve ser encarado, mórmente se considerarmos a íntima relação que existe entre habitação e certas doenças, como a moléstia de Chagas, por exemplo. No relatório sôbre saneamento rural do Congresso Interamericano de Higiene em Cuba, Fonsêca e colaboradores²³ recomendam como programa mínimo da melhoria da casa: disposição sanitária dos excretas, água potável e pisos impermeáveis. Outro elemento a ser levado em conta é a promiscuidade com animais dentro das moradias, fato encontradigo na zona rural.

Além da habitação, outro prédio poderá desempenhar papel importante no saneamento rural; é a escola. Os ensinamentos aos escolares de hábitos de limpeza, uso de privadas e o perigo de contaminação do solo, diz Pessoa⁴², não terão nenhum valor prático e não convencerão nenhum escolar desde que ministrado em escolas desprovidas de privadas ou que as possuam em condições anti-higiênicas. Castro¹⁵ perfilhando essa opinião assim comenta o assunto: "No Estado de São Paulo, em 1954, existiam 5.956 escolas isoladas rurais (em fazendas, povoados, etc.). Podemos imaginar as condições sanitárias dessas escolas. Encontram-se os sanitaristas em extrema dificuldade para imitar o exemplo de Gottingen, primeira cidade, no princípio do século, a instalar banheiros nas escolas. Os alunos não poderão aceitar conselhos sôbre hábitos de higiene quando a própria escola não lhes oferece facilidades para praticá-los".

O saneamento de alimentos nas zonas sub-desenvolvidas é relativamente pouco importante pela ausência do problema de conservação e armazenamento. Encarado, porém, nas zonas de produção e abastecimento, exige um indispensável contrôle para evitar contaminações e adulterações susceptíveis de provocar doenças no público consumidor. Devemos ressaltar que a higienização dos gêneros alimentícios só pode ser efetiva se acompanhada das medidas gerais de saneamento. Mais do que a melhor legislação, a educação sanitária tem papel

destacado neste setor, pois o produtor ou manipulador dos gêneros alimentícios esclarecido, colabora na melhoria das condições sanitárias dos seus produtos alimentícios.

Contrôle das Doenças Transmissíveis — Embora na zona rural ocorram, em geral, as mesmas moléstias encontradas na zona urbana, existem algumas que são predominantemente rurais. Às más condições de saneamento, aliada à falta de higiene pessoal, podemos atribuir a elevada incidência dessas moléstias, mormente aquelas do grupo intestinal. Pessoa⁴³ estudando o problema, aponta um dos obstáculos ao planejamento dos serviços sanitários na zona rural, a carência de dados sobre as nossas endemias rurais. Poucos são os dados e, na sua maioria de amostras não representativas. Apesar desta falha, ninguém desconhece as inúmeras moléstias prevalentes na zona rural que exigem medidas especiais de combate. Para as demais moléstias infecto-contagiosas a unidade sanitária procederá à investigação epidemiológica sempre que fôr necessário e tomará as medidas adequadas de prevenção. Um programa de imunização deverá ser elaborado de modo a abranger tôda a área rural. A administração de BCG, vacinação contra varíola, difteria, coqueluche e tétano (este assume particular importância na zona rural) deve constituir rotina dos serviços da unidade local; a vacinação contra a febre tifóide e a raiva devem igualmente constar, nos programas rurais.

Assistência Materna e Infantil — Sendo a assistência à gestante relativamente nova, como rotina, não é de admirar-se seja ela ignorada na zona rural. Os partos na sua quase totalidade, ocorrem em domicílio assistidos por “curiosas”, via de regra ignorantes dos mais elementares princípios de higiene. Apenas nas complicações mais graves, o médico é chamado, geralmente quando pouco ou nada pode fazer. Resulta daí, freqüente insucesso de gestação e elevada mortalidade materna. Razões de ordem econômica e social condicionam a preferência da “curiosa” ao médico. Como assinalam Freire e Soares²⁴ em Araraquara, a “curiosa” além de atender a parturiente, substitue-a nos afazeres domésticos, fazendo a limpeza da casa, preparando a alimentação da família, cuidando das crianças, etc. Na impossibilidade da unidade sanitária prover essa assistência, com pessoal habilitado, tem sido sugerido a instrução desses elementos leigos, de modo a assegurar um parto aséptico. O treinamento de parteiras empíricas tem sido posto em prática em diversos lugares com resultados animadores, conforme se verifica nos trabalhos de Hydrick²⁸ em Java, Lidia Barreto⁶ no Paraguai e a equipe de O.M.S.³⁹ no Paquistão. Entre nós, o SESP e o “Serviço Especial de Saúde” de Araraquara adotaram idêntica orientação. Essa medida, entretanto, deve ser considerada, temporária, exigindo um programa de formação de profissionais especializados para essa tarefa.

A assistência à criança, nos seus diferentes grupos etários, enfrenta idênticas dificuldades. A pobreza, ignorância, falta de comunicações etc. são fatores condicionantes da elevada mortalidade infantil na zona rural. A impor-

tância do problema é de tal vulto que a Comissão de Especialistas de Higiene Rural da Liga das Nações⁵² considerava que o trabalho das autoridades sanitárias devia ser julgado, em grande parte pelas atividades de proteção à infância. Sendo essas atividades de natureza essencialmente educativa, somos céticos quanto às possibilidades atuais da assistência pré-natal e à infância sadia na zona rural, pròpriamente dita, dada a carência absoluta de recursos. Voltaremos a analisar o problema quando tratarmos da organização dos serviços. Desejamos, entretanto, salientar que as atividades gerais de saneamento contribuem poderosamente para a melhoria das taxas de mortalidade e morbidade infantis.

Higiene Dentária — A ocorrência de cáries dentárias na nossa população é das mais elevadas. A inexistência da rede de abastecimento de água na zona rural, torna impraticável a medida de fluoretação da água. Restará a aplicação tópica de fluoreto e a assistência odontológica precoce que reputamos de grande importância, principalmente nas áreas com baixo teor de fluor nas águas que a população consome. O SESP tornou-se pioneiro, neste campo, com a instalação de aparelhagem de fluor no Baixo Guandú, Vale do Rio Doce; por outro lado, conforme declaração do seu Superintendente H. M. Penido⁴⁰ higienistas dentárias, dirigidas por um dentista, vem fazendo aplicações tópicas de fluoreto, adotando uma técnica que torna possível a cada uma fazer o tratamento de 2.000 crianças por ano.

Assistência Médica — Apesar da sua importância, não cabe no âmbito deste trabalho uma análise pormenorizada da assistência médica, às populações rurais. O assunto, entre nós, já foi objeto de estudo de vários autores: Alkindar Junqueira²⁹ em 1936, Barros Barreto⁵ em 1938, Mello Freire²⁶ em 1944, Borges Vieira⁵⁵ em 1945, Samuel Pessoa⁴³ em 1949 e, recentemente, foi tema da discussão no I Congresso da Associação Médica Brasileira¹⁷ em Ribeirão Preto. Atualmente não há mais dúvidas, em considerar a assistência médica como atividade de saúde pública. Seguindo o exemplo do SESP, unidades do tipo misto (com assistência hospitalar) foram propostas por Romeu, Cavalcanti e Barcelos⁴⁷ para pequenas comunidades do Estado do Rio de Janeiro e por Lages e Jatobá³⁰ para a zona rural de Alagoas. Mascarenhas e Castro³⁴ são de opinião de que essa assistência deverá ser prestada nos locais desprovidos de organizações médico-hospitalares a ser realizada pela Unidade Sanitária sempre sem prejuízo da medicina preventiva.

A insuficiência ou ausência de cuidados médicos é uma das características da zona rural, assim sendo não será possível a prática de atividades exclusivamente preventivas. Torna-se necessário a prestação da assistência médica geral, sem contar os casos de moléstias transmissíveis onde o tratamento tem finalidade profilática ou então, é a única atividade que até o momento podemos executar, como na leishmaniose tegumentar.

No Estado de São Paulo está se desenvolvendo a iniciativa privada; proprietários rurais organizam serviços médicos cada vez mais completos e melhor

parelhados. Essas iniciativas não se limitam mais a oferecer apenas a consulta médica ao rurícola doente mas, prestam cuidados às gestantes, dão assistência ao parto, facilitam a hospitalização, cuidam da assistência dentária e alimentar.

Neste setor, verificam-se as maiores resistências a qualquer tentativa de modificação em que o fator econômico nem sempre é dominante; são antes os hábitos e preceitos arraigados que impedem o trabalhador rural se alimentar convenientemente. Aproveitamos a oportunidade para destacar o plano das fazendas Santa Cecília e São Luiz no Estado de São Paulo (Bernardino de Campos e Ipaucú) publicado na "Fôlha da Manhã" de 4-7-1957. Seus proprietários no amplo programa de melhoria social, pretendem instalar uma cozinha central a fim de fornecer, por preço mínimo, aos seus empregados, uma alimentação sadia e equilibrada. Além do natural benefício para a saúde, este plano tem vantagem de oferecer oportunidade para que todos experimentem e se acostumem com vários alimentos até então "tabus" na cultura rural. Suadaram os proprietários das fazendas referidas as idéias defendidas pelo saudoso professor G. H. de Paula Souza que se tornaram realidade nas cozinhas distribuídas do SESI, onde os operários se "educam" comendo alimentos enriquecidos, verduras, etc. racionalmente planejados por nutricionistas.

Cabe às autoridades sanitárias emprestar todo o apoio possível a essas iniciativas particulares, orientando-as nas medidas de promoção da saúde e prevenção da doença.

Educação Sanitária — Como bem assinalam Candau e Braga¹¹ o baixo nível de instrução, aliado ao elevado grau de analfabetismo da nossa população rural, constituem sérios óbices para execução de adequado programa de educação sanitária. Desnecessário será encarecer o seu papel nas atividades de saúde pública e, nos itens anteriores, repetidamente salientamos sua importância. Nos trabalhos sobre os mais variados assuntos de saúde pública, em todos os seminários ou Congressos de higiene vem sendo ressaltado o papel da educação do público para obtenção do êxito das tarefas sanitárias. Apesar dessa unanimidade de opinião, porém, os frutos têm sido lamentavelmente escassos. A falta de pessoal de saúde pública, e de continuidade nos programas; a ênfase da instrução individual, isto é, o contato do funcionário com o cliente, seja no serviço, seja no domicílio, uns poucos cursos para pequenos grupos na unidade sanitária; a superestimação do papel da escola primária; a simples distribuição de material de propaganda, têm contribuído para o relativo fracasso dos programas. O público permanece passivo e mais ou menos alheio às organizações sanitárias.

Mas as causas de maior importância são, a nosso ver, de outra natureza. Falta consolidar o conceito de que a educação sanitária é processo de aculturação que trata de "modificar idéias, sentimentos e conduta, ou mais correntemente, de inculcar hábitos considerados favoráveis ao desenvolvimento da saúde". Esquecemos que nessa expressão, o último termo é adjetivo e damos

demaçada importância às informações de caráter técnico científico. Por outro lado, pesquisas sociais e antropológicas recentes têm evidenciado o valor do conhecimento das comunidades onde a unidade sanitária vai agir; a introdução de práticas e noções relativas à saúde deve ser feita com um mínimo de conflito com os costumes e práticas locais. Nesse sentido, comenta G. Pierce⁴⁴: “Nos casos em que os melhoramentos sanitários se adaptam às formas culturais existentes, sua aceitação é geral e rápida. Os lavadouros públicos servem para lugar de reunião da coletividade além de proporcionar um meio mais higiênico e eficaz para a lavagem da roupa do que a margem do rio ou as tinas que as substituíram, por isso, esses melhoramentos são aceitos rapidamente e de boa vontade. Ao contrário, as instalações sanitárias, às vezes, tem permanecido sem uso porque representam uma modificação em um hábito social fundamental”. Estes fatos avultam nas zonas rurais onde a cultura dos profissionais de saúde pública encontram natural resistência na cultura local. Nesta situação, como ressalta Derryberry²² “a hábil aplicação das ciências sociais é tão essencial para obter sucesso, como o emprêgo adequado das ciências sanitárias”. A maior divulgação dos princípios e métodos educativos através das publicações da OMS, UNESCO e de vários especialistas, têm facilitado aos nossos sanitaristas uma revisão das técnicas adotadas, visando melhor aproveitamento do trabalho do nosso escasso pessoal profissional. Para a Comissão de Peritos da O.M.S.³⁸ em educação sanitária: “O educador — seja médico, enfermeiro, professor, técnico de saneamento, etc., — tem por função estimular o interesse, desenvolver a compreensão e inculcar noções, graças às quais o indivíduo, em uma dada situação, poderá levar uma vida sadia”. Assim sendo, a orientação e utilização de líderes locais representa a maneira mais rápida e prática para promover as mudanças no sistema de vida das populações rurais, necessárias à obtenção da saúde.

Para que esse trabalho seja realmente eficiente, é preciso a participação de um técnico em educação sanitária para melhor identificação dos problemas, orientando e auxiliando a equipe no planejamento e execução dos programas de saúde pública, garantindo a contínua e necessária aplicação dos métodos educativos.

O Problema Social — Referindo-se as atividades do S.E.S.P. que atinge praticamente todo o Brasil, assim manifestou-se, recentemente, o experiente e acatado Superintendente Dr. Maia Penido⁴⁰: “Comprendemos depois de suadas experiências que saúde pública não é apenas um conjunto de técnicas, mas uma atividade social que se deve colocar em harmonia com o nível geral da sociedade em que se desenvolve”.

A extensa literatura geral e especializada, e constantes artigos e reportagens de jornais e revistas, tornaram bastante conhecida a vida rural nos seus múltiplos aspectos. A contribuição da antropologia e sociologia no estudo dessas questões veio esclarecer certos resultados paradoxais no trabalho de serviços especializados na área rural, impondo a necessidade de uma revisão de programas.

Desnecessário se torna, portanto, encarecer a necessidade dos problemas rurais serem encarados como um todo, cuja solução é social e não exclusivamente econômica, agrária, educacional, ou médico-sanitária. Neste passo, não podemos deixar de ressaltar os trabalhos do “Seminário Latino Americano de Bem-Estar Rural” realizado na Universidade Rural, Brasil em 1953. A participação de vários especialistas nessa reunião, relatando iniciativas e experiências em baixos países latino-americanos, Egito e Costa do Ouro, representa uma valiosa contribuição para o estudo da solução do problema da assistência ao rurícola. São bastante expressivas as palavras de Gonçalves de Souza⁴⁹ na “Apresentação” dos Anais daquele seminário:

“As experiências relatadas no Seminário, sobre a promoção de projetos e programas de bem-estar para as populações do campo, evidenciaram a absoluta necessidade de serem estes projetos e programas considerados de forma integrada. De pouco adianta — mostraram os técnicos presentes à reunião — iniciar obra no plano meramente econômico, no setor exclusivo da saúde, alimentação, educação especializada, agricultura, economia doméstica, etc., cada qual isolado, ou de per si. Em casos sem conta, especialmente nas áreas sub-desenvolvidas, onde os aspectos da vida e suas três dimensões — material, social e espiritual — coexistem, será inútil atacar apenas uma das facetas do problema, pois assim jamais poderia ter êle a desejada solução.

Problemas das comunidades rurais têm de ser atacados de forma conjugadas”.

A assistência sanitária rural deve, ser prestada simultaneamente com outros tipos de assistência. Não mais no sentido paternalístico como quase sempre se revestiu, até hoje, mas como um programa educativo, como trabalho de comunidade para que a população rural possa alcançar, por seu próprio esforço, um padrão de vida que assegure o gozo do melhor estado de saúde possível.

Nesse sentido a assistência social, que está praticamente ensaiando seus primeiros passos, tem neste campo imensas responsabilidades, e a Saúde Pública não pode ignorá-la ou prescindir de seus serviços. Ao Assistente social cabe a tarefa de ajudar os indivíduos e grupos a compreender seus problemas, orientando-os na organização de esforços para sua solução.

A melhoria das condições de bem-estar da população rural, implica no conhecimento de seus componentes, e na compreensão e interpretação devida do seu comportamento. Para isso, a colaboração do antropólogo torna-se indispensável no levantamento de dados, descoberta dos “elementos chaves” ou na identificação de pontos fracos do trabalho. Quanto maiores as diferenças culturais, ou distinção de classe social, entre o pessoal do programa e a população beneficiada; e naqueles projetos relacionados com alterações dos hábitos huma-

nos enculturados, afirma Richard Adams¹ mais útil será o auxílio de um antropólogo ou psicólogo social. “Estes não são os únicos casos em que o trabalho dos especialistas em ciências sociais é útil, mas se existem tais situações, é indicação evidente de que os serviços dêsse especialista serão valiosos ao projeto”.

Por isso, o trabalho rural por elementos citadinos não pode dispensar essa colaboração, o que vem se verificando em diferentes programas de assistência na América Latina; entre nós, o S.E.S.P. possui uma secção de pesquisas sociais para auxiliar o desenvolvimento de suas atividades.

IV — ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS

A organização de um Serviço de Saúde Pública ou de Assistência Médico-Sanitária para a zona rural, depende fundamentalmente das características locais da região na qual vai servir. Atualmente, como já salientamos, é ponto pacífico considerar o serviço de saúde pública como somente um dos aspectos do planejamento local para o bem-estar de uma comunidade. São de igual importância serviços ou atividades que visam as exigências agrícolas, a educação, estabilidade econômica e outras finalidades. Será portanto de máximo interesse, para o bom êxito de um programa de saúde, que êle fôsse bem equilibrado e não se resumisse em uma série de esforços isolados, cujo rendimento geral, ficaria aquém do que seria de se esperar.

Importante sob todos os aspectos, vem a ser a coordenação em saúde pública; isto é, a obtenção da cooperação da comunidade que vai ser servida, com os serviços de saúde, através não só de seus componentes individuais, mas também de suas Instituições, numa conjugação de esforços para atingir um objetivo comum. Neste sentido, será útil transcrever a opinião da Comissão de Higiene Rural da Liga das Nações⁵²:

“Em suma, a política médico-social deve sobretudo procurar obter a coordenação de atividades e instituições. Suas origens variadas e finalidades diversas, impõem respeitar nelas a iniciativa criadora, mas serão levadas a incluir-se numa ação ajustada, segundo um programa bem ordenado, adotado às condições e necessidades locais.

Por outro lado, a essa coordenação sôbre o campo e por assim dizer, no espaço, deverá ajustar-se a filiação, isto é, uma coordenação no tempo, das diferentes atividades médico-sociais, assegurar de modo contínuo a proteção eficaz do ser humano em tôdas as idades e face a todos os agravos que podem atingi-lo.

Nisso, com efeito, se encontra a dificuldade, mas também a chave do sucesso; é necessário que o conjunto de instituições de tratamento, o conjunto de instituições preventivas e a hierarquia dos serviços sanitários se articulem e se interpenetrem para formar um

todo coerente, orientado para os mesmos fins. Um trabalho considerável de organização e coordenação é preciso para congregar estes elementos esparsos, mas somente êle pode conduzir à meta almejada”.

Um exemplo desta coordenação foi bem demonstrada em Araraquara, por Péricles Freire e colaboradores²⁵ com o “Serviço Especial de Saúde” daquele município.

A questão da área e da população que em determinado serviço vai atender, não pode ser estabelecida *a priori*, tudo dependendo das condições locais em relação aos fatores já mencionados. De qualquer maneira, qualquer que seja a área e a população escolhida, o serviço de saúde deverá executar um programa de saúde integral, no sentido de fornecer os serviços básicos e estimular a cooperação e o interesse da população para o objetivo visado.

Tem sido ideados vários tipos de organização para atender o meio rural. Levando em conta o modo de funcionamento em geral, poderemos dividi-los em dois grupos: unidades móveis e fixas.

Unidades móveis — São encontradas naqueles serviços que pretendem assistir à população rural de maneira itinerante, isto é, deslocando-se pereneamente na área de atividade, percorrendo-a periodicamente. Tais unidades são geralmente constituídas por uma equipe de profissionais que, utilizando-se de um meio de transporte adequado à região, viajam pela zona rural, a fim de prestar, aí, os seus serviços.

A utilização desse tipo de organização tem seus defensores entusiastas, e foram adotadas em várias partes do mundo. No que concerne à América do Sul podemos citar alguns exemplos: No Peru, segundo Bustamante y Rivero¹⁰ existe: a Unidade assistencial móvel para “prestar serviço ao longo da Estrada Panamericana (zona asfaltada), incluindo cuidado dentário, prevenção de moléstias evitáveis e divulgação sanitária; o Serviço Sanitário Aéreo para levar a ação sanitária assistencial a tôdas as zonas acessíveis do país com rapidez que a urgência dos casos exija. Na Venezuela encontram-se unidades flutuantes móveis de assistência médica e as unidades móveis de assistência odontológica, oftalmológica e oto-rino-laringológica; para Gonzales²⁷ diretor geral de Saúde Pública daquele país, não são em realidade unidades sanitárias móveis; foram criadas para prestar assistência médica, geral e especializada à certos grupos de população muito dispersa do país. O S.C.I.S.P. do Uruguay, conta com uma unidade móvel que consiste em um ônibus moderno equipado para exames radiográficos coletivos e para imunizações; segundo informa Cappeletti¹³ realiza controle tuberculínico e roentgenfotográfico e a aplicação de B.C.G. e, em determinados lugares faz imunizações contra a varíola, difteria e coqueluche; efetua também propaganda sanitária relativa à prevenção da tuberculose.

No Brasil, tem sido proposto, também, vários tipos de equipes móveis ou volantes. No Paraná, Ribeiro ⁴⁶ após utilizar uma unidade móvel para o combate às moléstias venéreas, propôs uma equipe constituída por um médico, uma visitadora, um guarda sanitário, um microscopista e o motorista; aconselha também que se acrescente um dentista. O veículo seria uma camioneta tipo "furgão". O regime de trabalho seria de 20 dias mensais, ficando o restante do tempo destinado a descanso, reparo do veículo e feitura de relatórios. No Rio Grande do Sul, Carneiro e Netto ¹⁴ propunham instalarem uma unidade médico-sanitária-assistencial em composição ferroviária para atender às populações rurais tributárias da rede ferroviária, atingindo 54 dos 92 municípios daquele Estado; o pessoal seria composto de: médico-chefe, médico auxiliar, dentista, dietista, assistente social, visitadora sanitária, laboratorista, oficial administrativo, 4 atendentes e 2 serventes. Em Goiás, segundo Silveira e colaboradores ⁵⁰ criou-se o Serviço Itinerante de Saúde (SIS) que utiliza unidades de saúde e postos itinerantes. Cada posto funciona sob a chefia de um médico, auxiliado por um dentista, podendo ter outros servidores; o veículo é o avião. Cada unidade de saúde fixa, servida por um guarda sanitário, é visitada periodicamente pelo posto itinerante. Recentemente o Ministério da Saúde criou igualmente um serviço itinerante para percorrer de avião as regiões mais afastadas do País e ali prestar assistência médica.

Para atender problemas específicos da zona rural, foram utilizadas também, unidades móveis. Segundo Aquino ³ a Divisão de Organização Sanitária do Departamento Nacional de Saúde idealizou e utilizou equipes móveis para atender ao problema da boubá. No Estado de São Paulo, o Serviço de Profilaxia da Malária possui postos instalados em vagões de Estrada de Ferro; existem subpostos rurais móveis para combate ao tracoma; e o Departamento Estadual da Criança utiliza-se também de unidades móveis seja ferroviária, seja em automóvel para atender a zona rural.

Ainda em São Paulo foram propostos e utilizados sistemas de unidades móveis não mais para atender problemas específicos mas sim para prestar assistência médico-sanitária à população rural; deles trataremos mais adiante com maiores pormenores.

Unidades fixas — São utilizadas pelos Serviços que pretendem fixar o elemento de saúde pública na zona que êle vai servir; êsse ou êsses elementos residentes, exercem a sua atividade pré-estabelecida auxiliado por equipe de órgão distrital.

A Comissão de Peritos de O.M.S. ⁴⁰ descreve, o Serviço de Saúde local, dirigido por médicos e, com finalidade de atender a zona rural; é constituído de Centros de Saúde, os quais podem incluir, se necessário, centros secundários distribuídos em diversas comunidades da área. Os centros de saúde fazem parte integrante do serviço local de saúde. O pessoal pode ser composto de auxiliares especialmente preparados, sob direção de enfermeira ou parteira com formação de saúde pública. Para tornar mais acessíveis às famílias

certos serviços essenciais, poderão ser criados centros secundários para prestar serviços simples. Onde houver serviços médicos assistenciais oficiais ou particulares deverão ser feitos esforços para coordená-lo ou mesmo si possível, integrá-los na unidade sanitária local.

Quanto às atividades especializadas, quando necessárias, devem ser providas pelo órgão distrital cujos técnicos poderão ir periodicamente à unidade. A assistência hospitalar será prestada por meio de um sistema de cooperação com as instituições do gênero existentes na área; para isso, torna-se indispensável um programa de assistência hospitalar com rede de hospitais adequadamente localizados.

Esse tipo de unidade fixa, que constitui inegavelmente a tendência moderna de Saúde Pública para atender à zona rural, vem sendo preconizada por vários autores, entre nós, e adotada em vários Estados; em São Paulo, o Serviço Especial de Saúde de Araraquara serve de paradigma.

Considerações Gerais — Os dois tipos de organização têm seus defensores: as vantagens ou desvantagens dependerão do programa a ser executado e principalmente das condições da região a ser servida. De um modo geral, será sempre aconselhável a adoção de unidades fixas por razões de caráter técnico-administrativo.

As unidades móveis são serviços de manutenção cara. Nelas a continuidade não existe; mesmo que a visita seja periódica, a população não terá onde socorrer-se em qualquer emergência ou caso de dúvida. Cuidam quase que exclusivamente da assistência médica. O programa educativo restringe-se apenas à divulgação sanitária. Finalmente, ficam sujeitas sempre ao fator condução; qualquer contratempo, impedindo a locomoção da unidade, todo o sistema esboroa-se, acarretando o descrédito e motivando maior inércia das populações pela incerteza que se estabelece. Mazzei e Merlo³⁴, analisando o problema no Rio Grande do Sul, tecem os seguintes comentários:

“Os serviços móveis utilizando as estradas de rodagem, são, dos três, o de maior penetração. Cabe lembrar, entretanto, além de outros fatores negativos, o elevado custo do material usado e a impraticabilidade da maior parte das nossas linhas e travessões.

Por via fluvial, o serviço seria, sem dúvida, menos oneroso, mas aproveitaria apenas às populações ribeirinhas.

O serviço ferroviário é de todos, o que pode oferecer um conjunto mais completo, dada a possibilidade de uma montagem mais extensa. Há, entretanto, a considerar nesse serviço o custo da montagem e sua unilateralidade, pois só serviria à rarefeita população rural ao longo da via férrea.

Esses três sistemas têm, ainda, um grave inconveniente em comum: prestar serviços a longo prazo. Nenhum preenche as reais necessidades do homem do campo”.

Nas unidades fixas, os elementos residentes no local e encarregados de uma determinada área, asseguram a continuidade da ação do serviço; as atividades desses elementos são pré-determinadas, dentro de certos limites e, supervisionados, assegurando dessa maneira, maior eficácia, com despesas relativamente menores.

Certos serviços volantes são mistos, com atividades ligadas à agricultura ou outra natureza. Esse fato poderá provocar interferência de outros técnicos estranhos às atividades sanitárias, com os inconvenientes decorrentes: dualidade de mando ou de orientação, conflitos de jurisdição e outros.

Somos, pois, francamente favoráveis à criação de unidades fixas, estrategicamente instaladas, com ação rural, formando rede distrital. As unidades móveis somente serão utilizadas em situações especiais (calamidade pública, regiões pouco habitadas) para realização de tarefas restritas, tais como: inquéritos e vacinações, sempre que possível, articuladas com as unidades fixas. Com essa opinião, nada mais fazemos do que esposar as conclusões do IX Congresso Brasileiro de Higiene¹⁸ realizado em Porto Alegre, reiteradas nos X e XI Congressos de Belo Horizonte¹⁹ e Curitiba²⁰.

V — SITUAÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO

A organização dos serviços de saúde pública tem merecido diversos estudos, alguns dos quais resultaram projetos e tentativas para prestar assistência à população rural. A Constituição Estadual de 1947 dispõe enfaticamente sobre a assistência médica, hospitalar, farmacêutica e dentária, gratuita ao trabalhador rural, como se o Estado estivesse capacitado para sustentar sozinho essa ciclópica empresa.

Diversos serviços de saúde pública têm procurado estender aos municípios do interior do Estado, suas atividades. Dentro da Secretaria da Saúde e Assistência Social a repartição legalmente encarregada de prestar assistência sanitária no interior é a Divisão dos Serviços do Interior (D.S.I.) do Departamento de Saúde, que tem procurado instalar Centros de Saúde e Postos de Assistência Médico-Sanitária (PAMS) em todos os municípios paulistas. Em virtude, porém, da existência de órgãos especializados com serviços de assistência direta ao público, vamos encontrar unidades especializadas nas cidades do interior. Assim, além dos centros de saúde e "PAMS", existem os dispensários de tuberculose e lepra, postos e sub-postos de tracoma e malária, postos de puericultura, além de gabinetes dentários e serviços de saúde escolar diretamente subordinados, estes dois últimos, à Secretaria da Educação.

Não é nosso objetivo, analisar essa situação, estudada já por Mascarenhas³³ e Castro¹⁶; apenas, sob o aspecto da assistência rural, devemos assinalar que, com exceção das unidades de tracoma e malária, as demais desprovidas de visitadoras e meios de transporte, atendem na sua quase totalidade, os habitantes da zona urbana e somente, quando procuradas, pequena parcela da

população rural. Diante dêste estado de coisas, foram planejados serviços para atender especificamente a zona rural do Estado e que passaremos em revista.

Serviço Especial de Saúde de Araraquara (S.E.S.) — Criado pelo Decreto-lei 17.352, de 22 de Julho de 1947, tem por finalidade, além de unidade sanitária local, servir como campo de experimentação e demonstração de técnica sanitária, assim como, para treinamento de pessoal de saúde pública.

A escolha do referido município se fez após adequados estudos em que foram levados em consideração: a iniciativa particular, facilidade de acesso, produção, subdivisão de propriedades e população. Precedeu a fundação do serviço, um inquérito geral, destinado a revelar os problemas básicos do município. O SES está subordinado à Diretoria Geral do Departamento de Saúde da Secretaria da Saúde e Assistência Social e tem como órgão orientador, um Conselho de Saúde. Este é constituído pelos seguintes membros: o Diretor Geral do Departamento de Saúde, o Diretor da Divisão do Serviço do Interior, o Professor Catedrático de Técnica de Saúde Pública da Faculdade de Higiene, o Professor Catedrático de Parasitologia Aplicada e Higiene Rural da mesma Faculdade, e o Prefeito Municipal de Araraquara. O planejamento e orientação das atividades de ensino e pesquisa cabem à Cátedra de Parasitologia Aplicada e Higiene Rural.

O S.E.S. tomou a seu cargo a execução de tôdas as atividades sanitárias, em Araraquara, até então executadas pelos serviços estaduais de saúde. Não nos deteremos, aqui, em descrever essas atividades, apenas ressaltamos que, como unidade polivalente e dinâmica, executa tôdas as atividades próprias de um Centro de Saúde. Para detalhes, a êsse respeito, sôbre o S.E.S. recomendamos o trabalho de Freire e Soares²⁴.

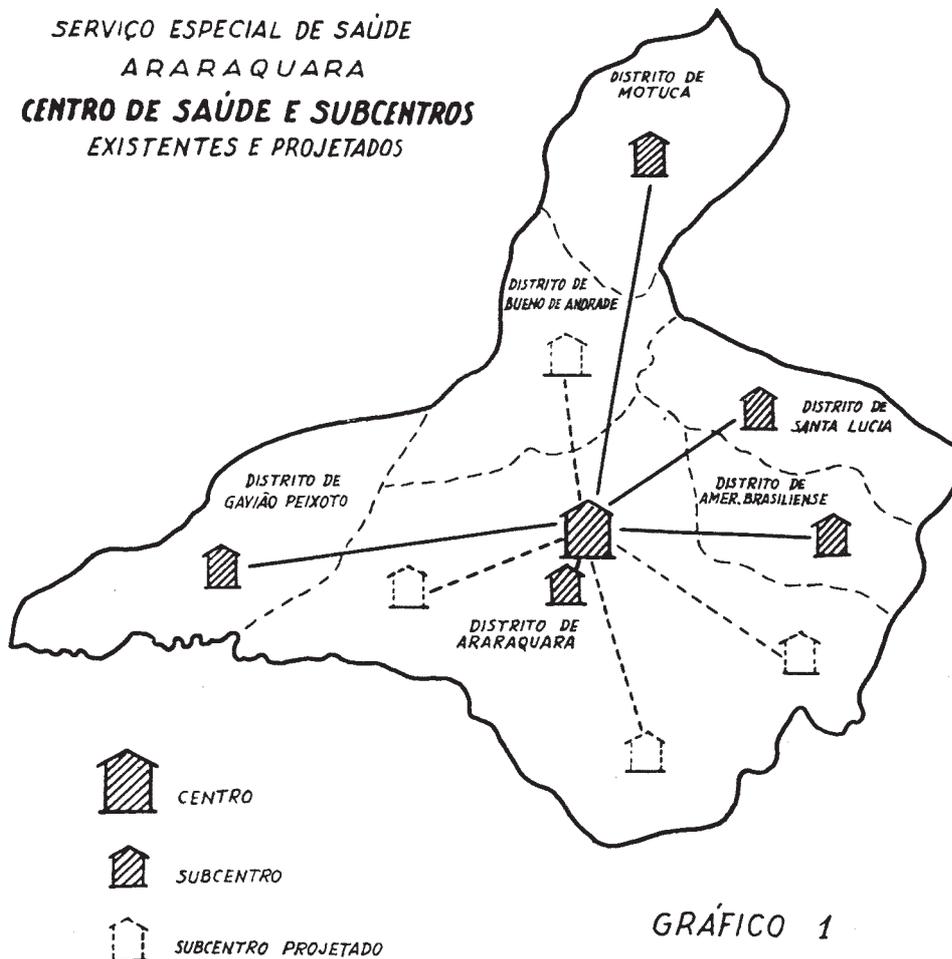
Passaremos em revista alguns aspectos das atividades executadas pelo S.E.S. na zona rural.

Para melhor atingir a população rural, conforme o Gráfico I, foram instalados quatro sub-centros nos sub-distritos de: Santa Lúcia, Américo Brasiliense, Motuca e Gavião Peixoto, e estão programados mais um sub-centro no distrito de Bueno de Andrade e três no distrito da sede.

Área dos distritos e a população estimada para 1956:

Araraquara	824 Km2.	53.652
Américo Brasiliense	129 "	2.021
Bueno de Andrade	184 "	1.020
Gavião Peixoto	243 "	2.859
Motuca	224 "	1.418
Santa Lúcia	161 "	1.757
	—	—
Total	1765	62.727

SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE
ARARAQUARA
CENTRO DE SAÚDE E SUBCENTROS
EXISTENTES E PROJETADOS



Os prédios construídos especialmente para esses sub-centros, contam com dependência para as clínicas, residência para enfermeira, terreno destinado ao plantio de verduras e privadas de diferentes tipos para demonstração.

Em princípio, cada sub-centro tem a seu cargo a execução de todas as atividades do Centro do qual são dependentes, atendendo às condições locais. O elemento humano primordial desse sub-centro é a enfermeira.

A enfermeira residente tem obrigação de desenvolver, junto às famílias da área, todas as atividades sob sua responsabilidade. No que concerne à higiene materna, tem sido recomendada a inclusão de uma enfermeira obstétrica ou parteira nessas unidades. Todavia, em virtude do encarecimento do serviço com essa providência, resolveu-se colocar essa profissional na Unidade Central, de onde poderá atender toda a região. A enfermeira residente supervisiona as "curiosas" dentro do programa que já tivemos oportunidade de relatar; encarrega-se também dos programas de higiene da criança, procuran-

do ensinar as mães como cuidar de seus filhos. Dentro desse programa educativo, trabalham para despertar o interesse e conseguir a participação do público. Através dos líderes locais, nos seus contactos individuais ou trabalho de grupo, (Clube de rurais, Clube da saúde, etc.), influem por tôdas as maneiras na promoção da saúde do público em geral.

Outro elemento de grande importância no desenvolvimento do programa desses sub-centros é o inspetor sanitário que pode ou não ser residente na área. A êle está atribuída a execução do programa de saneamento. Supervisionado pelo engenheiro sanitário da sede, promove as várias atividades de saneamento tais como: construção de fossas, abertura de poços, cuidados com alimentos principalmente o leite, remoção do lixo, combate às moscas etc., e prepara a população para receber a dedetização sistemática das habitações.

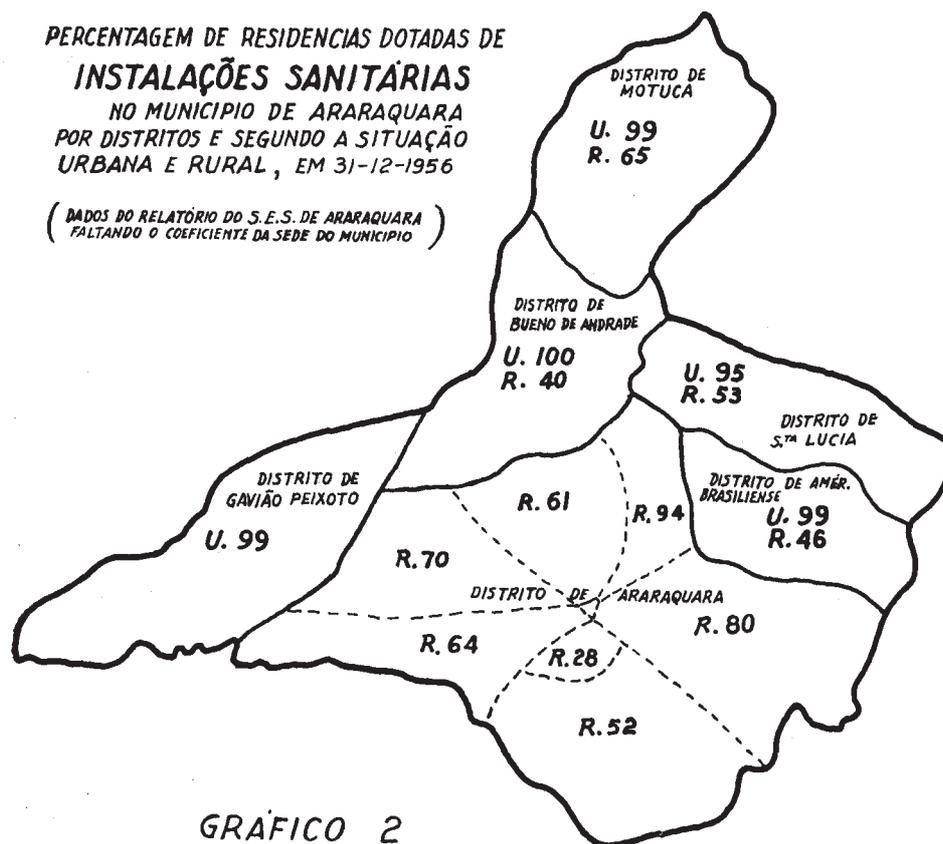
O médico comparece periodicamente para prestar cuidados de medicina preventiva e curativa, atendendo os casos selecionados pela enfermeira residente. Quando necessário, o caso, poderá ser encaminhado à unidade central. O dentista também atende periodicamente às necessidades locais em ambiente previamente preparado pela enfermeira.

Como parte do programa geral, do Centro de Saúde Central, a região dos sub-centros é visitada pela equipe de saúde pública: médico, engenheiro e veterinário para inspeção e supervisão necessárias.

Apresentaremos alguns dados que podem revelar a penetração alcançada pelo Serviço na área rural, apesar das dificuldades que teve de enfrentar em 1956:

1. *Sub-seção de higiene materna.* Total de gestantes atendidas 39,54%. Os sub-centros apresentaram as seguintes percentagens: Américo Brasiliense 66,98%; Santa Lúcia 78,30%; Motuca 48,0% (sem enfermeira residente em 1956); Gavião Peixoto 81,15%. Cada gestante recebeu em média 3,3 exames médicos na zona rural e 3,7 na zona urbana. Em Américo Brasiliense 46,03% das clientes acudiram ao Serviço nos 3 primeiros meses de gravidez e 30,16% entre o 4.º e 6.º mês; Santa Lúcia 38,36% e 36,99%; Motuca 43,03% e 30,17%; Gavião Peixoto 35,52% e 42,10% até o 3.º mês de gestação e entre o 4.º e 6.º mês respectivamente.
2. *Sub-seção de higiene infantil.* Das crianças atendidas 28,45% eram da zona rural e receberam em média 2,9 consultas.
3. *Sub-seção de higiene escolar.* Dos escolares atendidos pelo serviço 22% eram da zona rural.
4. *Visitas domiciliares.* Foram feitas 10.748 visitas na zona rural, representando 42,92% do total dessa atividade.

5. *Saneamento.* O Gráfico II mostra a percentagem de residências dotadas de instalações sanitárias, distribuídas por distritos e segundo a situação urbana e rural. Êsses dados demonstram o trabalho desenvolvido pelo Serviço no saneamento do meio.



Serviço Agro-médico-sanitário rural — Este Serviço, conforme Maragliano³² nasceu de entendimentos entre a Divisão do Serviço do Interior e da “American International Association”, instituição que tem por finalidade introduzir modernas práticas de agricultura e pecuária, no sentido de promover maior rendimento no trabalho agrícola.

Como área experimental foi escolhido o Município Santa Rita do Passa Quatro, onde organizou-se um Serviço subordinado à unidade local destinado a prestar assistência agrícola e médico-sanitária ao homem do campo. Para a prestação desta última atividade, organizou-se uma equipe volante constituída por: um médico, uma enfermeira de saúde pública, um dentista e um motorista. O veículo era do tipo “furgão” apropriado para o transporte do pessoal e do material indispensável.

Na área rural do referido município, estabeleceram-se diversos pontos de concentração, onde em dia e hora pré-determinada, a equipe deveria compa-

recer e assistir a todos os moradores em um raio de 3 quilômetros no máximo atendidos 12 desses pontos, com passagens quinzenais, trabalhando a equipe em regime de 6 dias por semana, sempre no período da manhã.

De um modo geral, as atividades dessa equipe eram as seguintes:

1. vacinação em geral e adequada a cada grupo etário;
2. assistência médica e dentária;
3. assistência às endemias e educação sanitária;
4. higiene infantil e pré-natal;
5. saneamento.

Ao lado do trabalho desenvolvido pela equipe sanitária, desenvolve-se simultaneamente o programa do técnico de agricultura.

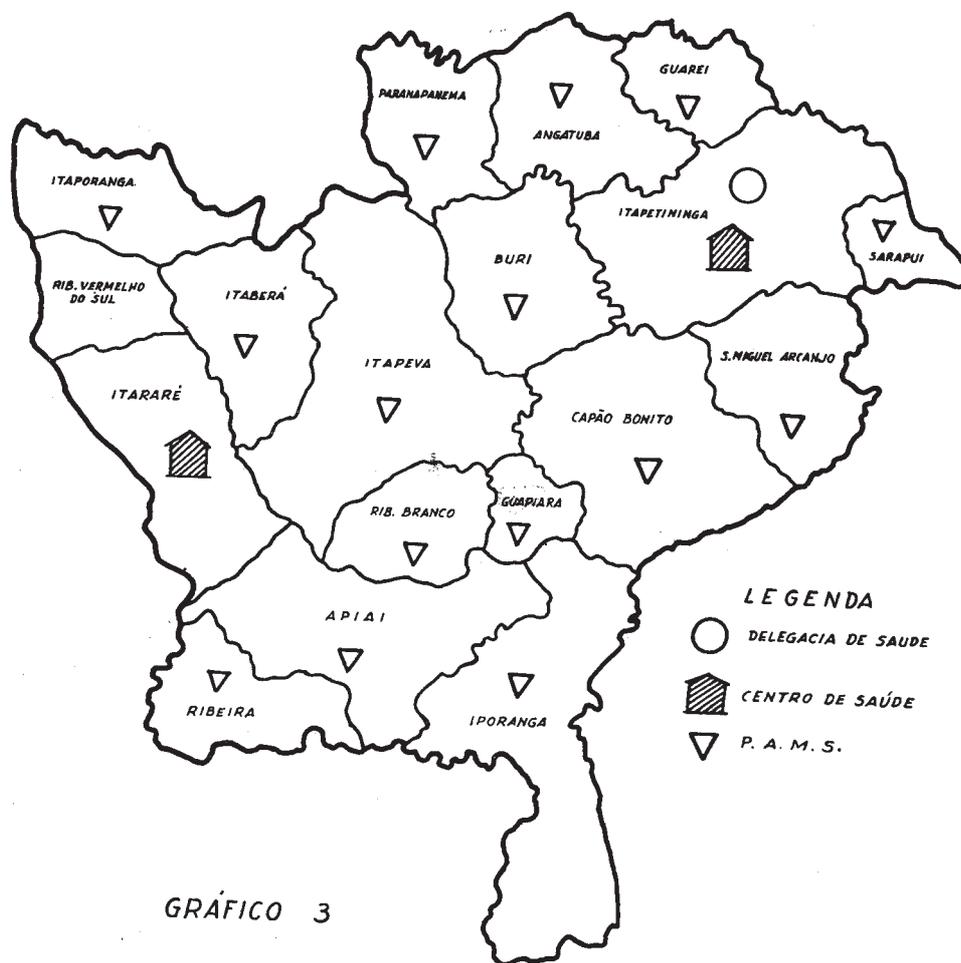
A D.S.I. desenvolveu este plano, estendendo-o à outras localidades; dentro do convênio com A.I.A. foram instaladas duas equipes em Santa Rita e duas em São José do Rio Pardo. Posteriormente organizaram-se os serviços em: Casa Branca, Pirassununga, Franca, Ribeirão Preto, Piracicaba, São Manuel e Bragança, desenvolvendo um programa semelhante ao plano piloto, porém sem a colaboração da A.I.A.

A atual política econômica do Governo do Estado, obrigou a cessação das atividades de tôdas estas unidades volantes.

Plano de Itapetininga — Este plano nasceu de uma correição realizada pela Divisão do Serviço do Interior e mereceu a aprovação do Sr. Governador do Estado, mas ainda não foi posto em execução. A Delegacia de Saúde de Itapetininga que compõem-se, conforme mostra o Gráfico 3 de dois centros de saúde e quinze PAMS, sofreria uma nova divisão em seis Distritos Sanitários de acôrdo com o Gráfico 4, cada um deles compreendendo um município-sede e municípios agregados.

No município-sede seria instalada a Unidade Sanitária (Centro de Saúde) suficientemente aparelhado em pessoal e material para prestar a assistência médico sanitária a tôda a área do respectivo distrito; para isso teria uma equipe móvel. Os municípios agregados contariam com um posto de saúde com pessoal subalterno (fiscal, atendente e servente) permanente e, seria visitado periódicamente pela equipe volante.

A equipe volante, de início seria constituída por um médico e fiscais sanitários um dos quais seria motorista do veículo; posteriormente poderiam ser incluídos na equipe: dentista, educadora sanitária, enfermeira, etc. O roteiro dessa equipe foi traçado de maneira tal que ela poderia voltar ao mesmo local decorrido 4 semanas.

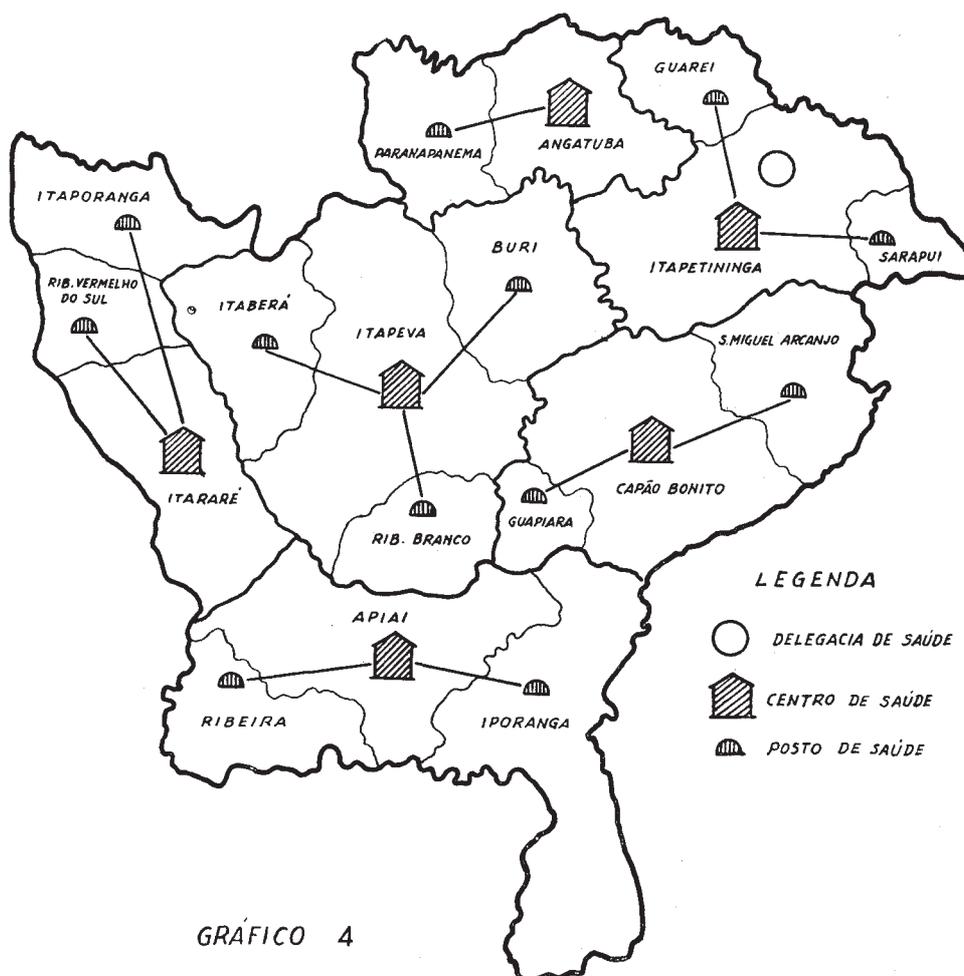


Quanto às atividades a serem executadas, seriam de preferência: (a) assistência médica e posteriormente dentária; (b) educação sanitária com auxílio da professora local; (c) combate às endemias, verminose e moléstia de Chagas (no Vale de Paranapanema, região de Angatuba principalmente) e (d) saneamento, com programa de fossas.

Serviço Agro-médico-social — A Lei Estadual n.º 1.983 de 19 de dezembro de 1952 criou no Estado de São Paulo, o Conselho Estadual de Assistência ao Trabalhador Rural (CEATRU) na Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social. Este Conselho destina-se a prestar assistência médica, odontológica, farmacêutica e hospitalar ao trabalhador rural, e é composta de vários membros presididos pelo Diretor do D.S.I. da referida Secretaria. O artigo 3.º dessa lei, estipula que a assistência ao trabalhador rural será fornecida por intermédio das Unidades Agro-médico-sociais a serem organizadas pelo Conselho, as quais atenderão a um número máximo de 5.000 trabalhadores.

Em última análise, a Lei 1.983 criou mais um Serviço para atender o trabalhador rural, (população rural?) o SAMSO que está sendo objeto de estudos pelo CEATRU. Em 1956 foi discutido um projeto de regulamentação que segundo Coutinho²¹ apresenta os seguintes pontos fundamentais:

1. Criação na Divisão do Serviço do Interior de um *Órgão Central* permanente, com sede na Capital, destinado a promover a execução do trabalho assistencial, informar o Conselho do andamento do serviço, determinar, com base em reconhecimentos prévios, as áreas a serem trabalhadas e sugerir medidas para melhor execução do serviço. Deverá ser composto de elementos peritos em trabalhos assistenciais: médico sanitarista, engenheiro sanitarista, enfermeira de saúde pública, dentista, agrônomo com prática em pequenas organizações agrícolas, educadora sanitária, obstetritz, todos com prática em trabalhos rurais; pessoal técnico administrativo.



2. Criação de *Órgãos Técnicos Regionais*, dentro das Delegacias de Saúde, com a finalidade de descentralizar os trabalhos do Órgão Central. Esse órgão seria constituído por: médico sanitarista, engenheiro sanitarista, obstetrix, inspetor sanitário, educadora sanitária e escriturário.
3. Criação de *equipes municipais de assistência rural*, dentro dos municípios que estabelecerem acôrdo com o CEATRU, e constituídas de elementos preferivelmente locais e previamente diferenciados. O município a ser trabalhado será dividido em *Unidades Rurais* as quais serão instaladas em vilas, povoações ou sedes de fazendas e deverão ter aos seus cuidados uma população aproximada de 5.000 habitantes. Tais unidades serão de dois tipos: (a) Unidade rural fixa com uma visitadora rural, um monitor agro-sanitário, um auxiliar atendente e um hortelão e encarregado do meio de transporte; (b) unidades médico-odontológicas com médico de consulta, dentista, auxiliar de escritório e motorista para o meio de transporte. Estas unidades terão sede fixa e seus elementos técnicos deverão locomover-se para a zona rural a fim de dar as respectivas clínicas.

As atribuições desse Serviço serão as seguintes: dar assistência médica à população da área trabalhada; dar assistência odontológica visando a remoção de focos e se possível orientar a profilaxia da cárie da população infantil; promover dentro das possibilidades a assistência materno-infantil; promover os meios necessários para a prevenção das doenças evitáveis através de imunizações e higiene da habitação; promover a organização das comunidades rurais; incentivar a formação de clubes educativos e recreativos, bem como incutir na população a educação sanitária; orientar a população no sentido de melhorar a alimentação promovendo a formação de hortas, pomares e criação de animais domésticos, fontes de alimentos; promover o ensinamento básico de economia doméstica.

Vemos que, embora a Lei disponha: "A assistência médica, odontológica, farmacêutica e hospitalar do *trabalhador rural*..." trata-se de um Serviço que prestaria à população da zona rural, boa parte de assistência de medicina preventiva e assistência sanitária.

Considerações gerais — Pelo exposto, verifica-se que no Estado de São Paulo foram criados ou planejados quatro serviços para atender a população rural. O SES de Araraquara com um programa integral de saúde pública capaz de assistir tôda a população do município. O Serviço Agro-médico-sanitário rural (Santa Rita) que seria um prolongamento da unidade local, transformou-se em unidade volante com os inconvenientes que já apontamos; além disso a participação de técnicos subordinados à diferentes Secretarias de Estado, provocou o espírito de competição e divergências no programa que deveria ser comum. É de se notar que apenas a unidade de Casa Branca funcionou com equipe completa mas sem enfermeiras; apenas as unidades de Santa Rita, São José do Rio Pardo e Bragança contavam com enfermeiras. O

plano de Itapetininga em princípio semelhante ao de Araraquara, apresenta uma falha, a nosso ver, capital: as unidades não integram todo o programa de saúde pública. Na região continuariam a atuar os Postos de Puericultura, Dispensário de Tuberculose e outros. Além disso, não foi prevista uma equipe mínima de pessoal especializado para atender as necessidades da população. Mesmo sem o conhecimento das condições da região, não será exagerada a afirmação de que, apenas um médico e fiscais sanitários, não podem desenvolver um programa de saúde pública.

Finalmente, o Conselho Estadual de Assistência ao Trabalhador Rural criado para tornar realidade as disposições constitucionais de assistência médica, já mencionadas, apresenta um programa sedutor, mas alterado substancialmente no seu objetivo primitivo. Ainda mais, e isto nos parece seu maior defeito, tenta criar uma noção de individualização de serviço, condenável sob todos os pontos de vista. Faz "tábula rasa" das unidades sanitárias existentes, consolidando a situação dos "Centros de Saúde" e "PAMS" e demais unidades especializadas como órgãos estáticos, mal instalados e desaparelhados de pessoal e material indispensáveis. Assim sendo, não acreditamos na viabilidade desse projeto que virá acrescentar mais um programa paralelo aos demais. Como confirmação dessa idéia, foi apresentada à Assembléia Legislativa, um projeto criando o Serviço Social Rural do Estado, destinado a promover a valorização do homem do campo, estabelecendo convênios com os municípios que desejarem executar o serviço de assistência social rural.

Se desejarmos fazer algo, impõem-se a remodelação dos programas de saúde pública do Estado com um órgão executivo único. Não que a unidade sanitária local se torne a única responsável pela assistência médico-sanitária, pois isto é simplesmente utópico, mas seja ela o órgão oficial do Estado na coordenação e supervisão de um programa integral de saúde pública. Fornecendo às Unidades do Interior do Estado os recursos em pessoal e material, elas poderão desenvolver tal como o S.E.S., um programa permanente de assistência médico-sanitária à população rural.

Não se diga que tal programa seria demasiadamente oneroso ao Estado, pois uma unidade com pessoal especializado, bem remunerado e com equipamento apropriado atenderia mais e melhor do que os inúmeros serviços existentes, na sua maioria desprovidos de tudo e, por isso, vivendo à margem das reais necessidades da população.

VI — RESUMO E CONCLUSÕES

Os autores iniciam o presente trabalho, conceituando a zona rural. Após evidenciar a impossibilidade da existência de uma definição rígida, adotam aquela que inclui as comunidades com um número de habitantes inferior a 2.000 e as localidades que, embora com populações maiores, apresentam problemas sanitários semelhantes aos da zona rural.

Em seguida, tecem algumas considerações sôbre as atividades de saúde pública para a zona rural, distinguindo principalmente: saneamento, assistência médica, assistência materna e infantil, contrôles de moléstias transmissíveis, mas considerando básico, antes de tudo, um programa integral para assistir às necessidades da população. Ressaltam ser indispensável o conhecimento da cultura da população que vai ser assistida, adotando, assim, métodos educativos adequados para melhor participação dessa população nos programas a serem desenvolvidos.

Passando em revista a organização dos Serviços destinados a execução dessas atividades distinguem duas modalidades: unidades móveis e unidades fixas. Descrevem êsses dois tipos de organização, citando vários exemplos da América Latina e do Brasil. Estudam a seguir a situação do Estado de São Paulo, analisando os planos e serviços destinados a prestar assistência à população rural:

1. Serviço Especial de Saúde de Araraquara.
2. Serviço Agro-médico-sanitário rural (Santa Rita).
3. Plano de Itapetininga.
4. Plano de Serviço Agro-médico-social.

Os autores tecem comentários sôbre êsses serviços, apontando os inconvenientes da utilização das unidades móveis e especializadas, e as vantagens do uso de unidades fixas devidamente equipadas em pessoal e material de modo a atingir tôda a população sob sua jurisdição.

Baseados em tais considerações, os autores apresentam as seguintes conclusões:

1. É recomendável, sob todos os pontos de vista que a execução do programa de saúde rural esteja a cargo de uma unidade polivalente regional devidamente aparelhada, agindo através de pequenas unidades, fixas nos locais de maior condensação populacional.
2. A unidade fixa na comunidade rural deverá estar a cargo de um ou mais elementos da equipe sanitária. O essencial é que sejam residentes no local onde se encarregarão da execução das atividades, sob a supervisão de técnicos da Unidade Sanitária da área.
3. O elemento fixo na localidade deve ser de preferência uma enfermeira de saúde pública que no desempenho de sua tarefa deverá manter íntimo contato com a população local. O inspetor sanitário constitui outro elemento de valor na execução do programa de saneamento. Ambos poderão ser ajudados por pessoal auxiliar devidamente treinado e preferentemente natural do lugar.
4. Os especialistas do Centro de Saúde atenderão periódicamente a população nas sub-unidades rurais, mas em caso de necessidade a população rural poderá, sempre, recorrer aos serviços da unidade central.

5. Atentando para a particular situação do Estado de São Paulo, ao invés da criação de serviços especializados para atender à população rural, será mais recomendável o reequipamento da vasta rede de Centros de Saúde e PAMS já existentes, no sentido de possibilitar a estas unidades a execução de seu verdadeiro papel de órgão polivalente de saúde pública; simultaneamente deverá ser desenvolvido um programa de formação de profissionais sanitaristas e do indispensável pessoal auxiliar para o bom desenvolvimento da assistência médico-sanitária no meio rural.
6. O programa de saúde pública sendo um dos aspectos do bem-estar rural, deverá despertar nos sanitaristas, de todas as categorias e graus, o espírito de cooperação e de trabalho em equipe entre todos que labutam pela promoção do bem-estar da população rural.
7. O verdadeiro objetivo do programa de assistência sanitária é despertar a consciência da população rural a favor do seu próprio melhoramento, assim, sendo, deve a equipe sanitária ensiná-la a "auxiliar a si mesmo" para elevar o seu padrão de vida e conseqüentemente obter um melhor estado de saúde.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

The authors begin their paper with discussion of what constitutes a rural area. After pointing out the impossibility of a rigid definition, they accept the concept of rural communities as those of less than 2,000 inhabitants and those of greater population which present public health problems similar to rural areas.

They then touch upon certain aspects of public health activities for rural areas, principally sanitation, medical care, maternal and child care, the control of transmissible diseases, but they consider basic, above all, an integrated program that serves the needs of the population. The importance of knowledge of the cultural patterns of the community and the use of education to bring about the best possible participation of the people themselves in the programs that are to be developed, are emphasized.

In a review of the organization of the services directed toward carrying out the activities, the authors distinguish between two general types: mobile units and permanent public health departments. They describe the two types of organization, citing various examples from Latin America and Brazil.

In a study of the situation in the State of São Paulo, existing plans and services for providing assistance to the rural population are analyzed. The authors comment on these services, pointing out the disadvantages of mobile and specialized services, and the advantages of permanent units adequately equipped with personnel and equipment to serve the population under their jurisdiction.

Based on these considerations, the following conclusions are presented:

1. From all points of view, it is recommended that the rural public health program should be the responsibility of an adequately staffed regional polyvalent public health center, which may establish small permanent units located in those rural areas where there are concentrations of population.
2. A permanent unit (sub-center) in a rural community should have a staff of at least one and possibly more public health workers who preferably should be residents of the local area. They should be under the supervision of professional personnel of the public health department.
3. In the local area it is desirable to have a public health nurse who in the course of her activities keeps close contact with the local population. The sanitarian is also of great value in carrying out the sanitation program. Both may have the help of trained auxiliary personnel who should be local residents.
4. Specialists from the central health unit may periodically provide services to the local population; however, when necessary, the rural population may seek those services at the central unit.
5. As to the situation in the State of São Paulo, in place of creating specialized services for the rural population, it would be more highly recommendable to reorganize the vast system of Health Centers and "PAMS", already in existence, in order to make it possible for these units to carry out their true role of multi-purpose organs of public health; simultaneously there should be developed a program for the training of professional public health personnel and indispensable auxiliaries, in order to develop the best possible program of medical assistance and public health services in the rural areas.
6. In that a program of public health is one aspect of rural welfare, public health personnel of all categories and levels should develop a spirit of cooperation and team work not only among themselves but also with all others who are striving for the promotion of the well-being of the rural population.
7. An important objective of a public health program is to stimulate the local population to work toward their own improvement and thus the public health team should see as one of its functions "helping them to help themselves" to raise their own level of living and consequently achieve a better state of health.

BIBLIOGRAFIA

1. Adams, R. N.: Notas sobre el uso de la antropología en el campo de la Salud Pública. Bol. Ofic. Sanit. Panamer. 33:473-490, 1955.

2. Andrade, G. C. & Sutter, V. A.: Estruturação de um serviço rural na Amazônia, v. 1, p. 251-256 (*in* Congresso Brasileiro de Higiene, 7.º São Paulo, 1948: Anais... São Paulo, Tipogr. do Departamento de Investigações, 1949, 2 v.)
3. Aquino, V. M. de: Planejamento de uma unidade móvel da campanha sanitária contra a framboesia no Brasil, p. 198-201. (*in* Congresso Brasileiro de Higiene, 10.º Belo Horizonte, 1952: Anais... Belo Horizonte, Imprensa Oficial, 1953. 891 p.)
4. Barreto, J. de B.: Tratado de higiene, 3.ª ed. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, S. A., 1956, 2 v.
5. — Médecine curative en milieu rural. Bull. Org. Hyg., **7**:1060-1092, 1938.
6. Barreto, Lidia & Gamboa, Adriana: Adiestramiento de parteras empiricas en el Paraguay. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., **39**:241-249, 1955.
7. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Censo demográfico (1.º de julho de 1950) Estados unidos do Brasil: seleção dos principais dados. Rio de Janeiro, 1953, 85 p. (6.º Recenseamento geral do Brasil).
8. — Censo demográfico (1.º de julho de 1950) Estado de São Paulo: seleção dos principais dados. Rio de Janeiro, 1953. 76 p. (6.º recenseamento geral do Brasil).
9. — Estado de São Paulo: censo demográfico (1950) [Rio de Janeiro] 1954. 266 p. (6.º Recenseamento geral do Brasil).
10. Bustamante y Rivero, J. L.: La sanidad en el Peru. Bol. Ofic. Sanit Panamer., **26**:745,759, 1947.
11. Candau, M. G. & Braga, E.: Novos rumos para a saúde pública rural, v. 1, p. 237-250 (*in* Congresso Brasileiro de Higiene. 7.º São Paulo, 1948: Anais... São Paulo, Tipogr. do Departamento de Investigações, 1949. 2 v.)
12. Cantídio, W. M. & Sales, N. A.: Serviço móvel de assistência médico sanitária, p. 32-34 (*in* Congresso Brasileiro de Higiene 10.º, Belo Horizonte, 1952: Anais... Belo Horizonte, Imprensa Oficial, 1953. 891 p.)
13. Cappeletti, R.: Unidades sanitarias del Uruguay. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., **30**:628-632, 1951.
14. Carneiro, A. & Netto, C. F.: Unidade médico-sanitária assistencial instalada em composição ferroviária; apresentado ao 11.º Congresso Brasileiro de Higiene, Curitiba. 1953. (mimeografado)
15. Castro, P. C.: Atividades de higiene escolar na unidade sanitária. Rev. paulista Hosp., **5** (5) 13-18, 1957.
16. Castro, P. C.: Os centros de saúde e unidades locais especializadas. Rev. Paulista Hosp., **3** (5) 11-15, 1955.
17. Congresso da Associação Médica Brasileira. 1.º, Ribeirão Preto, 1956: Assistência médica rural: relatório final. Rev. A. M. B., **2**:537-540, 1957.
18. Congresso Brasileiro de Higiene. 9.º, Pôrto Alegre, 1951: Anais... Pôrto Alegre, Livraria do Globo, 1952. 755 p.
19. Congresso Brasileiro de Higiene. 10.º, Belo Horizonte, 1952. Anais... Belo Horizonte, Imprensa Oficial, 1953. 891 p.
20. Congresso Brasileiro de Higiene. 11.º, Curitiba, 1953: Relatórios e conclusões... Curitiba, 1953. 17 p.
21. Coutinho, J. de O.: Comunicação pessoal, 1956.

22. Derryberry, M.: Aspectos de educación sanitária de los programas de saneamento en areas rurales y pequeñas coletividades. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., **36**:149-158, 1954.
23. Fonseca, R. C. [et alii]: Saneamiento rural, p. 169-190 (*in* Congresso Interamericano de Higiene. 1.º, La Habana, 1952: Memorial... La Habana, 1953. 880 p)
24. Freire, J. P. & Soares, R.: Serviço Especial de Saúde em Araraquara: sua organização e objetivo, p. 83-98 (*in* Congresso Brasileiro de Higiene. 9.º, Pôrto Alegre, 1951: Anais... Pôrto Alegre, Livraria de Globo, S. A., 1952. 755 p.)
25. —; Soares, R. & Silva, O. J.: Cooperação de saúde pública. Experiência do Serviço Especial de Saúde em Araraquara, p. 54-64 (*ibid.*)
26. Freire, P. M.: Organização de serviços de saúde para a zona rural. Arq. Hig. Saúde Públ., **9**:7-82, 1944.
27. Gonzáles, C. L.: Las unidades sanitárias de Venezuela. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., **30**:608-616, 1951.
28. Hydrick, J. L.: La higiene rural en la Indias Holandesas. Lima, Ministério de la Salud Publica, 1944. 138 p.
29. Junqueira, A. M.: Assistência médica rural ou, O atual problema de São Paulo. São Paulo, Revista dos Tribunais, 1936. 90 p.
30. Lages, A. & Jatobá, A.: Plano de unidades de saúde em zona rural; apresentado ao 11.º Congresso Brasileiro de Higiene. Curitiba, 1953. (mimeografado)
31. Loyola, A. S.: Pontos básicos do programa de um serviço de higiene rural no âmbito estadual; apresentado ao 11.º Congresso Brasileiro de Higiene. Curitiba, 1953. (mimeografado)
32. Maragliano, L.: A assistência agro-médico-sanitária rural. Bol. mensal Inform. S. Paulo, **7** (75-76) 2-12, 1950.
33. Mascarenhas, R. S.: Contribuição para o estudo da administração dos serviços estaduais de tuberculose em São Paulo. São Paulo, 1953. 429 p. (Tese para Cátedra — Fac. Hig. Saúde Públ. Univ. S. Paulo).
34. — & Castro, P. C.: Atividades de centro e subcentros de saúde. Rev. paulista Hosp., **3** (3) 9-11, 1955.
35. Mazzei, R. P. & Marlo, A. G.: Organização de um serviço de saúde para atender às populações rurais do Rio Grande do Sul; apresentado ao 11.º Congresso Brasileiro de Higiene, Curitiba, 1953. (mimeografado)
36. Mustard, H. S.: Prática sanitária rural; trad. da Sociedade Brasileira de Higiene... Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1947. 498 p. (Biblioteca científica brasileira — Série B, v. 2)
37. Organização Mundial de Saúde: Los problemas de salud publica rural (Octava Asamblea Mundial de la Salud) Cron. Org. Mund. Salud, **9**:228-229, 1955.
38. — Comité d'Expertos en Educacion Higienica del Publico: primer informe. (Serie de Informes Técnicos, n. 89). tb. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., **38**:500, 1955.
39. — Un projet d'hygiène de la maternité et de la enfance au Pakistan. Chron. Org. mond. Santé, **6**:156-158, 1952.
40. — Expert Committee, on Public Health Administration: Methodology of planning and integrated health program for rural areas: second report. Geneva, 1954. 50 p. (Technical report series, n. 83)

41. Penido, H. M.: O SESP é a riqueza do pobre. Visão, 19-7-1957.
42. —; Melloni, L. & Azevedo, N.: A administração sanitária do SESP na área do Rio Doce, v. 1, p. 601-607 (*in* Congresso Brasileiro de Higiene. 7.º, São Paulo, 1948. Anais... São Paulo, Tipogr. do Departamento de Investigações, 1949. 2 v.)
43. Pessoa, S. B.: Problemas brasileiros de higiene rural. São Paulo, s. e., 1949. 582 p.
44. Pierce, G. D.: Condiciones sanitarias de las zonas rurales y pequeñas colectividades en la región de las Américas. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., **36**:145, 1954.
45. Ribas, B. L.: Unidades mistas para a zona rural, p. 43-53 (*in* Congresso Brasileiro de Higiene. 9.º, Pôrto Alegre, 1951. Anais... Pôrto Alegre, Livraria do Globo, S. A., 1952. 755 p.)
46. Ribeiro, S. S.: Unidades sanitárias móveis, p. 76-82 (*ibid.*)
47. Romeu, L. B.; Cavalcanti, A. V. & Barcelos, E. T.: Plano de saúde aplicável às pequenas comunidades; apresentado ao 11.º Congresso Brasileiro de Higiene, Curitiba, 1953. (mimeografado)
48. Santo, J. P. & Souza, W.: Sugestões para um programa mínimo de trabalho em saúde pública no Brasil, p. 109-120. (*in* Congresso Brasileiro de Higiene. 9.º Pôrto Alegre, 1951: Anais... Pôrto Alegre, Livraria do Globo, 1952. 755 p.)
49. Seminário Latino-Americano de Bem-Estar Rural. Rio de Janeiro, 1953: Anais... Rio de Janeiro, Universidade Rural, 1954. 2 v.
50. Silveira, J. P. (et alii): Organização e funcionamento do Serviço Itinerante de Goiás, p. 273-283 (*in* Congresso Brasileiro de Higiene. 10.º, Belo Horizonte, 1952: Anais... Belo Horizonte, Imprensa Oficial, 1953. 891 p.)
51. Smillie, W. G.: Administração sanitária nos Estados Unidos. Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Higiene, 1949. 661 p.
52. Société des Nations: Aperçu général sur la politique médico-sociale a la campagne. Bull. Org. Hyg., **7** (6) 971, 1938.
53. Tameirão, H. P.: Inquérito sobre o saneamento das cidades do Estado de São Paulo. Arq. Hig. Saúde públ., **18**: 121-140 1953.
54. Tetzlaff, F.: Insect vector control activities of the U. S. Public Health Service. Assoc. Interamer. Ing. Sanit., **2** (4) 438, 1949.
55. Vieira, F. B.: Questões de saúde e de assistência na cidade e no campo. Bol. Inst. Hig. (S. Paulo) n. 87, 1945. 36 p.
56. Winslow, C.-E. A.: The cost of sickness and the price of health. Geneva, World Health Organization, 1951. (W. H. O.: Monograph Series, n. 7)