

# Panorama sanitário do Brasil

JOSÉ HILÁRIO DE  
OLIVEIRA E SILVA

## 1 — CONCEITOS BÁSICOS

### 1.1. — *O que é saúde*

Saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e social”, e não se representa meramente pela ausência de doença.

Segundo HORWITZ BURKE, “a saúde reflete a capacidade de cada ser humano para adaptar-se a um meio em contínua variação”.

A saúde é um bem individual, mas, sobretudo, é um bem coletivo, por isso que deve constituir um serviço social de caráter prioritário.

Assim entendido, a discussão dos problemas de saúde implica na análise de todos os fatores e condições que podem influenciá-la. Sabemos que ao lado dos cuidados médicos é necessário proporcionar à coletividade boas condições de alimentação, educação, moradia, vestuário, trabalho, salário e recreação, para alcançarmos os elevados padrões sanitários dos países desenvolvidos.

### 1.2. — *Saúde e Desenvolvimento Econômico*

Entre nós, em época recente, tentou-se conceituar saúde como um subproduto do desenvolvimento econômico. Ainda que atraente, esta tese é errada, e os sanitaristas têm protestado contra esta concepção política, desumana e desajustada à realidade de nosso tempo. Pelo contrário, diz NELSON MORAES, “a ação direta sobre os fatos que levam à perda de saúde pode acelerar o desenvolvimento econômico” (pelo aumento da vida média, pela redução dos dias perdidos ao trabalho, pelo melhor desenvolvimento físico e intelectual, pela incorporação de áreas geográficas sujeitas às endemias, etc.).

Tanto assim que, NELSON MORAES, no mesmo trabalho, adverte que “o planejamento da saúde não é adstrito exclusivamente ao critério econômico da produtividade”, já que os critérios éticos nos obrigam a diversos tipos de atendimento que devem ser realizados independentes da consideração de caráter econômico.

Já se tem demonstrado que o desenvolvimento não pode ser colocado em termos exclusivamente econômicos, porque tão importante quanto a melhoria de sua produção, e conseqüentemente de seu ganho, é dar a cada homem a oportunidade de realizar-se, ou seja, que cada indivíduo possa chegar a ser o que lhe permite a sua herança biológica e cultural.

Assim, saúde e desenvolvimento são duas variáveis de um mesmo propósito — o bem-estar social.

Há alguns anos, a voz autorizada do grande economista GUNNAR MYRDAL assim se expressou, em conferência realizada na Organização Mundial de Saúde: “A economia, como ciência, desde seus primórdios, tem-se caracterizado por forte ressaibo materialista.”

A economia tem estudado predominantemente as remunerações em termos de dinheiro, dos fatores de produção dos preços das mercadorias e dos serviços comumente comprados e vendidos em determinado mercado.

Pela expressão “capital” em geral os economistas têm entendido capital material. Por isso penso não estar errado ao declarar que é grande o legado materialista no desenvolvimento econômico, e isto ganha importância maior porque os economistas e seus cometimentos intelectuais vêm tendo influência direta cada vez maior no estabelecimento de diretrizes da política nacional e internacional — maior que o produto pensante de todas as ciências sociais reunidas.

Mais adiante assinala que “o estudo científico sobre a economia da doença e da saúde tem constituído preocupação constante, não dos economistas, mas das autoridades de saúde pública, dos médicos e peritos em assistência social, que são os que estão em contato direto com o problema prático, e, só aos poucos, vem sendo trazido aos cientistas sociais.

Cumpre-nos pois encarar a realidade, que há de decorrer muito tempo antes que nossos conhecimentos neste terreno sejam tão intensos e completos que possam ser adequadamente integrados na teoria econômica e social em geral, e possam vir a ocupar o lugar que lhes é devido”.

### 1.3. — *Círculo Vicioso de WINSLOW*

Em 1951, WINSLOW, estudando o custo da doença e o preço da saúde, descreveu o círculo vicioso da doença e da pobreza: “os homens são doentes porque são pobres tornam-se mais pobres porque são doentes e mais doentes porque são mais pobres”.

Por isso que os conceitos básicos sobre saúde pública, estão sofrendo grandes transformações. A saúde, interessando ao indivíduo e à coletividade, não constitui, exclusivamente, um problema humano e moral — já que se torna evidente o seu significado econômico. A doença implica em baixa produtividade, condicionando menor salário, o que significa alimentação, habitação e instrução deficiente, que resultam em saúde precária, e baixa produtividade, eternizando-se assim o círculo vicioso de pobreza e de subdesenvolvimento.

## 2. — ANÁLISE DE CONJUNTURA

A apreciação do nível de saúde de uma coletividade é um problema complexo. A Organização das Nações Unidas designou, em 1957, um grupo de trabalho para estudar o valor dos diferentes métodos em uso. Este trabalho concluiu pela impossibilidade da fixação de um indicador único global da saúde de uma coletividade, já que o problema comporta sempre uma apreciação conjunta dos múltiplos fatores capazes de influir significativamente no bem-estar da população.

Assim, respeitando a conclusão aprovada neste informe 117, que, em termos ideais, “a saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social”, a análise de nossa conjuntura de saúde implica na consideração de inúmeros fatores e condições, dos quais analisaremos apenas os que nos parecem mais importantes ao objetivo deste trabalho.

### 2.1. — *Indicadores de Saúde*

Tomaremos em consideração, no estudo de nossa conjuntura, apenas os seguintes globais:

- vida média;
- coeficiente de mortalidade geral;
- coeficiente de mortalidade proporcional.

#### *Específicos*

- coeficiente de mortalidade infantil;
- coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis.

### 2.1.1. — *Vida Média*

É a esperança da vida ao nascer, ou seja, o início médio de anos a serem vividos numa idade considerada, pressupondo-se que as possibilidades de morte continuem as mesmas.

Sabemos que a vida média na Antiguidade alcançava valores muito baixos. No Egito dos faraós, calcula-se que andou pelos 18 anos; em Roma e na Grécia antiga variava os 20 e 30 anos.

A esperança de vida ao nascer reflete, de certo modo, as condições econômicas e sanitárias, tanto que GABALDON nela baseou sua classificação do desenvolvimento dos países.

No Brasil os últimos valores se aproximam de 54 anos, baixo em relação aos países desenvolvidos (na Suécia 72; nos Estados Unidos 68; Israel 71 e Japão 67 anos).

Diversos fatores influenciam este índice entre nós, notadamente a grande mortalidade infantil e o elevado coeficiente de doenças transmissíveis que reduzem a nossa vida média para 54 anos, valor já alcançado pela Dinamarca em 1910, e pelos Estados Unidos em 1920, o que nos dá uma idéia do longo caminho a percorrer.

### 2.1.2. — *Mortalidade Geral*

É representado pelo número de óbitos por 1 000 habitantes em um dado ano.

É dos mais utilizados porque dá uma idéia global das condições sanitárias da coletividade, apesar dos elementos diversos e variáveis que entram em sua constituição.

O coeficiente de mortalidade geral no Brasil aproxima-se de 13 por mil, porém, nessas variações regionais são acentuadas já que em algumas áreas do Nordeste se eleva a 20 por mil e nos centros melhores cai abaixo de 10 por mil. No Município de São Paulo já se reduziu a 8,3, aproximando-se mais daqueles verificados nos países desenvolvidos (Estados Unidos 5,3 por mil e Suécia 4,4 por mil).

### 2.1.3. — *Mortalidade Proporcional*

Inicialmente estudado por SWAROOP e UEMURA aferindo o percentual de óbitos acima de 50 anos sobre o total dos óbitos nos países desenvolvidos como a Suécia, Dinamarca, Estados Unidos, onde a expectativa de vida ao nascer é elevada, este índice iguala ou mesmo ultrapassa 80% enquanto em nosso meio apenas alcança 28%.

Das mais valiosas contribuições a este estudo foi realizada entre nós por NELSON MORAIS, que ampliou este conceito estudando a mortalidade nos diversos grupos etários e estabelecendo a *curva da mortalidade proporcional*.

Neste trabalho sobre os níveis de saúde da coletividade brasileira, nos diversos grupos etários considerados e nas diferentes regiões do País, verifica-se que a maior mortalidade percentual atinge os grupos etários mais jovens, sendo de 51% até os 15 anos. Se compararmos este valor com os 2,7% verificados na Suécia e os 7,2% dos Estados Unidos, teremos uma expressão real da magnitude deste problema. Sabe-se que nesta faixa a causa maior de mortalidade é a pobreza e a fome, a falta de instrução e de saneação, o que quase equivale dizer: diarreias infecciosas e doenças transmissíveis. Isto se pode verificar nos dados aferidos no Nordeste, onde são mais deficientes as condições sanitárias, alcançando 63% em comparação com S. Paulo onde se reduz a 38%.

Mais adiante analisaremos outros aspectos desta curva pelo seu extraordinário significado econômico.

#### 2.1.4. — *Mortalidade Infantil*

O coeficiente de mortalidade infantil representa o número de óbitos por 1 000 nascidos vivos.

Sob condições ideais de bem-estar social nenhuma criança deveria morrer, exceto devido a condições e deficiências congênitas, diz SWAROOP. É que constitui o mais sensível indicador das condições sanitárias de uma coletividade (Newsholmes).

Apesar de sua simplicidade e valor, considera-se relativa a sua fidelidade em nosso meio, principalmente nas áreas subdesenvolvidas, onde é difícil a obtenção de dados preciosos.

É que nestes locais, em geral, o registro de óbitos é feito com maior rigor que o de nascimentos, quer pelo baixo padrão social, quer pela ilegitimidade. Assim, por exemplo, em Teresina, em certos anos, os coeficientes demonstraram maior número de óbitos até 1 ano de idade que os nascidos vivos.

Em nosso País há variações extremas. No Município de São Paulo o coeficiente de mortalidade infantil é aproximado a 65 por mil nascidos vivos; no Rio, 70 por mil e no Nordeste alcança valores como 200 por mil ou mais.

A comparação com outros países é contrastadora. Na Suécia é de 16 por mil; nos Estados Unidos, 26 por mil; no Japão, 30 por mil; e valores como os nossos só são comparáveis ou ultrapassados por áreas subdesenvolvidas como o Egito e a Índia.

#### 2.1.5. — *Mortalidade por Doenças Transmissíveis*

É calculado pelo número de óbitos por doenças transmissíveis por 100 mil. Representa um bom índice das condições sanitárias, sofrendo, entretanto, a deficiência compreensível da imprecisão de nossas estatísticas.

Os nossos melhores índices são verificados em São Paulo, onde é de 171; no Rio, 274 e nas regiões do Nordeste alcança valores altíssimos como o de 990 por mil verificados em Natal (Rio Grande do Norte - 1964).

O valor médio para o Brasil é de 503, que nos dá uma demonstração clara da precariedade de nossas condições quando comparado com os índices suecos e americanos (45 e 52 por mil habitantes).

### 2.2. — *Alguns Problemas Sanitários*

Somos um País a braços com grandes problemas sanitários. Analisaremos alguns dos mais expressivos.

#### 2.2.1. — *Sanitação Deficiente*

A sanitação — água potável e rede de esgotos adequados — é condição básica para a saúde da coletividade. A deficiência destes serviços reflete-se significativamente na mortalidade geral e especialmente na mortalidade infantil, pelo aumento das diarreias infecciosas e doenças transmissíveis. Em Medicina Preventiva isto é caracterizado pelo fenômeno de Milles-Reinke, ou seja, a queda da incidência da febre tifóide e infecções intestinais, paralelo à queda da mortalidade infantil e global, simplesmente pelo resultado da instalação de um sistema adequado de água e esgoto.

A maior parte de nossa população não tem condições adequadas de sanitação; 50% de nossa população urbana não dispõe de sistema de esgotos; 44% de nossas sedes municipais não possuem redes de distribuição de água. Um estudo feito, recentemente, em nossas cidades menores verificou que 72% não possuíam renda para executar este serviço, e os impostos seriam apenas suficientes para mantê-los.

Isto traz como resultado um elevado índice de mortalidade por diarreia infecciosa, afetando, principalmente, a população infantil, e que entre nós é 300 vezes maior que a verificada na Suécia.

### 2.2.2. — *Infeções e Infestações*

Já se disse, romântica ou demagógicamente, que o Brasil é um vasto hospital. Não exageremos. Não podemos entretanto silenciar sobre o pesado ônus que a morbidade e a mortalidade que as infestações e infecções trazem à nossa população.

A esquistossome trazida da África pelos escravos, hoje abrange quase todo o Nordeste, atingindo igualmente áreas do Espírito Santo e Minas Gerais, infestando cerca de 6 milhões de brasileiros. Problema sanitário complexíssimo, pela dificuldade de saneamento, agora agrava-se pelo estabelecimento necessário de áreas de irrigação para a cultura no Nordeste e pelas migrações internas.

A nossa área malarígena abrange cerca de 90% de nossa extensão geográfica. Depois de uma fase promissora local (Serviço da Baixada Fluminense) e nacional (Serviço Nacional da Malária) sofreu estagnação, e só recentemente, em 1962, com a reorganização da Campanha da Erradicação, ainda que atravessando dificuldades políticas, administrativas e orçamentárias, foi retornado novo ritmo dentro do planejamento estabelecido.

As verminoses inferiorizam cerca de 20 milhões de brasileiros, e seu controle só será possível com a melhoria das condições econômico-sociais. O tracoma, a doença de Chagas, a leishmaniose, a filariose e muitas outras constituem problemas que nos desafiam. A tuberculose, entretanto, representou um progresso impressionante com a uma redução de 2/3 nos últimos 20 anos, embora continue a ser, nas capitais brasileiras, a principal gama de morte para o grupo etário entre 10 e 49 anos.

O nosso maior estigma frente aos demais países, entretanto, é a varíola, porque o Brasil permanece como o único foco desta doença na América. No Relatório da Organização Pan-Americana de Saúde, referente a 1965, assinalaram-se 1935 casos de varíola nas Américas, dos quais 92% registrados no Brasil.

Atualmente o governo empenha-se, através da campanha de Erradicação, no objetivo de vacinar 80% da população.

### 2.3. — *Outros Fatores*

Na discussão de conjuntura sanitária não podemos omitir alguns dos numerosos fatores que a influenciam significativamente.

#### 2.3.1. — *Aspectos Demográficos*

Somos um País de 80 milhões e em crescimento continuado. A nossa elevada natalidade (cerca de 40 por mil) compensa a nossa mortalidade global e o nosso crescimento populacional em torno de 3% tem características de explosão demográfica, representando mais que o dobro dos índices norte-americanos (1,3%).

A estrutura de nossa população obedece a dos países subdesenvolvidos. O predomínio dos grupos etários mais jovens representa apenas a redução dos valores de expectativas de vida ao nascer. A distribuição de nossa população também merece análise. Cerca de 40% dos brasileiros têm existência urbana, porém somente 19% vivem em grandes cidades (100 mil habitantes ou mais). Assim, a nossa população rural (60%) é quase o dobro da norte-americana, embora em certas áreas, como São Paulo, pela melhoria das condições econômico-sociais e de trabalho e produtividade no campo, já se tenha reduzido a índices semelhantes aos dos Estados Unidos.

Este crescimento populacional não ordenado, não acompanhado de adequado aumento da produção de bens e serviços, as migrações internas, a distribuição irregular de nossa população são outros fatores a influenciar e a agravar os nossos problemas de saúde.

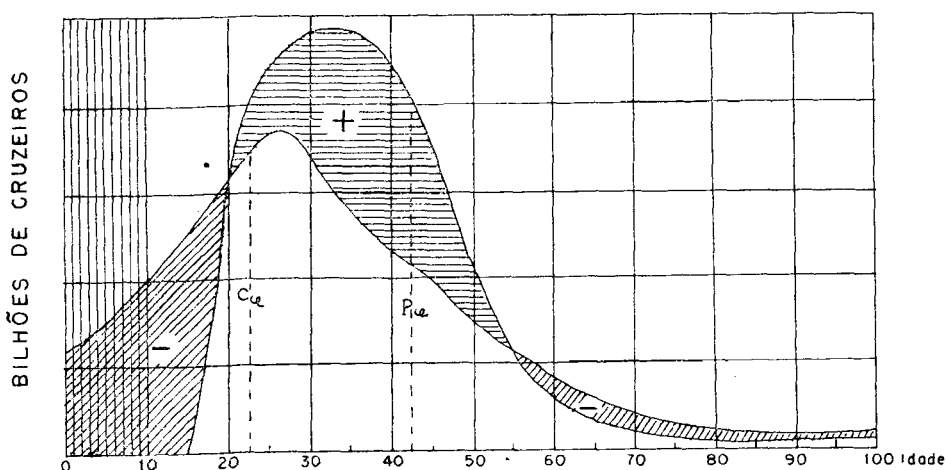
### 2.3.2. — Fome

A nossa fome é quantitativa e qualitativa.

Um inquérito nacional realizado no Nordeste, em 1963, revelou que esta região não produz alimentos em quantidade suficiente para manter a população da região em dieta adequada. Mas ainda, cerca de 37% da produção de alimentos é constituída de açúcar e cacau, que são destinados à exportação.

Sabe-se que a fome tem maior expressão na mortalidade até os 5 anos, porém, os subnutridos que sobrevivem caminham para um estado de subnormalidade, que os inferiorizam, pela baixa imunidade que os torna mais susceptíveis às infecções, pelo baixo nível intelectual a que alcançam, e, conseqüentemente, baixa produtividade, ou seja, a cronificação da miséria humana.

PRODUÇÃO TOTAL E CONSUMO DA POPULAÇÃO



A deficiência mais grave, além das vitaminas, é a de proteínas, e no Brasil, já se identificaram milhares de casos Kwashiorkor (doença da deficiência protéica), que se poderia dizer é a forma patológica mais avançada do flagelado.

No último Relatório da Organização Pan-Americana e no inquérito a que nos referimos, evidencia-se a deficiência qualitativa e quantitativa de nossa dieta. A nossa população globalmente ingere deficiente quantidade protéica e, ainda mais grave, escassa quantidade de proteína animal, que constitui em nosso meio apenas 14% da ração protéica.

O resultado desta subnutrição pode ser aferido no desenvolvimento físico de nossas populações. No Nordeste, ao nascer, o peso e a altura das crianças são normais, porém já se tornam subnormais dentro do 1.º ano de vida, e nos adolescentes já há redução de 10 a 15% dos valores normais.

### 2.3.3. — Ignorância

O nível educacional de uma população é um importante fator de sua condição sanitária. Bastaria lembrar o que foi entre nós a batalha da vacinação e os ilustres, dos mais ilustres, que a ela se opuseram.

A ignorância leva à promiscuidade, à falta de higiene, à baixa produtividade. Nossas escolas primárias, se até recentemente eram insuficientes no Rio de

Janeiro, nas áreas mais subdesenvolvidas do País não educavam senão pequeníssima porcentagem da população. Tomando-se o índice da OPA, a nossa razão entre matriculado em relação à população em idade escolar (5 a 14 anos) é muito baixo (0,46), e muito há de ser feito para alcançarmos o ideal da educação obrigatória, já existente nos Estados Unidos e Rússia.

#### 2.3.4. — *Habitação Inadequada*

Sofremos um *deficit* de mais de 10 milhões de casas e, aproximadamente, dois terços da população brasileira não tem habitação adequada. Aqui mesmo, no Rio de Janeiro, aproximadamente um terço da população vive em favelas e cortiços; os mocambos alijam quase metade da população do Recife e todos sabemos os tremendos problemas sanitários que se originam nesta população marginalizada sob o ponto-de-vista humano e social.

Nas áreas rurais, as choupanas e os casebres em que vivem a maioria dos nossos matutos, dando abrigo a vetores de infestações, e até a convivência com os animais são importantes fatores na manutenção de nossos baixos níveis de saúde.

#### 2.3.5. — *Trabalho, Salário e Pobreza*

A maioria de nossa população trabalha em condições inadequadas. Apesar de nossa moderna legislação de proteção ao trabalho, já em execução nas grandes indústrias, nas áreas rurais, em sua maioria, os trabalhadores ainda enfrentam condições não muito diferentes das medievais.

Sem transportes, sem educação, subnutridos, em moradias precárias, sem contato com o mundo em que vivemos, esquecidos dos governos, trabalham de sol a sol, sem férias, sem estímulo, sem garantias, mediante um salário que lhes permite apenas sobreviver. E eles representam mais de metade de nossa população.

A nossa renda *per capita*, atualmente, é de 130 dólares, quase 20 vezes menor que a norte-americana (2 421), 4 vezes menos que a Venezuela (585) e cerca de 40% da Argentina (315). Em comparação necessitamos citar ainda a renda média da América Central (311) e a da América do Sul (200), sensivelmente maiores que a nossa.

Assim é que um operário brasileiro tem que expender de 6 a 8 vezes mais horas de trabalho que um norte-americano para comer o mesmo quilo de carne, e assim os exemplos se multiplicariam.

O resultado é fome, doença, pobreza, ignorância, baixa produtividade, ou seja, o subdesenvolvimento, o desafio de nossa geração.

#### 2.4. — *Os Recursos de Saúde*

Em nosso meio as atividades de saúde não são controladas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. Distribuem-se pelos governos estaduais e municipais, e, mesmo na área federal, praticamente todos os ministérios têm atividades de saúde.

Um exemplo significativo é o Orçamento de 1965, quando a Previdência Social do Ministério do Trabalho tinha dotações orçamentárias para assistência médica, duas e meia vezes superiores àsquelas do Ministério da Saúde.

O orçamento deste é reduzido. Em 1965 foi de mais ou menos 113 bilhões, representando apenas cerca de 3% do orçamento da República e dos menores em comparação aos demais países da América.

Criado em 1954 por uma divisão simplista do Ministério da Educação, o Ministério da Saúde atravessou momentos difíceis sob regime de pressões políticas a atuarem sobre sua ainda deficiente estrutura administrativa. Só ultimamente, entre a administração real de médicos e sanitaristas, é que foram tomadas firmes diretrizes na análise e solução de nossas graves problemas sanitários.

O nosso número de técnicos de saúde é deficiente. A tradicional formação es-  
colástica de nossas universidades necessita ser revista para adaptar-se às neces-  
sidades da nossa era tecnológica.

Temos 4,5 médicos por 10 mil habitantes, dos mais baixos índices da América,  
e isto é tanto mais significativo se considerarmos a sua distribuição em nossa  
extensão geográfica. Assim, por exemplo, no Maranhão, há 7,7 médicos por 10  
mil habitantes na capital, no interior este índice é de 0,1 e existem 91 municí-  
pios sem médicos.

Dos 718 municípios mineiros apenas metade conta com assistência médica,  
segundo os últimos dados do IBGE, apesar de existirem 15,4 médicos (10 em Belo  
Horizonte).

A situação mais grave se refere aos técnicos auxiliares. Por cada 10 ha-  
bitantes os Estados Unidos têm 29,6 enfermeiros e 34,2 auxiliares, enquanto possui-  
mos apenas meio enfermeira (0,5) e 6,2 auxiliares, demonstração clara da falta  
de planejamento do pessoal auxiliar.

Possuímos uma quantidade insuficiente de leitos hospitalares, em torno de  
3 por 1 000 habitantes, e nossa deficiência em número é menos significativa que  
a falta de tecnologia e de recursos para mantê-los em padrão adequado.

### 3. — CONCLUSÃO

De tudo o que foi dito resulta o conceito da *indivisibilidade* do progresso e do  
valor econômico da saúde.

Não será possível desenvolvimento sem saúde. Se tomarmos, por exemplo, a  
renda *per capita* da Venezuela (585 dólares) veremos que não oferece índices sa-  
nitários comparáveis com áreas nossas, de renda muito inferior.

Em 1952, ASSIS RIBEIRO, FERREIRA e BRAGA apresentaram à Organização Mun-  
dial de Saúde um estudo sobre o valor econômico da saúde. Neste estudo pro-  
curaram evidenciar o significado da perda ocasionada por:

— Doenças e outras deficiências físicas, que reduzem a produtividade do  
homem normal durante determinado período.

— Mortes prematuras, que, reduzindo o número de indivíduos aptos nos  
diversos grupos etários, baixam a produtividade.

Neste mesmo trabalho analisaram a curva de produtividade e de consumo da  
população, conforme o gráfico anexo.

Em trabalho realizado no ano passado, pareceu-nos significativo estudar esta  
curva junto à curva e coeficiente de mortalidade proporcional, a fim de dar uma  
expressão econômica significativa ao valor de saúde.

Verifica-se que até os 20 anos o consumo predomina sobre a produção. A  
partir desta idade o indivíduo ou a coletividade produz mais bens e serviços do  
que consome até aproximadamente os 55 anos, quando a curva sofre inflexão  
negativa.

Conjugando-se estes dados com os coeficientes de mortalidade proporcio-  
nal calculados por NÉLSON MORAES, verifica-se que 57% das perdas ocorreram até  
os 20 anos, em contraposição aos 9,8% verificados nos Estados Unidos e 3,5%  
observados na Suécia.

Índice mais fiel ainda nos foi sugerido por NÉLSON MORAES, utilizando as  
Tabelas de Sobrevivência onde se afere o percentual de óbitos do último pe-  
ríodo da vida, após o período produtivo mínimo.

Outro aspecto a considerar é relacionado à estrutura da população. Com o  
nosso crescimento, o percentual de nossa população jovem é maior, ou seja, maior  
número de pessoas a necessitar e consumir bens e serviços.

O significado deste ônus sobre o restante da população adulta e produtiva é  
inegável, quanto mais que em sua maioria é pobre, doente e de baixa produtivi-  
dade.



Por isso que os economistas ainda um dia considerarão a saúde como um investimento prioritário.

E até lá, a quem tiver ouvidos de ouvir, repetiremos as palavras de RENÉ SAND, o filósofo da medicina social:

“As reservas humanas são mais necessárias e preciosas que os capitais. O inventário social predomina sobre o balanço financeiro. As crianças ignorantes e mal nutridas, as mulheres fatigadas, os homens atrofiados pela doença e pela inércia, as existências sacrificadas constituem *deficit* social mais grave que os dos orçamentos públicos.

A produção, a moeda, o regime econômico representam um meio, e não um fim.

A finalidade da vida é a própria vida”.

### ANEXO I MORTALIDADE PROPORCIONAL DE VÁRIOS PAÍSES, EM ANOS PRÓXIMOS DE 1961

País	MORTALIDADE PROPORCIONAL				
	10 anos	1 a 4 anos	5 a 19 anos	20 a 49 anos	50 anos e mais
Venezuela.....	32,7	10,6	5,9	15,9	35,0
Japão.....	6,5	1,9	3,1	14,5	74,0
Holanda.....	4,3	1,1	1,7	7,4	85,5
Canadá.....	9,2	1,4	2,2	10,0	77,2
Estados Unidos 9,8%.....	6,3	0,9	1,6	10,6	80,6
Dinamarca.....	3,9	0,6	1,2	7,2	87,1
Itália.....	8,1	1,3	1,6	9,1	79,9
Suécia 3,5%.....	2,2	0,5	1,1	6,5	89,7
México.....	29,6	16,7	7,0	16,0	30,7
França.....	3,6	0,7	1,0	7,9	86,8
Inglaterra.....	3,2	0,5	0,8	6,3	89,2
Egito.....	36,3	25,2	4,0	8,2	26,2
Brasil (*) 57%.....	37	14	6	15	28
Colômbia.....	32,0	17,3	7,0	14,4	29,3
Celão.....	23,2	13,6	6,7	14,0	42,5

(\*) Estimativa baseada nos dados da Tabela 6.

### ANEXO II INDICADORES DE SAÚDE (Dados de 1965 do Ministério do Planejamento)

INDICADORES	Brasil	18 capitais brasileiras	México	Dinamarca	Estados Unidos
VIDA MÉDIA (Anos)					
— Ao nascer.....	54,8		59,6	72,0	70,9
— Na idade de 1 ano.....	60,7		63,4	72,6	71,8
MORTALIDADE GERAL.....	13,0	10,7	10,8	9,4	9,3
MORTALIDADE PROPORCIONAL					
0 anos.....	37,7		29,6	3,9	6,3
1 — 4 anos.....	14,0		16,7	0,6	0,9
5 — 19 anos.....	6,0		7,0	1,2	1,6
20 — 49 anos.....	15,0		16,0	7,2	10,6
50 e mais anos.....	28,0		30,7	87,1	80,6
Mortalidade infantil (por mil).....	112,0	78,3	74,2	21,5	26,0
Mortalidade por doenças transmissíveis (por mil).....	506,0	318,1	473,5	38,3	45,4