

EDITORIAL

O COMBATE ÀS DOENÇAS ENDÊMICAS E A PENDULAR REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A organização dos serviços de Saúde Pública no Brasil teve início em 1808, quando um alvará do Príncipe D. João restabeleceu no país o cargo de Físico-mor do Reino, passando para o Governo Central o que era responsabilidade dos municípios. Em 1828 um decreto aboliu a Fisicatura-mor, novamente municipalizando-se a Saúde Pública. Somente a vacinação antivariólica e a Inspeção de Saúde dos Portos continuaram sob o controle do Governo Central. Pelo Decreto nº 268 de 29/1/1843 voltou-se a desmunicipalização. O reaparecimento da febre amarela, em 1849, forçou a nomeação da Comissão Central de Saúde Pública, incorporada em 1851 pela Junta Central de Higiene Pública, a qual estavam subordinadas as Comissões Provinciais. Era a organização sanitária mais importante que até então teve o país¹. Além da febre amarela havia a cólera e eram importantes as febres, principalmente a malária², a tuberculose e a ancilostomose³. O Poder Central não tinha decisão de empreender campanhas de envergadura. A reforma sanitária de 1886 criou a Inspeção Geral de Higiene em substituição à Junta Central de Higiene Pública.

Com a proclamação do regime republicano federativo em 1889 mais uma vez os serviços de higiene foram desligados da administração federal e passados ao domínio de cada Estado. Estes não tinham condições de combater com êxito as doenças endêmicas.

Apesar da descentralização, foi criada, em 1897 a Diretoria Geral de Saúde Pública. Mas a União somente prestaria socorro quando solicitada pelos Estados. O Governo Central tinha o controle sobre a prevenção da entrada das doenças exóticas, através das inspeções nos portos e das quarentenas a bordo de navios ou em lazaretos. A gravidade da febre amarela forçou a criação, em 1903, do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela⁴. Esta foi nossa primeira experiência na mobilização de recursos e de tecnologia, em larga escala, no combate a uma de nossas grandes doenças endêmicas. Era a época de Lutz, Emilio Ribas, Vital Brazil, Oswaldo Cruz. Aliás, foi devido à febre amarela e à peste que sanitaristas brasileiros puderam organizar a saúde pública para atuar em âmbito nacional⁵. A Diretoria Geral de Saúde Pública foi reorganizada por Oswaldo Cruz, em 1904, com auto-

ENDEMIC DISEASE CONTROL AND THE PENDULUM OF REGIONAL HEALTH SERVICES

The organisation of a Public Health Service in Brazil started in 1808 when an edict of Prince Don João reestablished the title of Royal Physician-major to the country and transferred to the Central Government the responsibility for the municipalities. In 1828 a decree abolished the Central Administration devolving Public Health responsibilities to a municipal level. Only smallpox vaccination and Port Health inspection were controlled by the Central Government. By Decree 268 of 29/1/1843 responsibilities were again transferred to the Central Government. The reappearance of yellow fever in 1849 resulted in the formation of a Central Health Commission incorporated in 1851 in a Central Public Health Organisation to which the provincial commissions were subordinated. Henceforth¹ this was the most important Public Health organ in the country. In addition to the yellow fever cholera; malaria², tuberculosis and hookworm disease³ were important diseases. The Central Government could not initiate campaigns. The health reform of 1886 created an inspector general of health in place of the original group.

With the Proclamation of the Federal Republic in 1889 once again the health services were separated from the Federal Administration and became the responsibility of each state. These did not have conditions to mount campaigns against endemic disease. In spite of the decentralisation in 1897 a director general of Public Health was appointed at a national level; however he only gave help when the state so requested. The Central Government had control over the entry of exotic diseases into the country by inspection of ports, quarantine facilities, ships etc. The seriousness of the yellow fever situation in 1903 resulted in the yellow fever prevention service⁴. This was the first Brazilian attempt using technology to control an endemic disease on a national scale. It was the time of Lutz, Emilio Ribas, Vital Brazil and Oswaldo Cruz. It was because of yellow fever and plague that Brazilian Public Health workers could organise Public Health services to act in a national manner⁵. The Directory General of Public Health was reorganised by Oswaldo Cruz in 1904 with authority to supervise the ports of Brazil.

This organisation persisted until 1920 when Carlos Chagas restructured the National Department of Public Health. The reports of journeys to the hinterland, among others, by Oswaldo Cruz⁶ to the Madeira River, Carlos Chagas⁴ to the Amazon Basin, Lutz and Machado¹⁰ to the São Francisco River, Artur Neiva and Belisario Penna¹³ to the wilderness

ridade sobre o Rio de Janeiro e os portos em varias partes do pais.

Esta organização persistiu ate 1920, quando Carlos Chagas deu nova estrutura ao Departamento Nacional de Saúde Publica. Os relatorios sobre viagens ao interior do Brasil, entre outras a de Osvaldo Cruz⁵ ao Madeira, de Carlos Chagas⁴ a Bacia Amazônica, de Lutz e Machado¹⁰ ao rio São Francisco, de Arthur Neiva e Belisário Penna¹³ aos sertões da Bahia, Pernambuco, Piauí e Goiás, o livro Saneamento do Brasil¹⁵, a descoberta da Doença de Chagas, os escritos de Monteiro Lobato sobre o Jeca Tatu e a famosa frase de Miguel Pereira "fora do Rio e de São Paulo, capitais mais ou menos saneadas, e de algumas outras cidades em que a providência superintende a higiene, o Brasil é ainda um imenso hospital"¹¹, reavivaram o drama das populações rurais. Muitos insistiam na necessidade do governo da União organizar nos Estados os serviços de higiene¹⁵, em desacordo com os preceitos constitucionais. Nunca se contestou a doutrina e sim sua exequibilidade. Argumentava-se que salvo as exceções, como por exemplo São Paulo, os Estados e municipios não estariam em condições de se desempenharem das funções sanitárias.

O Departamento Nacional de Saúde Publica foi remodelado em 1934 sob o titulo da Diretoria Nacional de Saude e Assistência Medico-Social. Em 1919 criou-se o Serviço de Profilaxia Rural, extinto em 1930.

Em 1937 foi instituido o Departamento Nacional de Saude, com criterio de autonomia municipal, mas reservando-se ao D.N.S. a supervisão geral dos serviços de Saude no pais, mediante ação nacional de combate às grandes endemias. Entre outros podem ser lembrados Barros Barreto, Evandro Chagas, Candau, Manoel Ferreira, Pellon, César Pinto, Samuel Libanio, Souza Araujo, Agricola, Orestes Diniz, Toledo Piza e Antunes. Em 1939 foi feito um convênio com a Fundação Rockefeller, que já participava da luta contra a febre amarela, para a erradicação do *Anopheles gambiae*, recém-introduzido no pais¹⁶ Foi criado o Serviço Especial de Saude Publica, o Serviço Nacional de Lepra e o Serviço Nacional de Malaria. E tambem o de Febre Amarela e o de Peste. Havia conhecimento, disciplina, mistica e decisao, requisitos para a eficiência.

Em 1956, com vistas a polivalência³ foi formado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) pela fusão dos serviços nacionais de Malaria, Febre Amarela, Peste e parte da Divisao de Organização Sanitaria. No DNERu havia Coordenadorias para chefiar a campanha contra cada uma das seguintes doenças: ancilostomose, bocio endêmico, boubá, brucelose, doença de Chagas, esquistoso-

of Bahia, Pernambuco, Piauí and Goiás, the book "Saneamento do Brasil"¹⁵, the discovery of Chagas' disease, the writings of Monteiro Lobato of Jeca Tatu and the famous phrase of Miguel Pereira that "apart from Rio and São Paulo, capitals more or less safe and a few other cities with public health services Brazil is still an immense hospital"¹¹, all these documents record the drama of rural Brazilian populations. Many insisted on the necessity for the Central Government to organise state health services¹⁵ opposing the constitutional concept. Feasibility and not the doctrine was contradicted. Some points of view argued that with certain exceptions, such as São Paulo, states and municipalities did not have the conditions to institute public health measures.

The National Department of Public Health was remodelled in 1934 with the title of National Health Authority and Médico-Social Assistance. In 1919 the rural prophylactic service was created which became extinct in 1930.

In 1937 the National Health Department was created preserving the municipal autonomy, but reserving department action for general supervision of health services and control of important endemic diseases. Many distinguished Brazilians may be remembered, among them, Barros Barreto, Evandro Chagas, Candau, Manoel Ferreira, Pellon, Cesar Pinto, Samuel Libanio, Souza Araujo, Agricola, Orestes Diniz, Toledo Piza e Antunes. In 1937 an agreement with the Rockefeller Foundation resulted in reactivation of the yellow fever control programme and the eradication of *Anopheles gambiae* recently introduced into the country¹⁶. The special service of Public Health, the National Leprosy Service and the National Malaria Service were created; also special services for yellow fever and plague. At that time expertise, technology, discipline and will necessary to mount an efficient service were available.

In 1956, under the motivation of polyvalency³, the National Department of Endemic Rural Disease (DNERu) was formed by fusing the national services of malaria, yellow fever, plague and part of the public health service. In DNERu coordinators led campaigns against the following diseases: hookworm, endemic goitre, yaws, brucellosis, Chagas' disease, schistosomiasis, yellow fever, hydatid disease, filariasis, leishmaniasis, malaria, plague and trachoma⁶. It was the time of Pinotti, Bustamante, Rachou, Olimpio da Silva Pinto, Emmanuel Dias, Nery Guimarães, Pellegrino, Vianna Martins, Rodrigues da Silva, Pedreira de Freitas, Homem de Mello, Germano Faria, Fonseca and others to mention only some who are no longer with us. The public health scene was ready for further great campaigns. The advent of residual in-

mose, febre amarela, hidatidose, filariose, leishmaniose, malária, peste e tracoma⁶. Foi a época de Pinotti, Bustamante, Rachou, Olimpio da Silva Pinto, Emmanuel Dias, Nery Guimarães, Pellegrino, Vianna Martins, Rodrigues da Silva, Pedreira de Freitas, Homem de Mello, Germano Faria, Fonseca e outros para continuar citando somente alguns já falecidos. O cenário estava montado para a realização de outras grandes campanhas. O advento dos inseticidas residuais e novos quimioterápicos e antibióticos tornaram possíveis os êxitos obtidos.

As perspectivas de erradicação da varíola e da malária, em nível internacional, justificaram a criação de Campanhas Especiais (CEV e CEM). Em 1970 a fusão com o DNERu resultou na Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM)¹².

Agora, o pêndulo oscila novamente e a regionalização se impõe, como preceito e meta. Desta vez, certamente, de modo definitivo, pois o país pode alcançá-la, pelo menos algumas áreas que já atingiram grau de desenvolvimento e educação necessários para suportá-la.

Contudo, não esqueçamos a experiência do passado. Troquemos os nomes, pois esta parece ser uma tradição sanitária, mas preservemos os conhecimentos e a estrutura, no momento, representados pela SUCAM, que nenhum país do mundo possui igual, para ser vencido o desafio do futuro, que é a ocupação da Amazônia.

secticidas, and chemotherapeutic and antibiotic agents held promise of a new era of disease control.

The perspectives of eradication of smallpox and malaria, at an international level, justified the creation of special campaigns (CEV and CEM). In 1970 their fusion with DNERu resulted in the Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM)¹².

Now the pendulum has swung again and regionalisation is regarded as imperative. This time certainly in a final way because certain areas of Brazil have achieved a degree of development that can support an efficient state health service. However we must not forget past experience. Change the names, a tradition of Brazilian Public Health, but preserve the knowledge and structure. At this moment this is represented by SUCAM, an organisation the world envies and not duplicated elsewhere. Such workers will secure Brazil's future and open the Amazon to rational settlement.

Aluizio Prata
Núcleo de Medicina Tropical,
Universidade de Brasília

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Barbosa P, Rezende CB. Os Serviços de Saúde Pública no Brasil, especialmente na cidade do Rio de Janeiro, de 1808 a 1907. *Imprensa Nacional*, 1909.
2. Benchimol JL. Manguinhos. Do sonho à vida. *FIOCRUZ*, 1990.
3. Brito RS. Caçando rato e matando mosquitos. Impresões de um sanitarista. *Imprensa Oficial de Minas Gerais*, 1986.
4. Chagas C. Notas sobre a epidemiologia do Amazonas. *Brazil-Médico* 27:450-456, 1913.
5. Cruz O. Considerações gerais sobre as condições sanitárias do rio Madeira, Rio de Janeiro, 1910.
6. Departamento Nacional de Endemias Rurais - DNERu. Combate a Endemias Rurais no Brasil. *Ministério da Saúde*, 1960.
7. Franco O. *História da Febre amarela no Brasil*. Rio de Janeiro, 1969.
8. Homem FVT. Estudo clinico das febres do Rio de Janeiro. 2ª ed., 1885.
9. Jobim JMC. As moléstias que mais afligem a classe pobre do Rio de Janeiro. *Tipografia Fluminense*, 1835.
10. Lutz A, Machado A. Viagem pelo rio São Francisco e por alguns de seus afluentes entre Pirapora e Juazeiro (Estudos feitos à requisição da Inspetoria de Obras contra as Secas. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 7:5-50, 1915.
11. Martins W. *História da inteligência brasileira*. Editora Universidade de São Paulo, Vol. VI, 1978.
12. Moraes HF. *SUCAM, sua origem, sua história*. 2ª edição. Brasília, 1990.
13. Neiva A, Penna B. Viagem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 8:74-224, 1916.
14. Pan American Sanitary Bureau. Plague in the Americas. *Publication* 225, 1945.
15. Penna B. Saneamento do Brasil. Rio de Janeiro, 1923.
16. Soper FL, Wilson DB. *Anopheles gambiae* in Brasil. *The Rockefeller Foundation*. New York, 1943.

Aluzio Prata
Professor de Medicina Tropical