

## O PROBLEMA DOS DADOS DE ESTATÍSTICA VITAL, SOBRETUDO OS DOS ÓBITOS E NASCIMENTOS VIVOS, NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO <sup>(1)</sup>

Sugestões para a sua solução

Victório BARBOSA

---

Após caracterizar a importância dos dados de estatística vital em Saúde Pública, quando esta planeja, executa e avalia suas atividades assistenciais e sanitárias, são feitos comentários sobre estes dados no município de São Paulo, demonstrando que esses dados devem ser coletados, apurados e analisados segundo o critério sanitário. Somente assim poderão ser integralmente úteis às autoridades sanitárias. Isto não ocorre no município em tela. Portanto, sugere-se que no futuro as autoridades passem a colher esses dados segundo aquele critério; e, para isso, propõe-se, em virtude das razões apontadas no decorrer do trabalho, que o Serviço de Centros de Saúde da Capital venha a se encarregar desse mister, para o que, aliás, já foram tomadas as primeiras providências.

---

O Serviço de Centros de Saúde da Capital, da Secretaria da Saúde Pública do Governo do Estado de São Paulo, tem por objetivos a prevenção da doença e a promoção, conservação e recuperação da saúde da população do município homônimo, através das múltiplas e variadas atividades executadas pelas unidades sanitárias que o compõem.

Para a consecução prática, adequada e integral de tais objetivos, este Serviço depende basicamente de informações ou de dados sobre as questões de saúde de nossa comunidade. Sem estes elementos, não terá condições para desenvolver entre nós, em bases racionais, as três etapas fundamentais de seus trabalhos sanitários, como segue: a) planejar de conformi-

dade com a natureza e a amplitude dos problemas existentes; b) executar corretamente, em grau e qualidade, as atividades programadas e prioritárias; c) avaliar os resultados obtidos, visando a corrigir deficiências de planejamento ou de execução ou de ambos, seja para ampliar, restringir ou modificar certos tipos de trabalhos, seja para rever os critérios de prioridades para fazer frente a novos problemas que tenham surgidos.

Todos os que se têm interessado pelo estudo das questões de saúde da comunidade, admitem que o seu reconhecimento está estreitamente ligado à interpretação criteriosa do significado epidemiológico das estatísticas sanitárias e, dentre estas, particularmente, das vitais. A grande

---

Recebido para publicação em 23-10-1967.

(1) Da Cadeira de Epidemiologia da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP e do Serviço de Centros de Saúde da Capital da Secretaria da Saúde Pública do Governo do Estado de São Paulo.

maioria dos autores, entre os quais BERQUÓ & MILANESI<sup>2</sup> (1965), SCORZELLI<sup>13</sup> (1953), SWAROOP<sup>14</sup> (1960), GABALDON<sup>4</sup> (1965) e BARBOSA<sup>1</sup> (1967), acolhe também a idéia de que as estatísticas de mortalidade e, em última análise, as de óbitos, são as que, ainda hoje, se constituem em objeto de maior interesse e alcance prático para a saúde pública. Isto porque, dizem eles, são as mais completas e fidedignas na caracterização dos problemas de saúde comunal, na sugestão de medidas práticas para a sua solução e na avaliação dos resultados obtidos pela utilização destas medidas.

As conclusões do grupo de trabalho formado pela Organização Mundial da Saúde<sup>10</sup> (1957), presidido por Ira V. Hiscock, sobre os indicadores de saúde da comunidade, reafirmam o valor e a utilidade das estatísticas de óbitos, ou de mortalidade, nas mais diversas atividades de saúde pública. Estas conclusões, em síntese, foram as seguintes: a) a morbidade deve ser excluída na formulação de índices adequados à avaliação das condições de saúde das comunidades, porque, entre outras razões, sua fidedignidade quantitativa e qualitativa deixa muito a desejar, a coleta de seus dados têm múltiplas origens e, finalmente, seus dados oferecem má comparabilidade internacional; b) embora haja outros tipos de índices do nível de saúde (na verdade, a merecerem novos estudos) é, ainda agora, por meio dos indicadores baseados nos dados de mortalidade que procuramos apreciar o estado de saúde das populações. Estes indicadores, baseados na mortalidade, são classificados em dois grupos: a) *Indicadores globais*: razão de mortalidade proporcional, coeficiente de mortalidade geral e esperança de vida ao nascer; b) *Indicadores específicos*: coeficiente de mortalidade infantil e coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis. No primeiro grupo pode também ser incluída a curva de mortalidade proporcional de MORAES<sup>8</sup> (1957), ao passo que, no segundo, a mortalidade específica pelas principais cau-

sas de óbito, a mortalidade neonatal e a mortalidade infantil tardia, a mortalidade no grupo etário de 1 a 4 anos — por alguns autores denominada de mortalidade no pré-escolar — e, por fim, a percentagem de óbitos mal ou não definidos sobre o total geral de óbitos.

A definição, o conceito e as características epidemiológicas e sanitárias de cada um destes indicadores, acompanhadas de seu valor e utilidade na prática, não serão aqui apresentadas; de um lado, por fugirem aos nossos propósitos no presente estudo e, de outro lado, por já terem sido intensivamente abordadas em vários trabalhos, entre os quais os de SWAROOP & UEMURA<sup>15</sup> (1957), OMS<sup>10</sup> (1957), MASCARENHAS<sup>6</sup> (1961), RAMOS<sup>11</sup> (1962) e GABALDON<sup>4</sup> (1965). Todavia, deixamos aqui consignada a nossa intenção de, em futuro próximo, publicar uma série de trabalhos sobre os indicadores do nível de saúde do município de São Paulo, a partir de dados originais dos óbitos — dados de direito — de nossa Capital, diretamente coletados por nós pelo exame dos atestados dos óbitos registrados em seus Cartórios de Registro Civil.

Do exposto, evidencia-se claramente a íntima ligação entre os dados de mortalidade, os dos indicadores de saúde e a organização e funcionamento dos serviços de saúde pública. Este caráter de dependência é tão acentuado que não se pode conceber, no momento, a existência na coletividade, de serviços de saúde pública que, quanto à sua organização e funcionamento, não tenham sido baseados no estudo dos indicadores de saúde da localidade, fundamentados em dados fidedignos de mortalidade e, em última análise, de óbitos.

Assim sendo, aplicando-se estas idéias ao Serviço de Centros de Saúde da Capital, logicamente deveríamos esperar que este Serviço: a) tivesse sido criado com base nas necessidades sanitárias de nosso município, evidenciadas essencialmente pelos seus dados de mortalidade; b) desde então, até os dias de hoje, viesse planejan-

do, executando e avaliando as suas atividades assistenciais e sanitárias a partir daqueles dados, naturalmente de acordo com a época de sua coleta, apuração e análise; c) viesse se encarregando, êle próprio, da coleta desses dados diretamente nos Cartórios de Registro Civil e, numa etapa posterior, de sua apuração e análise. Vejamos, entretanto, a realidade a respeito!

Ao assumirmos a Diretoria do Serviço em apreço, há aproximadamente 7 meses, fizemos um levantamento e pesquisa especiais nos dados disponíveis em sua Seção de Controle Demográfico, a fim de verificarmos qual a natureza dos dados nela existentes, a partir dos quais deveriam vir sendo planejadas, executadas e avaliadas as suas atividades em proveito da saúde de nossa comunidade. Os dados que encontramos, em resumo, são os seguintes: a) número de comparecimentos e de atendimentos em cada um dos Serviços Básicos e Especializados, bem como o número de encaminhamentos, a partir desses Serviços, para maternidades, hospitais e outras instituições; b) número de cursos, de aulas, de reuniões de grupos, de palestras, de visitas domiciliares e de pessoas matriculadas no Serviço de Educação Sanitária; c) número de atestados de vacina e de saúde, de injeções medicamentosas, de curativos e de material para exame de laboratório; d) número de radioscopias, radiografias e roentgenfotografias, bem como o número de vistorias e intimações feitas pelos médicos e fiscais sanitários; e) número de crianças matriculadas no Lactário e número de latas de leite distribuídas; f) número de vacinas aplicadas de rotina ou através de campanhas de vacinação em massa.

Afora êstes dados, encontramos também algumas poucas referências, e assim mesmo muito irregulares no tempo, a casos de doenças transmissíveis diagnosticadas pelas unidades sanitárias que, estranhamente, não têm sido comunicados à Seção de Epidemiologia e Profilaxia Gerais da Secretaria da Saúde, órgão êste, oficial, responsável pela coleta, apuração e apre-

sentação dos dados relativos aos casos dessas doenças ocorridos na Capital. Finalmente, pudemos encontrar também dados sobre a desidratação, por sinal muito precários, provenientes dos Hospitais do Departamento Estadual da Criança e do Serviço de Educação Sanitária das Unidades do Serviço de Centros de Saúde da Capital.

Como se vê, os dados encontrados na Seção de Controle Demográfico do Serviço de Centros de Saúde da Capital, com exceção de uma pequena minoria — os de algumas doenças transmissíveis — são todos relativos ao atendimento proporcionado à população que comparece, ou outras vezes é procurada, às unidades sanitárias do referido Serviço. São dados, portanto, cujo valor e utilidade prática restringem-se à avaliação do movimento realizado pelas suas unidades, em sua labuta diária assistencial e preventiva, visando prevenir as doenças e promover, conservar e recuperar a saúde da população residente no município de São Paulo.

Nestas condições, êstes dados todos, disponíveis na Seção antes citada, nenhuma informação fornecem sobre o estado sanitário de nossa comunidade. Por conseguinte, obviamente, não podem ser utilizados para a caracterização dos problemas nela existentes, nem para o planejamento e execução das atividades de saúde pública prioritárias e, por fim, tampouco para a avaliação dos resultados obtidos pelo Serviço de Centros de Saúde da Capital em proveito da saúde de nossa metrópole, como decorrência da imensa gama e quantidade de atividades sanitárias que desenvolve.

Como, então, o Serviço de Centros de Saúde da Capital, não dispondo dos dados de estatística vital mínimos necessários, vem, desde o seu início até agora, desenvolvendo as três etapas básicas — antes citadas — de seus trabalhos sanitários no Município de São Paulo? Qual tem sido a tônica de orientação e comando na dinâmica do citado Serviço, quanto à ampliação de sua área de ação, à espe-

cificação de seus programas sanitários e à diversificação quantitativa e qualitativa de suas unidades sanitárias, visando a melhoria da saúde da população que vive em nossa metrópole?

A julgar do que temos podido observar e averiguar, desde que nos encontramos à testa de sua direção, o Serviço se louvou no empirismo; outras vezes, na repetição pura e simples, ano após ano, das atividades estabelecidas legalmente, durante a criação do Serviço<sup>12</sup> (1938), como essenciais e suficientes ao seu normal funcionamento. Por fim, em certas ocasiões que acreditamos terem sido pouco frequentes, as informações emanadas dos dados de estatística vital da Capital coletados por outros órgãos oficiais (os óbitos e os nascimentos coletados pelo Departamento de Estatística do Estado e os casos de doenças pela Seção de Epidemiologia e Profilaxia Gerais) ou, então, os elementos obtidos na consulta feita a trabalhos de nossos autores que estudaram as estatísticas vitais do município de São Paulo. Nas duas primeiras eventualidades, o Serviço de Centros de Saúde da Capital vem atuando em bases anti-técnicas e anti-rationais. Por isso, tem logicamente deixado de acompanhar a contínua evolução científica da Saúde Pública quanto às normas de organização e funcionamento de suas unidades sanitárias, em função das atuais e reais necessidades sanitárias do município de São Paulo. Nestes casos, o Serviço de Centros de Saúde da Capital, atuando em bases anti-técnicas, fundamentadas essencialmente em pressuposições, tem se tornado, cada vez mais, obsoleto em relação às atuais e reais necessidades sanitárias do município de São Paulo. Na última das citadas eventualidades, apenas aparentemente o Serviço em tela estaria se conduzindo de acordo com a moderna técnica sanitária quando, seguindo o que esta última tem estabelecido sobre a correta e racional sistemática de estruturação e trabalhos de um serviço de saúde a partir dos dados de estatística vital, tem procurado utilizar os dados de mortalidade da Capital na programação de suas ativida-

des. Dissemos aparentemente porque, neste caso, a conduta do Serviço em aprêço, embora acertada quanto ao fato de basear os seus trabalhos em dados de estatística vital locais, não tem sido inteiramente a desejável, em virtude das falhas e imperfeições dos nossos dados de estatística vital por êle usados, pelos motivos que veremos em seguimento.

Em trabalho anterior (BARBOSA<sup>1</sup> 1967), usando dados originais dos óbitos do município de São Paulo coletados diretamente por nós pelo exame dos atestados de óbito respectivos, tivemos a oportunidade de afirmar que: "as estatísticas destes eventos somente podem ser realmente úteis aos sanitaristas desde que apresentem certos requisitos mínimos. Elas devem ser completas e adequadas aos fins em vista; precisam ser bem coligidas e dignas de confiança; têm de expressar com precisão, e em termos da realidade local na época, os seus problemas sanitários, os programas de saúde já executados, em execução e a serem realizados; e, por fim, devem apreciar com fidedignidade os resultados alcançados pelos trabalhos do sanitarista em proveito da saúde da comunidade".

No mesmo estudo (BARBOSA<sup>1</sup> 1967), confrontando os dados dos óbitos acima referidos com os dos oficiais correspondentes, coletados e apresentados pelo Departamento de Estatística do Estado, pudemos verificar que êstes últimos não satisfaziam inteiramente àqueles requisitos, se considerados em função das necessidades do epidemiologista, do administrador sanitário e, enfim, de qualquer um dos especialistas da equipe de saúde pública. Isto, em linhas gerais, se devia a quatro motivos: a) são publicados com muito atraso; às vezes, até mesmo de 2 anos; b) não traduzem a real magnitude do nosso obituário, superestimando-o; c) não fornecem nenhuma informação que possa merecer crédito, sobre a distribuição dos óbitos pelas divisões político-administrativas de nossa metrópole; d) carecem de maior segurança qualitativa quanto à classificação dos óbitos segundo as causas de

morte, com base na Nomenclatura Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte, fato êste também apontado e demonstrado por MILANESI & LAURENTI<sup>7</sup> (1964) em cuidadoso estudo que fizeram sôbre o assunto.

Do exposto, naquela ocasião pudemos chegar às seguintes conclusões: “parece-nos ter ficado bastante claro o fato de que os óbitos do município de São Paulo, da forma como vêm sendo computados e apresentados, já de há muito, e ainda mais no presente, não se têm mostrado inteiramente adequados às necessidades atuais e reais da saúde pública local. Têm sido, na verdade, falhos em relação às necessidades de nossas unidades sanitárias, em seus mais variados setores de atividades tais como, em exemplos, nos de epidemiologia, de higiene materno-infantil, de administração. E estas falhas, por sua vez, têm-se feito sentir nos numerosos e diferentes propósitos desses setores de atividades, ou seja, nos estudos sôbre os múltiplos aspectos das causas de morte e de doenças que ocorrem entre nós, pesquisas sôbre os indicadores do nível de saúde do município, trabalhos dos administradores sanitários de nossa comunidade, além de outros”.

Portanto, qualquer que seja a eventualidade considerada entre as três antes aventadas, o Serviço de Centros de Saúde da Capital vem se conduzindo fora da nossa realidade sanitária, e de maneira confusa e desordenada, no planejamento, na execução e na avaliação de seus trabalhos. Transformou-se êle, com efeito, através dos tempos, em uma ampla rede de unidades sanitárias de vários tipos, geograficamente mal localizadas em nossa comunidade, insuficientemente dotadas de pessoal, material e recursos financeiros, freqüentemente desvirtuadas em suas finalidades, funcionando em regime anti-econômico e, por fim, em assincronismo com as verdadeiras necessidades sanitárias e assistenciais de cada um dos distritos e subdistritos que compõem a Capital. Em virtude disso, a despeito de sua gran-

de produtividade no sentido da quantidade de trabalhos realizados, tem sido êle, por outro lado, de baixo rendimento quanto aos resultados obtidos, com vistas ao bem-estar físico, mental e social da população residente no município de São Paulo.

Esta situação desvantajosa do município de São Paulo no concernente aos benefícios que sua população vem usufruindo, devidos à ação sanitária de nosso Serviço, precisa ser urgentemente modificada. E esta modificação, por sua vez, deve ser feita visando a estruturar melhor êste Serviço para que possa êle, em bases racionais e condizentes com os problemas de saúde prioritários da Capital, exercer sua ação sanitária de tal modo que seus resultados se traduzam em verdadeiros benefícios para a saúde da população residente no município.

Para que isto seja possível, conforme pudemos demonstrar antes, o nosso Serviço necessita dispor, antes de mais nada, de dados fidedignos de estatística vital do município de São Paulo que, adequadamente analisados, permitam-lhe determinar os indicadores de saúde de nossa comunidade, tanto em seu todo como em suas partes — distritos e subdistritos. E isto, uma vez conseguido, levá-lo-á, sem dúvida, a caracterizar a atual situação de nosso município no que concerne aos seus problemas de saúde, seja em relação à sua natureza, extensão e profundidade, seja em relação à identificação dos principais e prioritários para, daí em diante, planejar em bases concretas, executar com segurança suas atividades e acuradamente avaliar, no futuro, os benefícios advindos de sua ação sanitária na Capital.

Isto pôsto, é preciso agora encontrar as respostas para as seguintes perguntas: 1) Quais os dados necessários para a determinação dos indicadores de saúde da Capital? 2) Quem deverá se encarregar da coleta, apuração, apresentação e análise desses dados? 3) Como poderá ser feita a coleta, apuração, apresentação e análise dos mesmos?

A resposta à primeira pergunta nos parece bastante fácil e óbvia, se nos lembrarmos dos indicadores de saúde alhures sugeridos, tanto os globais como os específicos, e das fórmulas que os definem matematicamente. Com base neste ponto de referência vemos que os dados necessários para o cálculo desses indicadores são os seguintes: a) óbitos do município de São Paulo, segundo as causas de morte, sexo, idade e côr, classificados pelo local de residência (dados de direito); b) população residente no município de São Paulo (população de direito), segundo o sexo, idade e côr, classificada pelas divisões político-administrativas da Capital; c) nascidos vivos no município de São Paulo, segundo o sexo e côr, classificados segundo o local de residência dos pais (dados de direito). Evidentemente, tanto os óbitos como a população e os nascidos vivos devem também ser classificados cronologicamente, na base de dias, meses e anos calendários.

Podemos perceber pela observação do que dissemos no parágrafo anterior que os óbitos, os nascimentos vivos e a população, indistintamente, devem ser classificados pelo local de residência. Tal se deve ao fato de que no caso particular dos sanitaristas, que evidentemente se preocupam fundamentalmente com a evolução sanitária da comunidade, a classificação desses dados deve obedecer a um critério sanitário que, além de caracterizá-los com base na fixação do homem ao quadro territorial sob suas vistas e atividades, encara-os de um ponto de vista essencialmente médico, sanitário e técnico, que lhe é próprio, separando-o daquele meramente numérico do critério puramente demográfico.

No que tange à resposta para a segunda pergunta antes formulada, inicialmente destaca-se o fato de que ela deve ser desmembrada em duas partes: uma relativa aos óbitos e nascidos vivos e, outra, à população. Além disso, face ao que dissemos, deve ser obtida integralmente em função do critério sanitário antes apontado. Ainda mais, por fim, precisa

ser calcada na necessidade da aplicação deste critério àqueles dados, consoante as áreas político-administrativas em que se encontra subdividido o município de São Paulo; isto, em virtude da extrema heterogeneidade sócio-econômico assistencial e sanitária destas áreas, quando comparadas entre si, para por em destaque as diferentes modalidades de situação sanitária próprias de cada uma delas e, assim, permitir ao nosso Serviço exercer os seus programas sanitários através das medidas específicas indicadas para cada caso, no local certo e na época certa.

Em outras palavras, simplificando o nosso ponto de vista, antes de encontrarmos a resposta definitiva para esta pergunta precisamos, a fim de podermos contar com os pontos de orientação que nos levem com segurança à obtenção daquela resposta, tecer algumas considerações sobre o que dissemos no parágrafo anterior, quanto aos óbitos, nascidos vivos e população e ao critério sanitário, uns e outros, segundo os distritos e subdistritos do município de São Paulo.

Entre nós, os dados de população são obtidos primariamente através dos recenseamentos, operação oficial e regulada por lei que o precede, realizada de 10 em 10 anos — nos anos terminados em zero. Assim sendo, os dados populacionais intermediários e posteriores ao censo são conseguidos através de estimativas por interpolação e extrapolação, para as quais nos socorremos de diferentes processos estatísticos e matemáticos. Infelizmente, os recenseamentos já realizados no município de São Paulo, aliás, iguais aos dos demais Estados do Brasil, apesar das reiteradas solicitações de nossas autoridades sanitárias, não têm adotado o critério sanitário. Como conseqüência, não dispomos dos dados populacionais da Capital suficientemente diversificados qualitativamente para permitirem ao nosso Serviço, relacionando-os com os óbitos e os nascidos vivos de nossa comunidade, estabelecer os coeficientes representativos dos indicadores de saúde locais.

Assim, em exemplos, os recenseamentos feitos entre nós, até agora, não classificam analiticamente, ou seja, em termos de interdependência, a nossa população segundo o sexo, idade e côr; têm se limitado à apresentação destes atributos isoladamente, em tabelas simples, nas quais nenhuma relação se pode estabelecer entre os mesmos. Além disso, não têm apurado e nem apresentado a população do município de São Paulo, segundo o sexo, a idade e a côr, pelos distritos e subdistritos da Capital, divisões estas que, sem dúvida, se constituem, especialmente no caso particular de nossa metrópole, pelas razões antes apontadas, na menor unidade administrativa e de saúde pública, ou seja, na unidade de trabalho dos serviços de saúde, quanto à determinação dos problemas sanitários e assistenciais, à programação da ação sanitária, à execução desta última e, finalmente, à avaliação dos trabalhos realizados. Ainda mais, êsses recenseamentos pouca importância têm dado à apresentação de nossa população "de direito", justamente aquela que mais de perto interessa à saúde pública. Afora isto, por último, os dados dos recenseamentos no Brasil e no município de São Paulo, como regra têm sido publicados com enorme atraso, geralmente de 4 ou 5 anos, inconveniente êste de óbvias consequências na prática que, por isso mesmo, dispensam maiores explicações.

O que acabamos de expor em relação aos dados da população da Capital, obtidos nos recenseamentos feitos entre nós, aplicam-se, evidentemente, aos que ficamos conhecendo através das estimativas populacionais, feitas a partir daqueles dados. Por conseguinte, mercê destas falhas e imperfeições dos dados populacionais oficiais disponíveis, tanto os dos recenseamentos como os das estimativas, encontram-se os nossos administradores sanitários em dificuldades tôdas as vêzes em que, na prática, necessitam desses dados para o cálculo dos indicadores de saúde de nossa comunidade. É preciso, então, ser encontrada uma solução a respeito. Há necessidade de que encontremos um

meio exequível na prática, não oneroso e nem por demais trabalhoso que, a par disso, forneça resultados seguramente fidedignos, através do qual possamos, em intervalo de tempo relativamente curto, obter os dados que precisamos sobre a população de nosso município, de acôrdo com as características sanitárias antes estipuladas.

Acreditamos na concretização desta possibilidade, dentro de pouco tempo, desde que nos disponhamos a programar e a executar um levantamento por amostragem de nossa população. Somos de opinião, também, que o próprio Serviço de Centros de Saúde da Capital, sem prejuízo de suas atividades assistenciais e sanitárias, poderia realizar o aludido levantamento, através do seu atual corpo de funcionários, contanto que para isso fôsse êle previamente preparado quanto ao treinamento do seu pessoal, e devidamente aparelhado às suas necessidades de material e recursos financeiros.

No que diz respeito aos nascimentos vivos e aos óbitos, estatísticas vitais organizadas em forma numérica, partindo das Atas do Registro Civil (ONU<sup>9</sup>, 1953), êstes eventos são aqueles que, por definição, devem ser conhecidos e anotados diária e continuamente, à medida que vão ocorrendo, quanto ao local, ao momento e à maneira com que surgiram. O critério que deve prevalecer na elaboração destes dados deve ser, como já o dissemos antes, um critério sanitário. Isto porque, desta maneira, as autoridades sanitárias, quando tiverem de utilizá-los para propósitos práticos, auferirão as seguintes vantagens: a) disporão diariamente desses dados, porque o referido critério exige a coleta diária dos mesmos, acompanhada simultaneamente com inquéritos e esclarecimentos julgados oportunos para a correção imediata das omissões ou falhas neles verificadas; b) poderão tomar conhecimento imediatamente da ocorrência desses eventos, ganhando, dessa maneira, um tempo precioso na caracterização epidemiológica dos problemas de saúde

que estão surgindo e, por conseguinte, podendo aplicar precocemente as medidas de profilaxia específicas e necessárias; c) contarão com dados desses eventos que, além de trazerem em si os aspectos médico-sanitários que os envolvem, lhes propiciarão o conhecimento de dados rigorosamente comparáveis das diferentes divisões político-administrativas da comunidade.

É tão patente e indiscutível a necessidade da adoção deste critério na elaboração dos dados dos nascimentos vivos e dos óbitos que, já de há muito tempo, a Nona Conferência Sanitária Panamericana assim encarou a questão quando recomendou que os serviços demográficos do censo e das estatísticas vitais, tanto nas cidades como nos campos, devem ser organizados segundo o critério sanitário.

Estas recomendações tornaram-se ainda mais insistentes, precisas e taxativas na 10.<sup>a</sup> Conferência Sanitária Panamericana<sup>3</sup> (1939), quando “recomendou-se aos países americanos, que ainda não tinham adotado tal medida, a declaração obrigatória às autoridades sanitárias de todos os nascimentos e, ainda mais, que se generalizasse a prática de se colocar o Serviço de Estatística Vital no Departamento de Saúde Pública”. No mesmo sentido se pronunciou a Seção de Informes Epidemiológicos e de Estatística Vital da Sociedade das Nações. HERNANDEZ<sup>5</sup> (1959), posteriormente, situando-se entre os que assim pensavam, disse o seguinte: “Este critério é o que prevalece na atualidade. Compreende-se, pois, porque que nos países que se encontram na vanguarda em matéria de saúde e higiene, a Estatística Vital se encontra exclusivamente sob a dependência do Departamento de Saúde”.

Isto estabelecido, vejamos alguns exemplos práticos que ilustram bem o que acabamos de dizer sobre os nascimentos e os óbitos, considerados pelo critério sanitário antes descrito. No caso dos dados de natalidade, a coleta e o controle desses dados diariamente pelos órgãos do Departamento de Saúde permitirão aos seus

serviços de Puericultura e Higiene materno-infantil, a visita imediata e precoce a cada recém-nascido, a vigilância de sua amamentação e peso, a imunização contra a tuberculose e a prevenção de doenças graves como a oftalmia neonatorum, o tétano infantil, as conseqüências da heredosifilis, etc. Além disso, educar sanitariamente a mãe, quer em relação aos cuidados consigo mesma, quer quanto aos cuidados relativos à primeira infância, o que resultará, sem dúvida, em se evitar a perda de um grande número de vidas infantis. Afora isto, os serviços antes referidos terão o ensejo de, seguramente, distribuir precocemente e a todas as crianças da localidade as cadernetas de vacinações em que, no futuro, de maneira fácil e sem solução de continuidade, poderão as autoridades sanitárias locais conhecer, com fidedignidade, o estado imunitário da população residente na área sob sua jurisdição, desde que sejam anotadas todas as imunizações recebidas pelas crianças durante a sua infância.

Quanto aos óbitos, a sua coleta diária pelos serviços de saúde permitirá, a estes últimos, estar contínua e constantemente a par de todos os óbitos, especificados por causas de morte, ocorridos na véspera ou na antevéspera na população e, afora isto, dispor de condições para: a) executar com rapidez e eficiência as medidas imediatas de desinfecção, isolamento, profilaxia coletiva, etc. ..; b) medir o valor científico e técnico das declarações de óbito, das quais derivam as estatísticas de óbitos, pois perante diagnósticos incompletos ou duvidosos firmados nessas declarações, a autoridade sanitária é a única que, em virtude de possuir os conhecimentos médicos e sanitários necessários, pode pedir ao médico declarante a correção do diagnóstico, informações sobre os exames de laboratório, de Raio X, ou ordenar a autópsia, para dar o máximo de valor técnico à declaração de óbito, transformando-a em um material crú de valor estatístico e prático; c) classificar corretamente as declarações de óbito, segundo as causas de morte, de acordo com a

Nomenclatura Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte, para fins de comparação internacional; d) determinar com exatidão, através do exame do atestado de óbito e verificação na prática para correção de omissões ou imperfeições, a duração da residência do falecido na localidade onde se deu o óbito, visando classificar a mortalidade pelo local de residência (dados de direito); e) poder descobrir ou então prever a proximidade de uma epidemia ou de um perigo sanitário qualquer, para a pronta e oportuna aplicação das medidas gerais ou específicas de profilaxia cabíveis.

As ponderações feitas, e os exemplos apresentados, sobre a aplicação do critério sanitário aos nascimentos e aos óbitos foram, ao nosso ver, bastante claras e elucidativas no sentido de mostrar que esses fatos vitais, de capital importância para a saúde pública, graças à quantidade e qualidade de informações que a esta última podem fornecer para a programação, execução e avaliação de seus trabalhos, devem ser coletados diretamente pelas autoridades sanitárias. Já vimos, por outro lado, que no caso particular do município de São Paulo tal não vem ocorrendo no que diz respeito aos óbitos, eis que estes eventos chegam ao conhecimento de nossos sanitaristas, de segunda mão, passando antes pelo Departamento de Estatística do Estado, órgão este, pertencente à Secretaria de Planejamento do Governo do Estado de São Paulo, encarregado oficialmente da coleta, apuração e apresentação desses dados. A mesma coisa vem ocorrendo com os nascimentos que se deram a ver em nossa Capital, cujos dados somente de modo indireto chegam ao conhecimento das nossas autoridades sanitárias pois, a exemplo dos óbitos, são coletados e apresentados pelo citado órgão que, por sua vez, os recebe mensalmente dos Cartórios de Registro Civil. Estes dados dos nascimentos também se ressentem dos mesmos defeitos que os dos óbitos, já apontados, quanto ao atraso com que são dados à público, à sua

classificação segundo os distritos e subdistritos da Capital e ao seu valor quantitativo ao medir a nossa natalidade, à qual geralmente, traduz subestimativamente.

Nessas condições, torna-se imperativa a necessidade de que no município de São Paulo, com vistas ao imediato, seguro e real aproveitamento desses dados pela saúde pública local, com tôdas as consequências benéficas para a saúde de sua população, passem eles a ser diretamente coletados, classificados e analisados pelas nossas autoridades sanitárias. Somente se isto for feito é que poderão, estas últimas, ao ter de utilizá-los em seus labores práticos, alcançar de modo objetivo, correto e seguro, o sucesso na nobre missão de promover, melhorar e recuperar, como também bem zelar, pela saúde da nossa comunidade.

Ora, o Serviço de Centros de Saúde da Capital, devido à sua própria natureza, aos seus objetivos básicos, à formação técnica e administrativa de seu pessoal, à sua possibilidade de cobrir todos os pontos de nosso município — considerados em conjunto ou isoladamente, em virtude do grande número de suas unidades sanitárias espalhadas por todo o território de nossa metrópole — é justamente aquela que, dentre os nossos órgãos oficiais e de saúde, apresenta melhores condições para promover a coleta direta e a análise subsequente dos dados dos óbitos e nascimentos entre nós ocorridos, de conformidade com o critério sanitário antes estabelecido. Desta maneira, acreditamos ter encontrado a resposta completa e definitiva, conforme nos havíamos proposto fazer, para a segunda das perguntas antes formuladas: Quem deverá se encarregar da coleta, apuração, apresentação e análise desses dados?

Como etapa derradeira deste trabalho, abordaremos apenas em linhas gerais, como poderia o Serviço de Centros de Saúde da Capital fazer a coleta, apuração e análise dos dados dos óbitos e nascimentos ocorridos em sua área de ação? Dei-

xamos de lado propòsitadamente, o problema da coleta, apresentação e análise dos dados da população de nossa comunidade, necessários para o cálculo de seus indicadores de saúde, pelo fato de já têmos anteriormente expendido o nosso ponto de vista a respeito. É nossa intenção fazer um estudo mais detalhado e profundo sôbre o mesmo tópic, em trabalho a ser publicado pròximamente.

Atualmente somos de parecer que o Serviço de Centros de Saúde da Capital, a despeito das limitações pelas quais vem passando, devido aos cortes de verbas que tem sofrido por causa da política de recuperação econômico-financeira que o Governo do Estado, em boa hora vem adotando, encontra-se em condições de realizar, por si próprio, aquela tarefa, em etapas sucessivas, sem prejuizo de suas demais atividades. Pensamos também que tal ,na primeira etapa, não deva ser feito na extensão e profundidade que seria de se desejar, mas sim, apenas, com o fito de um levantamento preliminar dèsses dados. Com isto, além de têmos uma idéia dos valôres atuais dos indicadores de saúde da Capital, poderemos colher elementos e adquirir experiência prática e local que nos permitam, com segurança, numa segunda etapa, planejar em definitivo um levantamento por amostragem da nossa população e, simultâneamente, um sistema racional de coleta, apuração, apresentação e análise dos dados dos óbitos e nascimentos ocorridos no município de São Paulo, com base no critério sanitário.

Partindo dèste ponto de vista, o Serviço de Centros de Saúde da Capital já deu os primeiros passos no sentido do planejamento e execução do levantamento preliminar acima citado. Para tanto, dentro de sua atual organização e distribuição de suas unidades sanitárias pelo nosso município, vinculou as áreas de trabalho assistencial e sanitário destas últimas às áreas político-administrativas do município, entrou em contato com quem de direito, no sentido de conseguir o acesso de seus funcionários aos Cartórios de Registro Ci-

vil. Manteve os primeiro contatos com o Departamento de Estatística Aplicada da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, visando a constituição de um grupo de trabalho técnico e especializado, formado por alguns de seus elementos e pelo autor dèste trabalho, para planejar o levantamento em tela, treinar o pessoal das unidades sanitárias que irão executá-lo, estabelecer normas de supervisão dos trabalhos executados e, por último, promover a apuração e a análise rigorosa e científica dos resultados obtidos.

Em razão de tudo que dissemos até agora, parece-nos seguro admitir que, assim pensando e também agindo, nós, que no momento temos a responsabilidade de dirigir o Serviço dos Centros de Saúde da Capital, estaremos seguramente contribuindo — ao menos em parte — para que êste Serviço, desde já, comece a se enquadrar nas normas estabelecidas pela moderna e racional técnica sanitária, quanto ao desenvolvimento das três, etapas básicas de seus trabalhos sanitários em nossa comunidade — planejar, executar e avaliar a partir de dados adequados e fidedignos. Isto, sem dúvida, se constituirá no marco inicial para a obtenção, no futuro, de verdadeiros benefícios para a saúde de nossa população, através da ação assistencial e sanitária do Serviço em aprêço

#### S U M M A R Y

After characterizing the importance of vital statistics in Public Health when this last one plans, performs and estimates its sanitary and assistance activities, he comments these data in the county of São Paulo, Brazil. In his comments he shows that these data showed be collected, tabulated and analyzed according to the sanitary criterion, because only in that way can they be totally useful to sanitary officials. This does not happen in the county of São Paulo. Therefore, he suggests that in the future the health officials collect these data using that criterion

and, in order to reach that goal — because of the reasons mentioned on this paper — he suggests that the S. Paulo Health Centers Service showed take charge of this task and — by the way — the first steps have already been taken.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARBOSA, V. — *Estudo comparativo entre os óbitos "de fato" e "de direito" no município de São Paulo*. São Paulo, 1967. 86p. (Tese de livre-docência — Fac. Hig. Saúde Públ. USP)
2. BERQUÓ, E. S. & MILANESI, M. L. — *Estatística vital*. São Paulo, FHSP, 1965. (cap.) 1.1.8, p. 8.
3. CONFERÊNCIA Sanitária Panamericana, 10a, Bogotá, 1938. Actas... Washington, D.C., Oficina Sanitaria Panamericana, 1939. (OPAS-Publicación 136).
4. GABALDON, A. — "Indicaciones dadas por las estadísticas vitales". In: — *Una política sanitária*. Caracas, Ministério de Sanidad y Asistencia Social, 1965. v. 1, p. 194 — 223.
5. HERNANDEZ, R. de S. — *La estadística aplicada a las ciencias biológicas*. Caracas, Ed. Grafos, 1959 623 p.
6. MASCARENHAS, R. dos S. — Indicadores do nível de saúde para regiões subdesenvolvidas. *Arq. Hig. Saúde públ.*, S. Paulo, 26(90):291-303, dez. 1961.
7. MILANESI, M. L. & LAURENTI, R. — O estudo interamericano de mortalidade em São Paulo. I. — Estado atual da certificação médica da causa de óbito no distrito da Capital. *Rev. Assoc. méd. bras.* 10(5/6):111-116. maio/jun. 1964.
8. MORAES, N. de A. — Níveis de saúde de coletividades brasileiras. *Rev. Serv. Saúde públ.*, Rio de Janeiro, 9(2): 215-222, dez. 1957.
9. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS Statistical Office. — *Principles for a vital statistics system. Recommendations for the improvement and standardization of vital statistics*. New York, 1953. 24 p. (Statistical papers, Series M, n.º 19).
10. ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTÉ — La mesure de niveaux de santé: rapport Genève, 1957. 34p. (*Ser. Rap. techn.*, 137).
11. RAMOS, R. — *Indicadores do nível de saúde: sua aplicação no município de São Paulo, 1894-1959*. São Paulo, 1962. 136 p. (Tese de doutoramento — Fac. Hig. Saúde Públ. USP).
12. SÃO PAULO (Estado). — Leis, decretos, etc. Decreto n.º 9273, de 28/VI/1938. In: Coleção das Leis e Decretos do Estado de São Paulo, 1938, v. 38.
13. SCORZELLI Jr., A. — *Estatística aplicada à medicina*. (Salvador) Fundação Gonçalo Moniz, 1953. 162 p.
14. SWAROOP, S. — *Introduction to health statistics*. Edinburg, Livingstone, 1960. 343 p.
15. ——— & UEMURA, K. — Proportional mortality of 50 years and above: a suggested indicator of the component health, including demographic conditions in the measurement of levels of living. *Bull. Wld. Hlth. Org.*, 17(3): 439-481, 1957.