

O Novo Regulamento Sanitário Internacional

Trad. de OTÁVIO OLIVEIRA PAES

(Original da Organization Mondiale de La Santé — Genebra — Suíça)

A ADOÇÃO do novo Regulamento Sanitário Internacional (Regulamento n.º 2 da OMS), destinado a substituir tôdas as convenções sanitárias existentes, pode ser considerada a obra capital que a Organização Mundial de Saúde realizou desde a sua instituição. Com efeito, apesar da divergência dos interesses em jôgo, não obstante as dificuldades devidas à diversidade das condições sanitárias no mundo, apesar das situações sempre novas criadas pela rapidez crescente das comunicações internacionais, apesar dos progressos contínuos em nossos conhecimentos sôbre a profilaxia das moléstias infecciosas — elementos que dificultam a cristalização “atual” de uma regulamentação sanitária internacional — o Regulamento foi adotado por unanimidade pela Quarta Assembléia Mundial da Saúde. Êste resultado deve-se, em grande parte, à coordenação adequada que a Organização Mundial de Saúde realizou entre os trabalhos de diversos *comités* de técnicos de renome mundial e de vários juristas eminentes. A elaboração do novo Regulamento sanitário foi igualmente facilitada pela experiência adquirida na aplicação de convenções sanitárias anteriores e pelas opiniões dos governos aos quais o projeto havia sido enviado para estudo.

O evidente desejo de impedir, pela aplicação de convenções sanitárias, a introdução e a propagação de doenças pestilenciais — desejo êsse que, há longo tempo e mais especialmente desde um século, animava as administrações sanitárias de todos os países do mundo — estava inicialmente condenado ao fracasso, pela ausência de bases científicas. Exemplificando, a questão de saber se a propagação da cólera se efetuava realmente pela água e pelos alimentos era outrora resolvida por um simples voto. Mais tarde, ainda que o avanço dos conhecimentos bacteriológicos permitisse dar às convenções sanitárias bases mais sólidas, a lentidão com que se processava a ratificação destas diminuía muito o seu valor. Dessa forma, passaram-se anos antes que as Convenções de 1912 e de 1926 fôsem ratificadas por certos países. Enquanto numerosos países adotavam novas convenções, outros estavam ainda a aplicar as mais antigas. A criação da OMS permitiu extinguir definitivamente êste caos. Para isso, o ar-

tigo 22 da sua Constituição prevê que um regulamento adotado pela Assembléia Mundial da Saúde entra em vigor após simples notificação por todos os Estados Membros, à exceção daqueles que, em um prazo determinado, expuserem suas reservas ou recusas.

Pelo novo Regulamento sanitário atual, foi prevista uma maneira que permite fazer nêle próprio, por meios análogos, as modificações necessárias para que não contenha cláusulas obsoletas. Igualmente, se sua aplicação apresenta dificuldades, novas disposições poderão ser aí introduzidas.

HISTÓRICO DO NOVO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL

Um dos primeiros cuidados da Comissão Interina da OMS foi a criação, em 1947, de *comités* de técnicos encarregados de estudar as questões de epidemiologia e de quarentena, e em particular a revisão das convenções sanitárias.

A reunião, em Alexandria, de um grupo de técnicos encarregado de examinar a questão do contrôle sanitário da peregrinação a Meca (1) e a convocação de uma comissão de técnicos da quarentena em outubro de 1947, (2) por ocasião da epidemia de cólera no Egito, estiveram entre as primeiras realizações nesse domínio. Por outro lado, a Comissão Interina constituiu uma junta de técnicos para a luta internacional contra as epidemias, à qual devia incumbir o trabalho de preparar a reelaboração da legislação sanitária internacional. (3) Preocupou-se ela igualmente, desde o início, dos meios de assegurar a rápida difusão regular das informações epidemiológicas com relação às doenças pestilenciais. (4)

Em 1948, a Primeira Assembléia Mundial da Saúde decidiu que os diversos *comités* seriam fundidos em um organismo único, denominado “Comité de técnicos da Epidemiologia Interna-

(1) Chron. Org. mond. Santé, 1947, 1, 96.

(2) Chron. Org. mond. Santé, 1947, 1, 156.

(3) Chron. Org. mond. Santé, 1947, 1, 130.

(4) Chron. Org. mond. Santé, 1948, 2, 41.

cional e da Quarentena”, (5) que foi chamado a examinar as disposições das convenções sanitárias existentes e delas fazer um regulamento único que atendesse às exigências modernas. Este *comité* de técnicos reuniu-se várias vezes a partir de então, (6) e manteve contato permanente com os outros *comités* de técnicos encarregados do estudo dos progressos realizados nos conhecimentos relativos a cada uma das chamadas “doenças de quarentena”: (7) peste, cólera, febre amarela, varíola, tifo exantemático e febre recorrente, sendo esta última objeto pela primeira vez de medidas quarentenárias. Com base sobre esses diferentes trabalhos, um projeto de Regulamento sanitário foi elaborado; após ter sido submetido, para observações, aos Estados Membros da OMS, foi ele examinado detalhadamente por uma comissão especial cuja criação havia sido decidida pela Terceira Assembléia Mundial da Saúde. (8)

A comissão especial encarregada de examinar o projeto de Regulamento sanitário internacional reuniu-se em Genebra, a 9 de abril de 1951, e suas sessões, em número de 40, continuaram até o dia 21 de maio. Esta comissão reunia, sob a presidência do Dr. M.T. Morgan, antigo presidente do Gabinete Internacional de Higiene Pública, delegados da maioria dos Estados membros da OMS, assim como representantes da Organização de Aviação Civil Internacional, da Associação Internacional de Transportes aéreos e da Associação Médica Mundial.

Duas tendências manifestaram-se durante as sessões da Comissão especial. Entendendo que o Regulamento devia trazer ao tráfico internacional o mínimo de entraves, certo número de delegados era de opinião que as medidas de quarentena deviam ser limitadas o mais possível. Além disso, essa concepção apoiava-se no princípio de que as barreiras quarentenárias excessivas não são eficazes contra a introdução de doenças, e que os Estados devem basear a profilaxia e a erradicação das doenças de quarentena sobre uma estrutura adequada de seus serviços de saúde pública. A esta tendência opunham-se os delegados dos países cujas populações são particularmente receptivas da febre amarela e da cólera; esses desejavam, ao contrário, o reforço das disposições contra essas doenças. Os diversos pontos de vista puderam, entretanto, ser conciliados amplamente e, como disse o Dr. Morgan, modificações serão gradualmente introduzidas no Regulamento acompanhando os progressos da ciência e as aquisições trazidas pela experiência. (9)

(5) Chron. Org. mond. Santé, 1948, 2, 199.

(6) Chron. Org. mond. Santé, 1949, 3,1; 1950, 4, 51; 1951, 5, 60.

(7) Depois da reunião da Com. Esp., assim se denominam as doenças “Pestilenciais.”

(8) Chron. Org. mond. Santé, 1950, 4, 249.

(9) Chron. Org. mond. Santé, 1951, 5, 197.

Durante as sessões da Comissão especial, foram cuidadosamente examinados os relatórios dos *subcomités* e dos grupos de trabalho, as notas apresentadas pelas delegações a respeito das diferentes questões relativas ao Regulamento, assim como cada artigo do próprio Regulamento. Um resumo das discussões será dado adiante. Além do projeto final do Regulamento, dez outros projetos de resoluções foram apresentados, a esse respeito, à Quarta Assembléia Mundial de Saúde pela Comissão Especial.

ANÁLISE DO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL

O Regulamento, como foi adotado, comporta dez títulos. Os três primeiros compreendem as definições, as notificações e as informações epidemiológicas, e à organização sanitária. Os dois títulos seguintes tratam das medidas sanitárias gerais visando a tôdas as doenças de quarentena e às disposições aplicáveis a cada uma delas em particular. Os outros títulos compreendem os documentos sanitários, os direitos sanitários, e, finalmente, as disposições diversas, finais e transitórias relativas à aplicação do Regulamento. Uma série de anexos fornecem modelos de diversos documentos: certificados internacionais de vacinação e revacinação, certificados de desratização e de isenção de desratização, declaração marítima de saúde. Dois anexos especiais referem-se ao controle sanitário da peregrinação a Meca e às normas de higiene e conforto a que devem obedecer os navios e aeronaves transportadoras de peregrinos.

AMPLITUDE E LIMITES DO REGULAMENTO

O Regulamento estipula que as medidas autorizadas constituem o máximo que um Estado pode exigir com relação ao tráfico internacional para a proteção do seu território contra as doenças epidêmicas. Esta disposição não permite subsistir nenhuma dúvida sobre o fato que toda medida que ultrapasse os limites prescritos constituiria, de fato, uma violação do Regulamento. Todavia, cláusulas foram previstas para que medidas especiais possam ser aplicadas em caso de urgência. Estas exceções, entretanto, aplicam-se somente às doenças epidêmicas “não quarentenárias”.

DEBATES RELATIVOS ÀS DOENÇAS QUARENTENÁRIAS

Dentre as doenças quarentenárias, sobretudo a febre amarela e a cólera foram objeto de longas discussões. Em vista dos progressos realizados na profilaxia do tifo e da febre recorrente, certas delegações julgavam que essas doenças eram de importância apenas relativa, e foram mesmo até propor a sua retirada da lista de doenças quarentenárias. Entretanto, esta proposição foi repelida, porque a ausência no Regulamento de disposições aplicáveis a essas duas moléstias

poderia acarretar a adoção de medidas excessivas a seu respeito em certas legislações nacionais.

Variola

Uma decisão muito importante foi tomada em relação à variola: um certificado de vacinação poderá ser exigido de toda pessoa efetuando uma viagem internacional, mesmo se ela não é proveniente de uma circunscrição infetada por variola. Funda-se esta decisão no princípio que cada um deve prestar seu concurso para a profilaxia desta moléstia, e que não é suficiente tomar medidas unicamente com relação às pessoas provenientes de regiões infetadas e, por consequência, com relação a essas únicas regiões; com efeito, pessoas não vacinadas indo a regiões onde existe ainda a variola podem assim, por descuido, favorecer aí a aparição de epidemias.

Febre Amarela

O artigo 74 do Regulamento prevê que, em uma zona de receptividade amarela, a autoridade sanitária pode exigir o isolamento de toda pessoa, efetuando uma viagem internacional e proveniente de uma região infetada, que não seja portadora de um certificado válido de vacinação contra a febre amarela. Igualmente o isolamento será feito durante a espera para a validade do certificado, ou durante seis dias a partir da data em que esta pessoa esteve pela última vez exposta à infecção. Antes de ser adotada, esta disposição motivou prolongados debates. Para os delegados de países tais como a Índia, o período mencionado de seis dias parecia nitidamente insuficiente. A Índia aparecia como particularmente receptiva à febre amarela. Seu representante encarou a possibilidade de a infecção amarela desenvolver-se após a vacinação sem provocar os sintomas habituais, e do vírus circular durante dois ou três dias no sangue da pessoa infetada. A infecção estaria então arriscada a propagar-se e acarretar uma verdadeira catástrofe na Índia ou em outros territórios da Ásia. O delegado da Índia desejava pois uma margem de segurança maior, por exemplo, um período de nove dias durante o qual se poderia isolar o viajante ao abrigo dos mosquitos. Entretanto, na opinião do Dr. Soper, Diretor do *Bureau Sanitário Pan-Americano* — que se consagrou durante uns vinte anos à luta contra a febre amarela — e de outros delegados, a febre amarela jamais se declara depois de seis dias na pessoa infetada, e a limitação das medidas a esse período jamais causou qualquer epidemia. Pode-se por conseguinte fixar o período de isolamento a seis dias.

A definição de zonas de endemia amarela deu lugar a discussões aprofundadas. No conjunto das doenças quarentenárias, a febre amarela ocupa um lugar de particular destaque. É ela a única que se faz objeto de uma delimitação nítida sob o aspecto da sua endemicidade. De mais a mais, as condições existentes nas zonas de endemicidade amarela enquadram-se na defini-

ção de uma circunscrição infetada; estas zonas estão pois sujeitas às medidas de quarentena. Pelo Regulamento, para definir essas zonas, pode-se basear na presença do *Aedes aegypti* ou de um outro vetor doméstico assim como sobre a persistência do vírus nos animais da floresta. Pela campanha de vacinação, como por outras razões, a imunidade à febre amarela no homem, posta em evidência pelo teste de proteção do coelho, encontra-se fora dos limites das zonas de endemicidade amarela; este critério não pode pois servir para a definição das zonas de endemicidade amarela. Um projeto de resolução foi apresentado à Quarta Assembléia Mundial de Saúde e aprovado por esta; tratar-se-á de estudar e definir os critérios técnicos que permitirão delimitar melhor as zonas de endemicidade amarela.

Cólera

Segundo o projeto de Regulamento, as pessoas vindas de uma circunscrição infetada pela cólera, sem estar munidas de um certificado de vacinação válido, eram obrigadas a vacinar-se ou permanecer sob vigilância (10) durante um período de cinco dias a partir da data de partida da circunscrição infetada. A delegação egípcia julgou a vacinação, isoladamente, uma medida insuficiente, e que era necessária a exigência da vigilância da pessoa vacinada. Em sua opinião, o desenvolvimento da imunidade requeria, pelo menos, sete dias, e a segurança fornecida pela vacinação não podia ser considerada absoluta. Decidiu-se então prever no Regulamento a possibilidade de colocar sob vigilância durante cinco dias as pessoas vindas de uma circunscrição infetada, mesmo se possuidoras de um certificado de vacinação, e de isolar as que não o possuíssem.

A questão do exame das fezes ou da biopsia retal, medidas que não podiam ser tomadas com relação às pessoas vindas de circunscrição infetada, se estas não apresentassem sintomas de cólera, foram igualmente estudadas. Segundo certos delegados, o valor dessas medidas é fraco, visto que uma pessoa convalescente de cólera não elimina vibriões virulentos senão dentro de um curto período que raramente ultrapassa cinco dias. O exame das fezes, sobretudo por ocasião de viagens marítimas durando no mínimo cinco dias, teria por conseguinte pouca significação. Na opinião de outros delegados, porém, o período de excreção de vibriões pode ser mais longo, não se podendo subestimar a importância dos portadores de germes. Pessoas apresentando fenômenos abortivos ou pré-clínicos de cólera seriam particularmente perigosas.

O exame bacteriológico é o único que permite a descoberta desses casos. Decidiu-se, todavia, que ninguém poderia ser submetido a uma biopsia retal e que somente em viajantes prove-

(10) Por "vigilância" entende-se a obrigação de permanecer uma pessoa em contato com a autoridade sanitária e de seguir as prescrições desta a seu respeito.

nientes de uma região infetada poderiam ser feitos exames de fezes durante o período de incubação da cólera, e assim mesmo apenas no caso de apresentarem sintomas que tragam suspeita dessa moléstia.

DEBATES RELATIVOS ÀS DISPOSIÇÕES GERAIS

Higiene e salubridade dos portos e aeroportos

O projeto de Regulamento enunciava as condições ideais às quais deviam responder os portos e aeroportos sanitários, quanto às possibilidades de desratização e desinsetização, ao isolamento dos casos infetados, ao serviço médico, etc. Por proposição da delegação britânica, as disposições sob esse título foram consideravelmente modificadas suavizando as cláusulas relativas à salubridade dos portos de modo que pudesse adaptar o Regulamento à situação que de fato existe em um grande número de portos e que corre o risco de não poder ser modificada em futuro próximo.

O representante da Associação internacional dos Transportes aéreos salientou o interesse que existe na preservação da saúde das equipagens das aeronaves e, por esse meio, em assegurar a regularidade e a segurança do tráfico. Isso importa em que, nas principais linhas aéreas, pelo menos, as regras sanitárias e de higiene sejam estritamente observadas, a fim de evitar atrasos conseqüentes de doenças que poderiam ser evitados (disenteria, intoxicações alimentares e gastroenterite, paludismo, etc.).

A Assembléia decidiu constituir conjuntamente com a Organização da Aviação Civil Internacional, um comité misto de higiene dos aeroportos, que estabelecerá normas de salubridade assim como um projeto de convenção internacional ou um regulamento suplementar de OMS sobre essa questão.

Aplicação do Regulamento

A comissão ocupou-se de uma proposição relativa à instituição de um conselho sanitário internacional, que seria encarregado de controlar a aplicação do Regulamento, com obrigação de estudar regularmente seu funcionamento e de endereçar à Assembléia Mundial da Saúde recomendando toda modificação útil. Uma outra proposição era tendente ao estabelecimento de um órgão jurisdicional que tomaria conhecimento das controvérsias provenientes de aplicação do Regulamento. Algumas delegações repeliram a idéia de uma comissão permanente, concordando em que a Assembléia poderia instituir uma comissão apropriada que, de tempos em tempos, se reuniria segundo as necessidades. A experiência demonstrou que quase todas as controvérsias internacionais resultantes da aplicação de convenções sanitárias puderam ser reduzidas pelo Diretor-Geral, e apenas uma proporção ínfima delas

foi submetida por decisão ao *Comité* de técnicos da Epidemiologia internacional e da Quarentena.

Foi por conseguinte decidido manter o mecanismo utilizado até aqui: incumbirá ao Diretor-Geral resolver as controvérsias que possam surgir e recorrer, em caso de fracasso, a uma comissão técnica qualificada. Esta poderia, outrossim, elaborar, em caso de necessidade, regulamentos suplementares relativos às doenças não consideradas no Regulamento número 2, e apresentar recomendações relativas às práticas e métodos técnicos capazes de facilitar às administrações sanitárias a aplicação do Regulamento. Essa comissão seria constituída de um núcleo de epidemiologistas e de especialistas da quarentena que seriam secundados, segundo as questões da ordem do dia, por técnicos em higiene dos portos e aeroportos, em direito internacional, em questões marítimas e aéreas. A comissão deveria poder assegurar para si a cooperação e as opiniões técnicas dos outros comités de especialistas e de grupos de estudos competentes da OMS notadamente no setor concernente às doenças epidêmicas, aos inseticidas, à sanidade.

Doenças Epidêmicas não Quarentenárias

Se o Regulamento se aplica especificamente às moléstias quarentenárias, alguns dos seus artigos estipulam que outras doenças epidêmicas podem ser objeto de certas medidas. Assim é que a prática livre pode ser recusada por motivos graves, notadamente em razão da existência de outras doenças epidêmicas a bordo de uma aeronave ou de um navio. A comissão julgou que outras doenças epidêmicas apresentavam uma tal importância, que seria talvez preciso elaborar ulteriormente novos regulamentos internacionais visando a certas doenças epidêmicas. Vários delegados foram de opinião que a invasão de seus países por tais doenças (Paludismo, p. ex.) apresentava perigo idêntico ao das doenças quarentenárias.

Entre as questões cujo estudo caberá ao Comité de técnicos da Epidemiologia internacional e da Quarentena, figuram as medidas que devem ser tomadas com relação às coletividades isoladas para protegê-las contra as doenças — a rubéola, — por exemplo — que embora banais, podem provocar alta morbidez e mortalidade.

Peregrinação a Meca

Cinco sessões, sob a presidência do Dr. Morgan, foram dedicadas à discussão da questão das medidas sanitárias da peregrinação a Meca, que constituem o Anexo A do Regulamento. Ao lado dos problemas epidemiológicos que comporta, a peregrinação foi sempre submetida a disposições mais severas do que as que são aplicadas ao tráfico internacional ordinário. Este regulamento especial será provavelmente suprimido futuramente, e a peregrinação será a partir de então submetida às mesmas disposições que o tráfico

normal. Depois que um certo número de peregrinos passou a chegar ao Hedjaz por via aérea, disposições especiais fizeram-se necessárias com relação às aeronaves. As normas às quais devem corresponder as aeronaves e navios que transportam os peregrinos foram reunidas no Anexo B do Regulamento. Os peregrinos são obrigados à vacinação contra a cólera e a varíola, e um certificado válido de vacinação contra a febre amarela será igualmente exigido dos provenientes de uma circunscrição infetada de febre amarela ou de uma zona de endemicidade amarela.

A partir da temporada de peregrinação de 1952, a estação de quarentena de Camaram, que era encarregada da visita dos navios de peregrinos com destino ao Hedjaz, por um caminho diferente do canal de Suez, será definitivamente fechada; suas funções serão retomadas pela estação sanitária atualmente em construção em Djeddah. O Governo do Reino Unido assegurou o funcionamento da estação de Camaram durante a peregrinação de 1951.

Publicação do Regulamento e os Relatórios da Comissão Especial

O novo Regulamento sanitário internacional está publicado com um índice na *Organização Mundial de Saúde: Série de Relatórios Técnicos*, sob o número 41. Os relatórios das sessões da comissão especial, o Regulamento, assim como os documentos essenciais utilizados pela Comissão especial, os relatórios da Subcomissão da peregrinação a Meca e os do *subcomité* jurídico, serão publicados nos "Atos oficiais da Organização Mundial da Saúde", n.º 37.

O Alcoolismo, Problema de Saúde Pública

Cada vez mais se reconhece que o alcoolismo deve ser encarado como um problema de saúde pública, mais do que como um mal social que se pode remediar por medidas legislativas e outros meios de ordem não médica. Quando em 1928 o Comité de Higiene da Sociedade das Nações empreendeu o estudo do alcoolismo como parte integrante de um problema de saúde mundial, seus esforços foram prejudicados pela incapacidade do grande público de considerar a questão do ponto de vista médico e sanitário. Estes dez ou doze anos foram, porém, marcados por grandes progressos que permitiram fazer entrar o alcoolismo no campo das pesquisas científicas e tratá-lo como uma doença que afeta a saúde física e mental da população adulta de numerosos países. Graças a êsses progressos, o *subcomité* do Alcoolismo do Comité de técnicos da Saúde mental, instituído pela OMS, pôde — quando se reuniu no mês de dezembro de 1950 — proceder a trocas de opinião fundando-se sobre dados objetivos e recomendar à Organização Mundial da Saúde e às administrações sanitárias nacionais medidas práticas destinadas a prevenir

e a tratar o alcoolismo. O relatório sobre os trabalhos e as recomendações deste subcomité foram recentemente publicados pela *OMS na Organização Mundial da Saúde: Série de Relatórios Técnicos*, sob o número 42.

Participaram desta sessão:

Membros:

Dr. S. Betheim, Clínica de Neuro-Psiquiatria da Universidade de Zagreb, Iugoslávia.

Professor L. E. Dérobert, Professor agregado à Faculdade de Medicina da Universidade de Paris, França (vice-presidente).

Dr. R. Fleming, Diretor da Clínica de Alcoolismo, Hospital Peter Bent Brigham, Boston, Mass., Estados Unidos. (Relator).

Dr. G. A. R. Lundquist, Professor adjunto de Psiquiatria, Médico-Chefe do Hospital Langbro, Estocolmo, Suécia. (Presidente).

Professor M. Mullerm, Professor de Psiquiatria, Médico-Diretor do Hospital de Nunsingen, Berna, Suíça.

Dr. M. Schmidt, Psiquiatra-Chefe, Instituto de Psiquiatria Legal, Departamento de Polícia, Copenhague, Dinamarca.

Secretariado:

Dr. G. Hargreaves, Chefe da Seção da Saúde mental, OMS (secretário).

Professor E. M. Jelinek, Conselheiro-Técnico em matéria de Alcoolismo, OMS, decano, Institute of Alcohol Studies, Universidade Texas Christian, Fort Worth, Texas, Estados Unidos da América (não pôde assistir a sessão por motivo de doença).

Dr. P. O. Wollff, Chefe da Seção de drogas produtoras de Toxicomania, OMS.

Terminologia

O subcomité definiu o termo "alcoolismo" como designando "toda forma de absorção de álcool que excede o consumo "alimentar" tradicional e comum, ou que ultrapassa o limite dos hábitos sociais próprios ao conjunto da coletividade considerada, quaisquer que sejam os fatores etiológicos responsáveis e a origem desses fatores; hereditariedade, constituição física ou influências fisiopatológicas e metabólicas adquiridas".

Do ponto de vista clínico, o desenvolvimento do alcoolismo comporta três estágios distintos, correspondendo a cada um prognóstico e tratamento diferentes. No primeiro estágio, designado pela expressão "Alcoolismo assintomático", o álcool desempenha um papel de calmante para o indivíduo perturbado por problemas de ordem física, psicológica ou social. Este uso gera neste novas preocupações, que conduzem por sua vez a excessos de bebida. As condições do verdadeiro alcoolismo encontram-se assim realizadas, e chega-se ao segundo estágio dito de alcoolismo inveterado (11).

(11) A este respeito, o Subcomité do Alcoolismo deu-se conta com grande interesse da definição de toxicomania adotada pelo Comité de drogas produtoras de toxicomania, e que é a seguinte: "A toxicomania é um estado de intoxicação periódica ou crônica, nociva ao indivíduo e à sociedade, gerada pelo consumo repetido de uma droga (natural ou sintética). Suas características são: 1) um

O terceiro estágio corresponde à aparição de uma doença orgânica ou de psicoses.

O *subcomité* do Alcoolismo discutiu a definição de outras expressões entre as quais:

1) a "tolerância", definida como uma aptidão determinada pela dose-limite de álcool que um dado indivíduo pode absorver sem que resulte daí uma alteração das funções fisiológicas.

2) o termo "curado", que não deveria ser empregado, porque aquele que já atingiu o estágio do alcoolismo inveterado não saberia voltar a ser um bebedor moderado; a "cura", no senso estrito da palavra é pois impossível. O *subcomité* sugeriu que se julgue da eficácia do tratamento pela proporção de casos "estabilizados" em lugar de "curados". Estabeleceu que os casos de alcoolismo inveterado não deveriam ser considerados como efetivamente estabilizados a menos que o sujeito permanecesse completamente abstinente durante dois anos pelo menos.

NECESSIDADE DE INFORMAÇÕES ESTATÍSTICAS

A avaliação estatística da frequência do alcoolismo torna-se difícil pela grande diversidade que se constata, nos diversos países, nos costumes e nos hábitos sociais a êsse respeito, no tipo de bebidas ingeridas e nos níveis médios de consumo de álcool. Entretanto, essas informações estatísticas são absolutamente necessárias, e o *subcomité* discutiu longamente êste aspecto do problema. Descreveu êle as diversas etapas que compreende o estabelecimento de estatísticas nacionais sobre a frequência do alcoolismo, ou seja: 1) a avaliação exata da mortalidade devida à cirrose hepática e ao alcoolismo agudo ou crônico acompanhado de complicações; 2) a procura dos meios de avaliar a importância da morbidez de origem alcoólica que se acompanha de psicoses, perturbações nervosas, etc.; 3) e a determinação do número de bebedores inveterados que não apresentam ainda lesões orgânicas definitivas. É particularmente difícil recolher dados dessas duas últimas ordens, e a reunião desses dados depende largamente da existência de meios de tratamento para os alcoólatras em diferentes estados da doença, porque êsses meios permitem a descoberta e o registro dos casos. É evidente, por exemplo, que é infinitamente mais fácil recolher dados suficientemente exatos sobre a frequência do alcoolismo em um país possui, como a Suécia, uma vasta organização para a recuperação dos alcoólatras, do que num país onde só é organizado o tratamento dos pacientes que atingiram a um estágio avançado.

invencível desejo ou necessidade (obrigação) de continuar a consumir a droga e de se abastecer dela por todos os meios; 2) uma tendência a aumentar as doses; 3) uma dependência de ordem psíquica (psicológica) e às vezes física com relação aos efeitos da droga. (Org. mond. Santé: Ser. Repp. tech. 1950, 21, 7. Também Chron. Org. Mo. S. 1950, 483.

O *subcomité* recomendou à OMS convocar uma reunião de alguns dos raros especialistas que têm estudado os problemas estatísticos do alcoolismo, de maneira que em sua próxima sessão possa êle dispor das conclusões desses técnicos. O *subcomité* examinou uma fórmula estabelecida na Universidade de Yale pelo Dr. Jellinek, para avaliar o número de alcoólatras crônicos portadores de complicações nos diferentes Estados dos Estados Unidos da América, fórmula que utiliza o número da população, as estatísticas de mortalidade e diversos outros dados. O *subcomité* reproduziu, em anexo ao seu relatório, um resumo dos princípios sobre os quais se baseia a fórmula do Dr. Jellinek, assim como as estimativas que se obtêm quando se procura determinar, por essa fórmula, o número de alcoólatras atingidos por complicações nos diferentes países.

Tratamento do Alcoolismo

Como já foi visto, o prognóstico e o tratamento diferem segundo o estado do alcoolismo apresentado pelo paciente.

No primeiro estágio do alcoolismo sintomático, é possível fazer desaparecer a causa subjacente que provocou o sintoma aplicando um tratamento psiquiátrico. Se isso é conseguido, o paciente poderá recomeçar a beber de maneira moderada e controlada, como o fazia antes do episódio alcoólico. Na segunda fase, a do alcoolismo inveterado, o paciente não deve esperar tornar-se novamente um bebedor moderado, e o objetivo terapêutico visado deve ser a abstinência total.

Meios de tratamento

Os países adiantados dispõem ordinariamente de meios de tratamento para os casos avançados de alcoolismo, e particularmente para os alcoólatras que apresentam complicações sob a forma de lesões orgânicas ou mentais definitivas. Para o tratamento dos casos de alcoolismo na primeira fase, impõe-se a existência de dispensário para consultas externas. Um dispensário desse gênero deveria, de preferência, ser ligado a um hospital geral bem organizado; poder-se-ia também encará-lo como estabelecimento independente. Êle não deveria, porém, ser associado a um hospital psiquiátrico especializado no tratamento das psicoses. Qualquer que seja a solução adotada, o dispensário deve ser concebido como uma instituição médica, com as relações que esta concepção implica entre médico e doente. Assim, o tratamento ambulatorio pode atingir bons resultados em grande proporção de casos recentes de alcoolismo, de maneira que o problema da hospitalização se apresente raramente. O dispensário antialcoólico deveria, de preferência, ser dirigido por um psiquiatra especializado no tratamento do alcoolismo; na falta desse especialista será chamado um médico geral que se interesse verdadeiramente pela questão.

O *subcomité* de Alcoolismo calculou que a organização, no conjunto do sistema hospitalar,

de uma rede de dispensários destinados ao tratamento ambulatorio do alcoolismo em suas primeiras fases poderia ser obtida com poucas despesas, utilizando as instalações existentes; pensa ele que tais serviços apresentariam não somente uma utilidade do ponto de vista terapêutico, como também ofereceriam interessantes possibilidades de estudo e de ensino.

Paralelamente à organização desses dispensários para o tratamento dos casos recentes, os serviços de saúde pública podem igualmente contribuir para elevar o nível médico e científico dos cuidados oferecidos nos estabelecimentos hospitalares para os casos avançados. O pessoal não médico em serviço nesses estabelecimentos deveria receber formação especial que lhes permitisse compreender o alcance dos problemas do alcoolismo, e sua atividade deveria ser exercida sob controle médico.

Métodos os tratamento

Pesquisas são necessárias para saber-se se fatores psicológicos ou fisiopatológicos estão na base do alcoolismo inveterado. Apesar de trabalhos recentes parecerem indicar que o alcoolismo inveterado depende talvez de um estado físico eventualmente de caráter constitucional, é indispensável recorrer à psicoterapia para remediá-lo; o alcoolismo sintomático grave, condição prévia do alcoolismo inveterado, é de origem ora psíquica, ora social, ora ainda psico-social. Na maioria dos casos, os métodos psicoterápicos podem ser completados por métodos de ação social.

Certos medicamentos podem ser coadjuvantes preciosos em psicoterapia ou no tratamento do doente por métodos de ação social. O mais importante desses produtos é o dissulfureto de tetratil tiurama: o paciente ao qual é administrada uma dose de manutenção desse preparado não pode absorver bebidas alcoólicas sem graves reações somáticas. Este medicamento deveria ser fornecido exclusivamente ao corpo médico e, de preferência, ser administrado apenas a doentes que possam ser submetidos a uma vigilância contínua. Nos casos avançados de alcoolismo inveterado, pode-se recorrer com vantagem a outros métodos, por exemplo, às diversas formas de tratamento por "aversão", baseados no emprego da apomorfina e da emetina. Alguns médicos têm assinalado que a administração de hormônios como o ACTH e a Cortisone, tem-se revelado eficaz nos casos de *delirium tremens*, de intoxicação alcoólica aguda e mesmo da psicose de Korsakoff.

OUTRAS QUESTÕES

Ensino

O subcomité de Alcoolismo chamou a atenção para o fato de que o médico, a enfermeira e a assistente social não recebem, no decorrer dos seus estudos, um ensino apropriado em matéria de alcoolismo; recomendou, conseqüentemente, a in-

clusão obrigatória dessa questão nos respectivos programas de ensino.

Informações científicas

As pesquisas sobre o alcoolismo e o progresso da terapêutica são fortemente entravados pelo "isolamento relativo no qual se encontra a maioria dos especialistas". A Organização Mundial de Saúde poderia contribuir para remediar a situação preparando e publicando bibliografias metódicas dos estudos e obras aparecidos sobre o alcoolismo, e distribuindo igualmente às instituições importantes de diferentes regiões séries do "Abstract Archive of the Alcohol Literature" que se encontram na Universidade de Yale. De acordo com a recomendação do Subcomité, a OMS poderia também colaborar na difusão de informações científicas sobre o alcoolismo por outros meios, por exemplo: 1) propiciando a criação de uma organização técnica não governamental que agruparia, em plano internacional, todas as associações profissionais e os técnicos interessados no problema do alcoolismo; 2) patrocinando a constituição de um grupo de estudos itinerante que examinaria os progressos recentes realizados no tratamento precoce dos casos e nos métodos de ação social, fazendo relatório a respeito; 3) colaborando na organização de cursos de breve duração, destinados às pessoas que se interessam, por sua profissão, aos problemas do alcoolismo.

Organizações beneficentes

O subcomité se felicitou pela obra realizada por certas associações privadas que se esforçam por ajudar o alcoólatra a tornar-se abstinente, notadamente pela associação "Alcoholics Anonymous", nos Estados Unidos. Muitos médicos que se dedicam ao combate ao alcoolismo pensam que "esse tipo de ação social é o que oferece atualmente maiores possibilidades no combate ao flagelo". Pergunta-se se organizações semelhantes podem ser transplantadas integralmente para o seio de populações de civilização diversa daquelas onde elas apareceram: porém, se existe um princípio fundamental que toda associação beneficente pode aplicar, é o que rege a atividade dos Alcoholics Anonymous, isto é, todo aquele que consegue dominar-se e permanecer abstinente deve ajudar os outros alcoólatras a imitá-lo.

OITAVA SESSÃO DO CONSELHO EXECUTIVO

O Conselho Executivo da OMS realizou sua oitava sessão do dia 1.º ao dia 8 de junho de 1951. O professor J. Parisot, Decano da Faculdade de Medicina de Nancy (França) foi eleito Presidente; os outros membros do Bureau eram o Dr. A. L. Bravo e o Dr. J. N. Togba, Vice-presidentes, e o Dr. W. A. Karunaratne e o Dr. N. Karabuda, Relatores.

Organizações regionais

O Conselho autorizou o estabelecimento de uma organização regional para a África, aplicando as disposições do Artigo 44 *b* da Constituição. A sede do Bureau regional será fixada depois da reunião do Comité regional e depois da consulta às Nações Unidas.

Foi pedido ao Diretor-Geral que solicitasse aos Estados Membros da Europa a manifestação dos seus pontos de vista sobre o estabelecimento de um escritório regional limitado a Genebra e sobre a constituição imediata de uma organização regional. O Conselho recomendou que os Estados Membros europeus se reunissem no início do outono de 1951, sob a forma de *comité de consulta* ou de *comité regional*, para discutir proposições concernentes ao programa e o que se poderia adotar para a região europeia em 1953.

O Dr. I. C. Fang foi nomeado Diretor regional da Organização para o Pacífico Ocidental, a partir de 1.º de julho de 1951. O Bureau regional terá sede em Manilha, com a condição que esta escolha seja aprovada pelas Nações Unidas e que um acôrdo satisfatório seja concluído com o Governo das Filipinas, país hospedeiro.

Problemas epidemiológicos

Algumas questões se apresentaram em consequência da adoção, pela Quarta Assembléia Mundial de Saúde, do novo Regulamento sanitário internacional (Regulamento n.º 2 da OMS). O conselho Executivo solicitou ao Diretor-Geral: 1) convidar técnicos competentes para preparar um regulamento sanitário da OMS tendo por objeto a luta contra os insetos vetores do paludismo no tráfico aéreo internacional, e 2) solicitar a opinião dos grupos consultores e dos comités de consulta e dos comités de técnicos que se ocupam de doenças de quarentena sobre o valor técnico das disposições do Regulamento; depois, se fôr o caso, endereçar ao *Comité* de técnicos da epidemiologia internacional e da Quarentena, recomendações em vista de eventuais emendas ao Regulamento. O conselho sugeriu que este *comité* fôsse convocado em março de 1952 para examinar notadamente as recusas e as reservas que poderiam ser formuladas pelos Estados Membros a propósito do Regulamento.

O Diretor-Geral foi encarregado de interrogar ao Secretário-Geral da Organização de Aviação Civil Internacional (OACI) se esta julgaria oportuno criar um comité misto de técnicos sobre as normas de salubridade aplicáveis aos aeroportos, tendo em vista o estabelecimento eventual de uma regulamentação internacional ou de recomendações a este respeito.

O Conselho aprovou a exclusão da Somália Britânica da zona de endemicidade amarela africana.

GRUPOS DE TÉCNICOS

O Conselho Executivo tomou conhecimento dos relatórios estabelecidos pelos comités seguin-

tes, autorizando a sua publicação: *comité* de técnicos da Farmacopéia internacional (Oitava sessão); *comité* misto FAO/OMS de técnicos da Alimentação e da Nutrição; e *subcomité* do Alcoolismo (*subcomité* do *comité* de técnicos da Saúde mental).

O Conselho preocupou-se particularmente com o problema do alcoolismo. O Diretor-Geral foi convidado a: 1) incluir em suas previsões orçamentárias os créditos necessários para reunir, em 1953, o Comité de técnicos em drogas capazes de gerar toxicomania, que examinará os relatórios do alcoolismo e da toxicomania; 2) a considerar a publicação de uma bibliografia metódica dos trabalhos aparecidos sobre o alcoolismo; 3) a estudar se seria possível colocar à disposição de certas bibliotecas importantes séries de "Abstract Archive of the Alcohol Literature" que se encontram na Universidade de Yale e a submeter ao Conselho Executivo, quando da sua nona sessão, proposição das estimativas orçamentárias detalhadas a esse respeito; e 4) a não perder de vista a utilidade de cursos internacionais e de grupos itinerantes de estudo sobre o alcoolismo, assim que êle formular novas proposições para o programa de Organização em matéria de saúde mental. O Conselho autorizou a convocação, em 1951, duma segunda sessão do Comité de técnicos da saúde mental; essa sessão será dedicada ao problema do alcoolismo.

O Conselho decidiu que, em lugar de convocar, como havia sido anteriormente sugerido, um subcomité especial para estudar a quimioterapia da tuberculose, a OMS deveria inscrever esta questão na ordem do dia do Comité de técnicos da tuberculose, que deve reunir-se em 1952.

O Diretor-Geral foi convidado a prever os créditos necessários para a reunião de um comité de técnicos do reumatismo, em 1953.

O Conselho Executivo aprovou as disposições tomadas para convocar, em fins de 1951, um comité de técnicos encarregado de dar conselhos à OIT sobre problemas relativos à saúde e ao seguro social.

OUTRAS DECISÕES

O nível das despesas, em 1951 elevou-se a 6.497.401 dólares, a fim de prever créditos suplementares para ajuda à população civil da Coreia (245.344 dólares) e aos refugiados na Turquia (20.000 dólares).

O Diretor-Geral foi autorizado a destinar uma soma de 30.000 dólares ao envio de produtos médicos para combater as epidemias que, no estado indiano de Bihar, podem declarar-se em consequência da fome severa que aí grassa.

O Conselho tomou conhecimento da colaboração instituída com as Nações Unidas com relação aos problemas demográficos e do projeto de

Pacto internacional relativo aos Direitos do Homem.

Decidiu o Conselho que a Quinta Assembléia da Saúde seria aberta em Genebra, no dia 5 de maio de 1952. Os temas das discussões técnicas que serão debatidos nesta Assembléia, serão: 1) a importância econômica da medicina preventiva, e 2) os métodos a aplicar sobre o plano local para proteger as populações, em vista de suas necessidades sanitárias e econômicas. Por razões financeiras, o Conselho recomendou que nenhum crédito seja atualmente inscrito no orçamento ordinário da Organização com a intenção de reunir fora de sede a Sexta Assembléia e as Assembléias seguintes.

O Conselho executivo devia realizar sua nona sessão a partir de 21 de janeiro de 1952, em Genebra.

LISTA DOS MEMBROS DO CONSELHO EXECUTIVO

Em seguida ao nome de cada membro figura o nome do Estado que o designou. Os nomes dos membros novamente designados são precedidos de um asterisco.

Dr. A. L. Bravo, Vice-presidente executivo, Serviço social obrigatório, Santiago (Chile).

Professor S. Briskas, Professor adjunto da Faculdade de Medicina (Grécia).

Professor G. A. Canaperia, Médico-Inspetor-Geral do Alto Comissariado para Higiene e Saúde Pública, Roma (Itália).

Dr. S. Daengsvang, Diretor-Geral adjunto do Departamento da Saúde Pública, Bangkok (Tailândia).

Dr. C. L. Gonzalez, Diretor da Saúde Pública, Ministério da Saúde e da Previdência Social, Caracas (Venezuela).

Dr. S. Hayek, Diretor do Serviço de Epidemiologia e das Relações Sanitárias Internacionais, Ministério da Higiene, Beirute (Líbano).

Dr. J. A. Hojer, Diretor-Geral da Saúde Pública, Estocolmo (Suécia).

Professor F. Hurtado, Professor de Pediatria da Escola de Medicina da Universidade de Havana (Cuba).

Dr. H. Hyde, Diretor Médico, United States Public Health Service, Washington, D. C. (Estados Unidos).

Dr. M. Jafar, Diretor-Geral de Saúde, Karachi (Paquistão).

Dr. N. Karabuda, Subsecretário de Estado adjunto ao Ministério da Higiene e da Assistência Social, Ankara (Turquia).

Dr. W. A. Karunaratne, Medical Officer of International Health, Department of Medical and Sanitary Services, Colombo (Ceilão).

Professor M. De Laet, Secretário-Geral do Ministério da Saúde Pública e da Família, Bruxelas (Bélgica).

Dr. M. D. Mackenzie, Principal Medical Officer, Ministry of Health, Londres (Reino Unido da Grã-Bretanha).

Dr. R. G. Pádua, Subsecretário de Estado para a Saúde, Manila (Filipinas).

Professor J. Parisot, Decano da Faculdade de Medicina de Nancy, (França) — Presidente.

Dr. J. N. Togba, Diretor da Saúde Pública e da Salubridade, Monróvia (Libéria) Vice-presidente.

O membro designado pelo Salvador estava ausente.

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE NA EUROPA DURANTE O SÉCULO XX

Um aspecto novo da evolução da mortalidade na Europa durante os últimos cinquenta anos acaba de ser estudado pelo Dr. M. Pascua, Diretor da divisão de Estatísticas sanitárias da OMS, no "Rapport épidémiologique et démographique". (12)

As cifras de mortalidade, em função do sexo e do grupo de idade foram analisadas anteriormente. (13) O autor empreende agora o desdobramento dos dados estatísticos e sua classificação segundo a causa da morte. A primeira parte desse estudo — que será aqui brevemente resumido — é dedicada às doenças agudas de caráter infeccioso: febres tifóides e paratifóides, escarlatina, coqueluche, difteria, rubéola, paludismo, varíola, tifo. A tuberculose e o câncer, encarados como causa de morte, constituirão o assunto das partes segunda e terceira, que serão publicadas ulteriormente.

Analisando os dados nacionais para compará-los no plano internacional, a estatística encontra numerosas dificuldades e disparidades. Um são provenientes da relatividade dos dados concernentes às cifras de população, outras da falta de uniformidade na declaração das causas de óbito, e na sua classificação. Assim é que, nos últimos cinquenta anos, cinco nomenclaturas diferentes das causas de morte foram utilizadas por vários dos países estudados. O progresso do diagnóstico médico de certas doenças, que naturalmente influenciaram a declaração das causas de óbito, não tiveram em todos os países a mesma repercussão. É preciso pois aceitar que "uma certa atmosfera de relatividade paira sobre todas as conclusões numéricas, e outras". Por conseguinte, certas tendências gerais, expressão da realidade dos fatos, se desprende dos números. O estudo compreendeu os seguintes países: Alemanha, Inglaterra e País de Gales, Bélgica, Dinamarca, Escócia, Espanha, Finlândia, França, Irlanda, Itália, Noruega, Países Baixos, Portugal, Suécia, Suíça.

Febres tifóides

A taxa de mortalidade devida às febres tifóides passou na Inglaterra e no País de Gales, por exemplo, de 15 por 100.000 habitantes, em 1901, a 0,1 em 1949; e, na Itália, de 36,1 a 5,4 durante o mesmo período. No conjunto dos países estudados, a baixa tem dois aspectos diferentes: na Inglaterra e no País de Gales, na Bélgica, nos Países Baixos, na Suécia e na Suíça, ela foi regular e progressiva (com exceção de alguns surtos); por outro lado, na Espanha, na Itália e em Portugal, ela foi menos pronunciada, e a taxa de mor-

(12) Rapp. épidém. démogr. 1951, 4, 36.

(13) Rapp. épidém. démogr. 1915, 3, 30 — Também Chron. Or. Mond. Santé 1950, 4, 379.

talidade manteve-se em nível muito elevado. Nesses três países, as febres tifóides ainda são uma causa importante de mortalidade que torna imperiosa a necessidade de reformas sanitárias e de uma educação mais generalizada do público. Na Espanha, o grupo de idade de 15 a 25 anos foi o mais atingido durante o meio século. Uma recrudescência significativa foi observada de 1937 a 1942, com 13.000 óbitos a mais durante os cinco anos precedentes.

A baixa da mortalidade pela febre tifóide — relativa à baixa da morbidez — pode certamente ser atribuída à melhoria das condições sanitárias (abastecimento d'água, instalação de esgotos, controle do leite, do gêlo, etc.), ao progresso do urbanismo, à educação do público, à hospitalização dos doentes e aos cuidados médicos mais eficazes.

Escarlatina

Nesses últimos 20 anos, sobretudo, a mortalidade por escarlatina baixou em todos os países. No início do século, a taxa atingia 5 por 100.000 habitantes na maioria deles; nesses últimos anos, baixou a 0,1 ou 0,2. A baixa foi muito sensível nos grupos inferiores de idade, em particular no de 1 a 5 anos. A doença parece ter perdido o caráter maligno que apresentava ainda no século passado, para tornar-se uma afecção antes benigna na Europa Ocidental. Entretanto a vigilância, continua necessária, porque um aumento de virulência do organismo causal é sempre temível, como o demonstram as experiências de laboratório e as observações epidemiológicas.

Coqueluche

O número de óbitos por coqueluche registrados nos diversos países corresponde, em seu conjunto, bastante fielmente à realidade. A comparação entre eles pode por conseguinte ser particularmente instrutiva. Ora, essa comparação revela um paralelismo notável na baixa considerável da mortalidade geral pela coqueluche, baixa análoga sendo observada no grupo de 1 a 5 anos. Na Suíça, por exemplo, foram registrados 846 óbitos em 1901, e 101 em 1949, ou seja uma taxa de mortalidade de 15 a 25 por 100.000 habitantes nos primeiros anos do século, e de 1 a 2 nesses últimos anos. É difícil precisar a causa da baixa da mortalidade por coqueluche; nem os progressos da higiene pública, nem a vacinação — que não foi aplicada de maneira geral — não podem explicar uma baixa tão considerável. Apesar desta situação relativamente favorável, é preciso não subestimar a importância desta doença como causa de óbitos em crianças.

Difteria

De 1901 a 1930, a mortalidade por difteria diminuiu de maneira regular e paralela na maioria dos países. A baixa acentuou-se em alguns deles a partir de 1930 (Inglaterra e País de Gales,

Suécia) enquanto se manteve com pequenas variações em outros, a Itália por exemplo. É preciso no entanto assinalar recrudescências em 1942-1944, nos Países Baixos e na Suécia.

A diminuição da mortalidade foi particularmente forte entre as crianças de 1 a 5 anos. Na Inglaterra e no País de Gales, cerca de 500 lactentes morriam anualmente de difteria, no início do século; no mesmo grupo de idade, a doença não fez mais que uma vintena de vítimas nos últimos anos.

O tratamento da doença pela antitoxina de Behring e a imunização preventiva — que, porém, não foram aplicadas em vasta escala — não podem explicar a baixa da mortalidade constatada. O isolamento e hospitalização dos casos, assim como a prática mais freqüente da traqueotomia podem, certamente, ter contribuído em parte para diminuir a mortalidade; por outro lado, parece que seria lícito esperar que o aumento da densidade urbana e a extensão das cidades aumentassem os riscos de contágio. Esses fatores não podem, pois, ser responsabilizados pela tendência à baixa que a mortalidade manifesta. Para esse fim pode-se também invocar uma possível modificação no poder patogênico do bacilo diftérico, se bem que os processos biológicos determinantes dessas modificações sejam totalmente ignorados.

Rubéola

A declaração dos casos de rubéola é pouco satisfatória em todos os países, e os números faltam em muitos deles. Os dados disponíveis não revelam uma baixa sensível da morbidez, mas a regressão da mortalidade em lactentes e na primeira infância é verdadeiramente notável; na Alemanha, por exemplo, para o grupo de idade de 0 a 1 ano, ela passou da média de 200 por 100.000 crianças nascidas vivas, em 1901, à média de 40, em 1939. Na Inglaterra e no País de Gales, enquanto o número anual de óbitos se elevava a 10.000 no início do século, ele não ultrapassava a ordem dos 300 no curso dos últimos anos.

Paludismo

A diminuição bem conhecida da mortalidade por paludismo não necessita ser acentuada. Ela é devida essencialmente às medidas profiláticas postas em prática, e em particular, nesses últimos anos, ao emprêgo dos inseticidas de ação duradoura. Quanto à mortalidade, sofreu uma baixa sensível. Na Espanha, 4.000 óbitos foram comunicados em 1901, ou seja, uma taxa de mortalidade de 21 por 100.000 habitantes; 84 somente (0,3 por 100.000) foram notificados em 1948. Na Itália, a taxa de mortalidade era de 41,7 por 100.000 em 1901; baixou a 0,2 em 1949 (101 mortos) com uma recrudescência nos anos de 1914 a 1918, onde a mortalidade foi quase tão elevada quanto no início do século. Uma melhor utilização dos antipalúdicos clássicos e de novas substâncias terapêuticas muito eficazes podem explicar essa re-

gressão. É preciso, porém, não esquecer as remissões naturais desta doença, já observadas durante a sua história.

Variola

De maneira geral, a baixa da mortalidade por varíola foi considerável no curso do meio século. Na Espanha, por exemplo, ela passou de 29,7 por 100.000 habitantes a 0,0 depois de 1930 (à exceção dos anos 1939 a 1942, durante os quais se manifestou uma recrudescência). A taxa de mortalidade era, em 1947, 1948 ou 1949, de 0,0 por 100.000 habitantes na Alemanha, Inglaterra e País de Gales, na Bélgica, na Espanha, na França, na Itália, na Suécia e na Suíça. Na maioria dos países, os óbitos por varíola nesses últimos anos contam-se por algumas unidades apenas.

Parece justificado atribuir à vacinação, generalizada e sistematicamente aplicada a populações inteiras, a baixa da mortalidade por varíola observada no conjunto dos países europeus. A vacinação desempenhou um papel preventivo por um lado, e por outro diminuiu a taxa de letalidade nas pessoas vacinadas que foram contaminadas. Não se pode ignorar, todavia, que a vacinação não foi geral em todos os países e que outros fatores, de

natureza desconhecida, contribuíram para provocar a baixa da mortalidade.

Tifo

As epidemias de tifo que se declararam, na Itália em 1919 e depois em 1943-1944, em Portugal em 1918-1919, na Alemanha de 1915 a 1919, na Espanha de 1941 a 1943, após períodos onde a mortalidade foi extremamente fraca, confirmam o fato bem conhecido que a guerra, a fome e a superpopulação favorecem o desenvolvimento do tifo epidêmico. Assim é que a taxa de mortalidade elevou-se em Portugal a 28,7 por 100.000 habitantes em 1918, enquanto era de 0,1 em 1916, de 2,1 em 1920 e de 0,0 em 1949. A aplicação recente do DDT e os conhecimentos atuais sobre a epidemiologia da doença tornam improvável a aparição de epidemias graves em condições de segurança e de paz.

Este estudo contém numerosos quadros e análises detalhadas sobre a mortalidade. O leitor desejoso de idéia mais detalhada dos fatos expressos em números deve consultar o original.