

## AS CARACTERÍSTICAS DA MEDICINA, NO BRASIL, E OS PROBLEMAS DE FORMAÇÃO E ATIVIDADE PROFISSIONAIS <sup>(1)</sup>

Mário PINOTTI <sup>(2)</sup>

### RESUMO

O país possuía, em 1955, quase 24.500 médicos distribuídos de modo bastante desigual, desde o Distrito Federal com 1:330 habitantes, até o Maranhão com 1:14.458 pessoas. Na Capital e no Estado de São Paulo, concentram-se 60% dos médicos, sendo que mais de mil municípios brasileiros não dispunham de nenhum profissional.

Essa situação é própria das regiões subdesenvolvidas onde populações pobres não dispõem de recursos para manter serviços médicos mesmo dos mais simples. Daí o Estado avocar a si a medicina como serviço de utilidade pública. Grande parte dos médicos passam assim à condição de assalariados nos países de fraca economia capitalista, que procuram arremedar as iniciativas que, com outro espírito e programa, adotam os países de economia socialista.

Não podendo esperar que todo o país se desenvolva para resolver seus problemas de assistência, urge adotar medidas para o aproveitamento de médicos por parte dos poderes públicos. Uma Unidade de Saúde deve formar-se em torno de cada médico nos municípios. É indispensável elevar a remuneração do médico de modo condigno para tornar a profissão mais atraente, especialmente na zona rural. Tempo integral, amparo ao profissional, facilidades de transporte, instituição da aposentadoria, etc., devem trazer maior tranquilidade de espírito e segurança material para mais eficiente atividade.

Das 20 Faculdades de Medicina que dispomos, muitas não se encontram suficientemente equipadas para ministrar ensino adequado. No entanto precisamos aumentar não só a quantidade como a qualidade dos médicos adaptando inclusive os programas para formar profissionais de acordo com as exigências da nosologia do país ou, mesmo, de cada região, pois o quadro nosológico depende de condições geográficas, climáticas, étnicas e principalmente econômico-sociais. No subdesenvolvimento, a saúde situa-se em baixo nível, com alta mortalidade infantil (215 óbitos de infantes por mil nascidos vivos, no Nordeste, e 490 em Natal, em 1957), tuberculose (200 óbitos por cem mil em Vitória), vida média curta, etc.

O interior necessita de médicos polivalentes e com conhecimentos essenciais de saúde pública rural, apoiados na atuação especializada dos colegas das cidades maiores.

A medicina preventiva deve ser parte integrante e essencial da prática cotidiana e não apanágio de técnicos especializados.

Mas, ao lado de programas a longo prazo, devemos empreender outros de alcance imediato. Tal a idéia lançada do aproveitamento compulsório dos médicos recém-formados, pelo Exército, para trabalho remunerado no interior pelo prazo de um ano, em lugar do serviço militar.

(Resumo do Ed.)

<sup>(1)</sup> Este texto constitui a parte central do discurso pronunciado pelo insigne sanitarista patriótico, em 25-6-1959, quando recebia da Universidade de São Paulo o título de Doutor "Honoris Causa".

<sup>(2)</sup> Ministro de Estado da Saúde.

#### CARÊNCIA DE MÉDICOS NO PAÍS

Segundo dados, incompletos, levantados pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, existiam, em 1955, 24.491 médicos em todo o país, o que dá, para o Brasil, com a população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a quota de 1 médico para 2.394 pessoas.

Conquanto tenham, desde então, sido criadas algumas novas Faculdades de Medicina, esta quota não deve ter sofrido apreciável modificação, pois ainda não houve tempo para que essas Faculdades formassem suas primeiras turmas.

O mínimo se verifica, com 1 médico para 331 pessoas, no Distrito Federal, e o máximo no Maranhão, com 1 médico para 14.458 pessoas. Com 1 médico para 1.640 pessoas, vem São Paulo em segundo lugar.

Com mais de 5.000 pessoas por médico, estão o Amazonas, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Alagoas, Sergipe, Bahia, Santa Catarina e Mato Grosso. Com menos de 3.000 pessoas por médico acham-se apenas o Estado do Rio de Janeiro, o Distrito Federal, São Paulo, Goiás e Rondônia.

O Distrito Federal, como sede do Governo Federal, apresenta natural possibilidade de maior número de médicos, dado ser a sede de numerosos serviços centrais. Isto, entretanto, não constitui tóda a explicação para a elevada quota que evidencia. Uma parte dos médicos registrados no Distrito Federal representa, na verdade, duplicidade de inscrição, efetuada, também, em outra Unidade do país.

Mas, mesmo ressalvadas estas circunstâncias, o Distrito Federal é, com o Estado de São Paulo, o foco convergente de médicos no Brasil. Somados, o Distrito Federal e São Paulo possuíam, em 1955, quase 60% dos médicos existentes no Brasil. Contrastam, assim, de modo chocante, com o restante de nosso território.

Nesse contraste, deve-se ainda considerar que destoariam os algarismos, ainda mais acentuadamente, se confrontássemos regiões dentro de uma mesma Unidade, pois é sabido que existem muito mais médicos nas cidades do que nas zonas de interior. Muitos municípios não chegam, mesmo, a ter

um médico sequer, sendo maior o número dos precariamente servidos. Dos 2.755 municípios, atualmente existentes no Brasil, cerca de 1.053 eram desprovidos completamente de médico.

Atualmente, êsse número está reduzido a 921, que constituem 33% do total. Concorreu para essa melhoria o Ministério da Saúde, admitindo médicos para os municípios completamente desassistidos. Cento e trinta e dois dêsses municípios já foram atendidos nesse plano.

#### MEDICINA E SUBDESENVOLVIMENTO

Nossa situação é compreensivelmente inferior à dos países mais adiantados, os quais necessitam obviamente de maior número de médicos.

Com os elementos apresentados pela Organização Mundial de Saúde, pode-se conhecer a situação em muitos países, em tórno de 1955. No grupo dos países subdesenvolvidos verifica-se a quota de 1 médico para 73.300 pessoas na Indonésia, 35.000 na Arábia Saudita, 21.800 na África Equatorial Francesa, 20.900 no Congo Belga, 13.800 no Paquistão, 8.200 no Irã, 7.800 nas Filipinas, 5.100 na Índia, 4.000 na Síria, 3.700 na Turquia, 2.100 no Peru, 1.900 no México. Nos desenvolvidos, cabe 1 médico para 208 pessoas em Israel, 335 no Uruguai, 613 na Áustria, 645 na União Soviética, 664 na Suíça, 673 na Tchecoslováquia, 706 na Alemanha Federal, 721 na Nova Zelândia, 727 nos Estados Unidos, 944 no Japão.

Nossa precariedade de médicos nada apresenta, assim, de estranho, pois é uma expressão de subdesenvolvimento. No Brasil, as regiões de mais forte economia, mostram índices favoráveis, enquanto que as menos adiantadas revelam índices deficientes.

A razão disto é que a medicina é uma expressão de superestrutura em relação à infraestrutura econômico-social: os povos pobres e economicamente fracos não podem dispor dos mesmos serviços médicos proporcionados pelo progresso econômico e social. A medicina, mesmo a mais simples, não é benefício que se adquira a custo desprezível.

#### A MEDICINA DE ESTADO

Por outro lado, o fato de que países, como o Brasil, tenham procurado encontrar a solução de seus problemas assistenciais pela medicina de Estado, concorre para que mais se acentue a concentração de médicos no âmbito das cidades. Estas, por seus recursos, sua densidade demográfica e as rendas que proporcionam, motivam a criação de serviços em maior intensidade que as zonas de interior. Nestas condições, os médicos encontram, nas cidades, maiores possibilidades de emprego, que lhes garante situação mais modesta, mas, em contraposição, mais segura e regular que a clínica variada, estafante e pouco compensadora das regiões afastadas.

O desequilíbrio na distribuição de médicos leva o Estado a dar mais um passo na oficialização da medicina, procurando, êle mesmo, prover diretamente às zonas menos atraentes.

A profissão médica tende, assim, cada vez mais, a ser assalariada nos países de fraca economia capitalista, que procuram arremedar as iniciativas que, com outro espírito e programa, adotam os países de economia socialista. Daí, a chamada "socialização da medicina", que, entre nós, não significa mais que o Estado avocar a si a medicina como serviço de utilidade pública.

Nossa precariedade assistencial não pode, todavia, ser "congelada", à espera de que todo o país se desenvolva, de sorte a assegurar uma sólida estrutura econômica capaz de suportar os gastos maiores da medicina. Aliás, no plano econômico coube à visão e à energia de estadista do Presidente Juscelino Kubitschek quebrar o fatalismo dêsse compasso de espera, com o programa de suas metas semeadoras de riquezas.

Devemos pensar realisticamente que a medicina é indispensável ao próprio desenvolvimento econômico, pois os empreendimentos dessa natureza só podem ser realizados com o concurso do próprio homem, tanto mais necessário quanto menor o avanço da técnica em consequência do atraso social.

Se, assim, o desenvolvimento econômico concorre, genericamente, para o progresso e, por conseguinte, a assistência médica, não devemos descurar as medidas que, especificamente, visem a atendê-la.

Neste sentido, o provisãoamento de médicos por parte dos poderes públicos deve ser continuado e estimulado. Para êste fim, cumpre interessar nessa providência o poder municipal para que, de alguma forma possível, participe das realizações sanitárias. A presença do médico deve ser o ponto de partida de uma pequena Unidade de Saúde, na qual sua atuação seja complementada, no mínimo, por uma atendente e um guarda sanitário.

Visando a distender-lhe o âmbito de ação, valerá o recurso de uma equipe volante, de preferência integrada por outro médico e uma atendente, que levará às populações mais distantes os benefícios desejáveis, embora limitados, da assistência médico-sanitária. Essas unidades volantes devem, para melhor planejamento de sua atuação, se articular com as unidades fixas, que as supervisionarão e lhes servirão de apoio.

A iniciativa do Governador Carvalho Pinto, através de seu dinâmico Secretário de Saúde, Fauze Carlos, de criar essas unidades volantes, encontra, pois, apoio em razões de ordem técnica e administrativa e nunca será de mais reconhecer o mérito dos dirigentes que pensam em horizontes mais amplos do que o recesso das cidades para abrançar os homens do campo.

#### A REMUNERAÇÃO DO MÉDICO

Não podemos negligenciar outro aspecto fundamental que é o da remuneração e o da assistência ao próprio médico, para tornar a profissão mais atraente. A mocidade sente-se hoje menos atraída pela medicina, que, entre as carreiras preferidas, ocupa posição secundária.

Em 1958, matricularam-se nas Faculdades de Direito de todo o país 21.708 alunos, nas de Filosofia, Ciências e Letras 13.976, nas de Medicina 10.298, nas de Engenharia 10.017.

O médico, pela formação que se lhe exige, pela natureza árdua e delicada de sua profissão, deve receber remuneração condigna e dispor de elementos que tornem a profissão um objetivo de escolha para a mocidade estudiosa.

Não só no serviço público, como na atividade privada, o médico não pode ser man-

tido como um assalariado de baixo nível, parco de recursos, sem poder pensar superiormente em sua profissão, que exige tranqüilidade de espírito e segurança material, para ser exercida com eficiência.

Devemos admitir que, além de salário básico condigno, o tempo integral é uma necessidade para que a medicina possa ser exercida em condições eficientes para o profissional e a população. O caráter especializado de algumas atividades médicas requer dedicação exclusiva de seus ocupantes. Por outro lado, as condições de pauperismo de grande parte da população não permitem que a medicina seja praticada em tempo parcial, por absoluta impossibilidade de existir clínica remunerada, que complete os proventos do médico.

As dificuldades financeiras dos médicos que exercem a clínica particular devem, também, ser consideradas.

O poder público, conquanto não funcione aí como empregador ou controlador das condições de emprêgo, deve promover medidas que visem a assegurar amparo aos profissionais liberais da medicina.

A instituição de aposentadoria, mediante contribuição para os órgãos previdenciários, pode ser estimulada pelo poder público.

O combate ao curandeirismo, de modo hábil e persuasivo, firmado mais na educação da população do que na força de repressão, dilatará as possibilidades profissionais do médico. A transferência da clientela do curandeiro para o médico não se faz com o sabre do policial.

O médico deve dispor de facilidades de transporte. Por isto, com o apoio de nosso colega, o preclaro Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, estou procurando remover os óbices que se antepõem à venda aos médicos de automóveis a prazo.

#### AS FACULDADES DE MEDICINA E A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS

Se, por todos êsses meios, podemos dar à profissão médica um incentivo, não nos devemos esquecer das questões relacionadas com sua preparação.

Dispomos de mais de 20 Faculdades de Medicina, algumas das quais ainda novas e a enfrentarem, titubeantes, as dificuldades

dos primeiros tempos de funcionamento. Seu aparelhamento material é incompleto, faltando-lhes, inclusive, hospitais onde possa ser suficientemente efetuada a aprendizagem e o treinamento da clínica.

No entanto, a medicina é um conhecimento que não se conquista apenas nos livros e na ausência de meios materiais, principalmente nos dias que vivemos. Essas Faculdades devem, assim, ser amparadas se desejarmos que produzam médicos bastante capazes para uma profissão com as responsabilidades da medicina.

Uma grande ajuda e estímulo lhes podem, porém, proporcionar as Faculdades maiores e mais antigas, que dispõem de melhores instalações e de mais segura experiência no ensino. Elas podem abrir suas portas à cooperação às mais novas e débeis, para que em seus serviços estagiem e se aprimorem seus professôres. Revigorados pelo que viram e sentiram, êsses professôres constituirão, em suas Faculdades, uma elite pensante, que lhes imprimirá rumo positivo no caminho da elevação da qualidade de ensino que devem ministrar.

A Faculdade de Medicina de São Paulo pode representar um papel de relêvo neste sentido, habilitada, como está, a ser um centro de treinamento e aperfeiçoamento. Será, com justa razão, como que a Faculdade das Faculdades.

Os dramas por que passou, nos dias difíceis de seu início, não devem ser vividos pelas Faculdades que ora se constituíram. Forte e potente, como é, ajudará aos mais fracos.

Estou usando a linguagem de lealdade que, talvez, não agrade senão aos que não podem ver sua debilidade através da névoa compacta da vaidade inconsistente. Devemos ser realistas e nenhum sentido de realidade deve ser pôsto à margem se queremos pensar construtivamente para o bem dêste país.

Não vamos, entretanto, pensar que podemos ilimitadamente criar Faculdades de Medicina, ao ponto de as possuímos em número excessivo e simplesmente destinadas a servir a interêsses pessoais. A medicina não pode ser ensinada sem um mínimo de requisitos materiais e pessoais e, de outra forma, seria criminosamente rebaixá-la até o

aviltamento. A vida e a saúde da população não devem, evidentemente, ficar à mercê do aventureirismo. Por outro lado, cumpre que tornemos o ensino médico objetivo, retirando-lhe todo o sentido de academicismo retumbante e ôco para a formação realmente profissional do médico.

O que devemos visar, essencialmente, é à preparação de um médico capaz de exercer, com dignidade e eficiência, sua profissão. Isto não se consegue somente com as reformas de ensino, pois só pode ser adquirido com a reforma de mentalidade e de programas de trabalho, que façam os professores em seus próprios métodos, quando necessário, para se integrarem, efetivamente, na missão superior que a sociedade lhes confiou.

Não vou me distender em outras considerações acêrca de providências necessárias ao melhor rendimento e aprimoramento do ensino médico.

Desejei, apenas, pela franqueza construtiva com que procuro pautar minhas ações e pela experiência que possuo na administração sanitária, relembrear à Congregação de uma Faculdade extraordinariamente eficiente, como esta, o papel que, mais uma vez, se reclama de São Paulo na ajuda ao Brasil.

#### ENSINO DE QUALIDADE E ADEQUADO A NOSOLOGIA BRASILEIRA

Nosso ensino médico atravessa momento difícil, pois não devemos tão somente pensar nos objetivos da quantidade desprezando os da qualidade.

A objetividade no ensino deve corresponder, por outro lado, a um programa de formação profissional adequado ao meio a que vão servir os médicos. Dêste ponto de vista, cumpre atender às características atuais da nosologia de cada região.

Sem me deter em considerações pormenorizadas, porque já me demorei muito em minha oração, não posso, entretanto, por pouco que seja, deixar sem referência que o quadro nosológico, em suas linhas gerais, é uma função explícita do desenvolvimento econômico-social.

Accepta-se, incontestavelmente, que o quadro nosológico, além de depender das condições geográficas, climáticas e étnicas, re-

presenta, fundamentalmente, a característica de um dado momento econômico-social.

A saúde situa-se, de modo geral, em baixo nível no subdesenvolvimento, pelo pauperismo e atraso em que vivem as populações.

Nestas condições, a vida é mais curta e a mortalidade infantil assume a culminância de verdadeira calamidade pública, enquanto que os problemas de saúde são constituídos principalmente pelas doenças transmissíveis e os males que delas decorrem.

No Nordeste brasileiro, por exemplo, a mortalidade infantil alcança valores acima de 215 óbitos de menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos, chegando, mesmo, em Natal a ser de 490 por 1.000, em 1957. No entanto, em São Paulo, limitou-se a 76.

A mortalidade de doenças infectuosas e parasitárias foi, no referido ano, de 400 óbitos por 100.000 habitantes em Fortaleza e de 84 em São Paulo. A tuberculose causou 200 óbitos por 100.000 habitantes, em 1957, em Vitória, e 37 apenas, em São Paulo.

A vida média, no triênio 1949-51, foi de 38 anos em Recife e de 57,5 anos em São Paulo. Para 1953-55, a vida média alcança 59,4 anos na capital bandeirante.

Êstes contrastes demonstram como, em regiões desigualmente desenvolvidas de nosso país, os problemas sanitários são diversos.

Nos países ou regiões desenvolvidos, a mortalidade infantil é baixa e motivada apenas por causas congênicas que a medicina ainda não pôde remover. A Suécia, por exemplo, apresenta 17 óbitos de menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos.

A vida média alcança, e até ultrapassa, 70 anos. As doenças transmissíveis foram controladas ou erradicadas, ao passo que a maior longevidade propicia a oportunidade para as doenças degenerativas, que incluem o câncer, a arteriosclerose, o reumatismo crônico, o diabete, cárdio e nefropatias.

No desenvolvimento econômico, as doenças profissionais e as doenças mentais revelam importância notavelmente maior que no subdesenvolvimento.

Êstes fatos nos mostram que os programas de medicina devem ser orientados consentaneamente com as realidades das situações a que se destinam. Por conseguinte, a formação de pessoal deve ser adequadamente ori-

entada, estabelecendo-se a necessária prioridade nos tipos profissionais desejados. Somos um país em que grande parte dos problemas médicos são ainda os do subdesenvolvimento, exigindo, para seu atendimento, um profissional médico apropriado.

Nosso interior necessita, sobretudo, de médicos polivalentes, médicos policlínicos, que possuam aptidão extensa, sem penetrar, porém, profundamente em cada assunto. Médicos que conheçam e pratiquem um tanto da clínica médica, da cirurgia, da obstetria, da pediatria, da dermatologia e que encontrem apoio, para sua atuação, na ação especializada de outros médicos das cidades maiores. Esses médicos do interior devem, além disso, receber conhecimentos essenciais de saúde pública rural, para que possam resolver e orientar a solução local de numerosos problemas dessa ordem.

O médico da cidade caminha, entretanto, para a especialização, que lhe adstringe os horizontes, mas lhe aprofunda os conhecimentos.

A pós-graduação é, deste modo, um objetivo a ser naturalmente considerado pelas Faculdades de Medicina.

Não devem estas, contudo, esquecer a ajuda que podem e devem proporcionar aos médicos do interior, através de cursos de atualização que lhes permitam, sem desnecessária perda de tempo, assimilar os progressos que a técnica vai determinando.

#### A MEDICINA PREVENTIVA NA PRÁTICA COTIDIANA

Em qualquer dos aspectos da formação e aperfeiçoamento, não se deve, entretanto, negligenciar a importância da medicina preventiva, em suas relações com a medicina geral.

Ainda há pouco, em meu discurso de posse, na Academia Nacional de Medicina, tive oportunidade de citar SMILLIE, grande teórico norte-americano de saúde pública, quando disse:

“O mais importante conceito deste século, no campo da assistência médica, é ser a medicina preventiva, parte integral e essencial da prática cotidiana da medicina. Não é um corpo distinto de conhecimentos, a serem entendidos apenas por um técnico sele-

cionado, que tenha sido altamente treinado nesse campo. Não há “especialidade” de medicina preventiva, do mesmo modo como existe especialidade em cirurgia, radiologia ou pediatria. Existe, naturalmente, uma especialidade de saúde pública, a qual é um corpo de conhecimentos bem delimitado e que requer um alto grau de seleção. Mas, a medicina preventiva deve ser relacionada com o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Estes são os quatro elementos básicos de todo planejamento continuado de assistência médica para cada paciente”.

Deste ponto de vista participam, aliás, os técnicos de modo geral. Em 1953, o 1º Congresso Internacional de Ensino da Medicina, reunido em Londres, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde, afirmou, em suas conclusões, que a medicina preventiva deve estar presente em todos os Departamentos das Escolas de Medicina, de tal modo que o ensino desta, ampliado num sentido humanístico, alcance todos os objetivos em benefício da sociedade a que deve servir.

Ainda recentemente, sob o patrocínio da mesma Organização e por interferência direta da Organização Panamericana de Saúde reuniram-se, em 1955, em Viña del Mar, no Chile, e, em 1956, em Tehuacan, no México, dois seminários de diretores das escolas médicas e professores de medicina preventiva das Américas, nos quais se reafirmou a indeclinável necessidade de se fazer com que a medicina preventiva penetre no ensino da medicina curativa, para que uma só seja a medicina a ser ensinada e aprendida.

#### UMA SOLUÇÃO IMEDIATA PARA NOSSOS PROBLEMAS RURAIS

Cumpre, todavia, não esquecer que, ao lado dos programas cujos resultados se processam a longo prazo, devemos realizar aqueles que se destinam a um alcance mais imediato.

Como solução para esta necessidade, lancei uma idéia, que uns aceitaram e outros repeliram. Essa idéia consistiu no aproveitamento compulsório dos médicos recém-formados, pelo Exército, com o fim de se tornarem médicos da reserva, sem anteriormen-

te prestarem o serviço militar obrigatório. Esses médicos dariam, por um ano, trabalho remunerado no interior, como tôda sua atividade para aquêle fim.

Os que se opõem a esta idéia acham que isto fere a liberdade do cidadão. Argumento, porém, com o fato de que o serviço militar é obrigatório e o estágio proposto, além de ser mais adequado à profissão, serviria, também, para que o jovem médico adquirisse inestimável experiência, ao mesmo tempo que beneficiaria uma população necessitada de seu auxílio.

Meus senhores,

Estas as considerações que me ocorreram ao espírito, sôbre tantos dos nossos problemas, ao vir receber e dizer da minha gratidão pelo gesto generoso dos meus colegas ilustres da Faculdade de Medicina de São Paulo.

São apenas observações e conclusões a que, com a experiência e o tempo, vamos chegando, na execução de programas de trabalho, no contacto direto com as atividades e necessidades de nossa classe, cujos bons serviços ao país nem sempre recebem justo reconhecimento. São, afinal de contas, simples sugestões, suscetíveis de aplicação, uma vez estudadas e depuradas por assembléias cultas e experientes no estudo dêsses problemas, como a constituída pelos mestres ilustres desta casa.

#### SUMMARY

In 1955 the country had almost 24,500 physicians distributed very unevenly throughout it, witness the Federal District which numbered 1 for each 300 inhabitants, and the State of Maranhão with 1 for each 14,458 inhabitants. Sixty per cent of the physicians pile at Rio de Janeiro and the State of São Paulo, while more than one thousand Brazilian cities do not number a single one.

This situation is characteristic of underdeveloped regions where poor populations are unable to support even the most simple medical services, and thus the State claims Medicine as a public service. As a result a great part of the physicians turn out to be people working for a salary, in countries with poor

capitalist economy which mimic initiatives taken with another spirit and program by countries of socialist economy.

It stands to reason that it is impossible to wait for all countries to develop in order to tackle their problems of assistance, and thus it is necessary that the governments adopt measures to provide physicians where needed. A Sanitary Unit has to be shaped around each physician in the municipalities. It is imperative that the wages of the medical practitioners are raised accordingly so as to render the profession more attractive, especially in the rural areas; full-time, assistance to the professional, transport facilities, pensioning, etc., cause more peace of mind and financial security and thus contribute to a raised efficiency in their activities.

Many of the 20 schools of medicine we number are not adequately equipped to provide good teaching. We need to increase the number as well as the quality of physicians, including adaptation of curricula to professional aspects according to the needs of the nosology of the country, we might even say of each region of the country, for the nosologic picture is directly linked with geographical, climatic, ethnic and, most important of all, socio-economic conditions. In underdeveloped countries health is low and presents high child mortality (215 deaths for each thousand children born living, in the Northeast, being 490 in Natal only, during 1957), tuberculosis (200 deaths for each hundred thousand inhabitants in Victoria), short medium life-span, etc.

The hinterland needs polyvalent practitioners with an essential knowledge of rural public health, to be assisted when necessary by the specialized knowledge of their big town colleagues.

Preventive medicine must be an integrant and essential part of daily practice and not the private business of specialized technicians.

Besides long-term programs one has to devise others with immediate results in scope. Thus the idea of newly graduated physicians, instead of any other kind of military service, being compulsorily engaged by the Army for a one-year period of paid medical services to be delivered in the hinterland.

(Editor's abstract)