

O PROGRESSO DO SERVIÇO DE SAÚDE NO BRASIL

Dr. MARIO PINOTTI.

O conceito de saúde pública assim como os métodos, objetivos e resultados conseguidos no campo sanitário, sofreram, a partir da última guerra, uma transformação.

Há poucos anos ainda, falava-se em "medicina preventiva" como o conjunto de medidas destinadas a "proteger" o indivíduo contra doenças infecto-contagiosas, assim como contra lesões ou afecções decorrentes de agentes físicos, químicos ou animais.

Hoje, já se pensa em termos de "medicina construtiva", como o conjunto de medidas capazes de conseguir que o homem tenha uma saúde melhor.

Da atitude meramente passiva em nossa política sanitária, passamos à ofensiva. É preciso que a saúde seja melhor. E as doenças infecto-contagiosas, desde que puderam ser perfeitamente combatidas, começaram a chamar-se doenças evitáveis, lembrar a responsabilidade que pesa sobre cada um de nós, tanto administradores quanto o cidadão comum, de que a existência de doentes dêsse tipo de doenças, é devido à ignorância, incompetência, relaxamento ou falta de recursos, tanto de uns quanto de outros.

Em relação às campanhas profiláticas também se operaram mudanças. De trabalhos para "contrôle das doenças" chegamos às campanhas para a "erradicação de doenças ou de vetores de doenças".

A tecnologia moderna merece os louros dessa profunda transformação de conceitos no campo sanitário. E só os atuais recursos profiláticos e terapêuticos permitiram se pensasse em termos de "construção de saúde", "erradicação de vetores

ou doenças" e de "doenças evitáveis".

Hoje somos mais radicais quando nos referimos às endemias que nos afligem. Não pensamos que a solução de algumas delas dependa de melhoria das condições econômicas das comunidades afetadas. Podemos combater a doença em si e fazê-la desaparecer sem alterarmos fundamentalmente as condições de vida e de ambiente dessas populações.

O que fizemos contra a malária, contra a peste ou febre amarela pode ser repetido quanto ao tracoma, ao bócio, ou à doença de Chagas.

Naquelas doenças combatemos apenas o vetor da doença, o anofelino, o rato e sua pulga e o estegomia. Este foi erradicado do Brasil. O anofelino da malária, combatido pelo DDT em cada casa da área malarígena, foi perdendo sua periculosidade e temilidade. O rato e a sua pulga, na infecção peitoral, diminuíram de importância com o advento dos inseticidas e roenticidas atuais.

Em cada uma dessas campanhas, permaneceram quase inalteradas, as moradias e comunidades beneficiadas, apesar da espetacular investida contra essas três endemias. O mesmo pode ocorrer quanto à boubá, ao tracoma ou à doença de Chagas, que podem ser reduzidas à expressão mais simples sem que sejam afetados o ambiente, as casas, a cultura ou os hábitos das comunidades que deverão ser beneficiados por essas campanhas.

Evidentemente, os objetivos dos serviços de saúde pública não podem ser considerados como atingidos, apenas com a erradicação des-

sas endemias. É preciso que também nossas atividades influem sobre as condições de vida e ambiente para que permita o ótimo de bem-estar físico, mental e social indispensáveis à coletividade hígida. Mas, enquanto não atingimos esse ideal podemos dedicar-nos esperançosos à eliminação das endemias, na expectativa de que as melhorias de ambiente e das condições de vida virão com a erradicação daquelas doenças e com o desenvolvimento progressivo da economia e da cultura dessas coletividades.

Há, no entanto, um grupo de doenças que se mantém ainda devido a esse mesmo ambiente, e às atrassadíssimas condições de vida e conforto em que vivem essas populações.

São as parasitas de origem gastro intestinal, as enteroses, as verminoses veiculadas com os resíduos do metabolismo humano e que penetram diretamente ou por via de um elemento intermediário (caramujo, mósca, etc.) no organismo do indivíduo são.

Como a eliminação dessas doenças não se pode efetuar apenas com a terapêutica ou a profilaxia contra o elemento veiculador, torna-se indispensável, atuar sobre o ambiente a fim de melhorá-lo.

O abastecimento de água, a remoção e o destino dos dejetos humanos são em sua complexidade, alguns dos fatores mais urgentes e importantes a serem solucionados para a melhoria imediata das condições de vida e saúde de alguns milhões de brasileiros dispersos em toda a nossa vastíssima área rural.

Como a exiguidade do tempo não permite estendermo-nos no exame detalhado de todos os nossos males, vamos apenas fazer um rapidíssimo apanhado de algumas de nossas principais endemias, especialmente porque a eliminação destas constitui objetivo imediato de órgãos especializados de saúde no Brasil.

Não queremos com isto reduzir de importância outras questões também presentes como a doença mental, as lesões de aparelho cardiovascular, os acidentes de trabalho ou as causas da mortalidade infantil.

Limitando nossa palestra às campanhas contra algumas doenças infecto-contagiosas evitáveis, queremos dar realce a um setor de nossas atividades sanitárias onde os recursos da moderna tecnologia poderão permitir um rápido avanço no sentido de eliminá-las da nosologia nacional.

Febre Amarela. Dos dois tipos, urbano e silvestre, cada um com seu transmissor. Apenas a forma silvestre interessa. A erradicação do *Aedes aegypti*, em tôdas as áreas do Brasil (o ultimo *A. aegypti* foi encontrado em abril de 1955, no sertão da Bahia) fez que desaparecesse a possibilidade de forma urbana da doença, aliás não registrada desde 1942.

A forma silvestre é combatida pela vacinação.

Esta vai adiantadíssima (cerca de 25 milhões de vacinações no período 1937-1955) em toda a área do país.

Profilaxia: a) Vacinação anti-amarilica;

b) Desinsetização.

Possibilidades: a) Manutenção do atual estado de zero para os índices de *A. aegypti* (prevenindo a entrada de exemplares desta espécie, a partir de áreas com o transmissor urbano);

b) Prosseguimento da vacinação nas áreas de febre amarela silvestre, até a extinção dessa forma de doença.

Peste. Praticamente erradicada.

Existem áreas para estudo e controle em Minas Gerais, além dos focos tradicionais do nordeste (Pernambucano, Alagoas, Ceará) e o foco do Estado do Rio (Teresópolis), quieto desde 1952.

Profilaxia: a) Medidas de anti-ritação e despulização;

b) Terapêutica.

Possibilidades: Embora a peste bubônica seja uma epizootia que eventualmente se propaga ao homem no ambiente doméstico, existe a possibilidade de se limitarem os riscos de epidemias dessa doença com os cuidados constantes a vigilância permanente das áreas onde se referem casos da doença, até a completa extinção de casos humanos e mesmo em animais, da doença.

Malária. Até 1945, tínhamos, anualmente, 8 milhões de doentes, ao passo que atualmente podemos fazer uma estimativa de apenas 200 mil doentes, espalhados pelo Amazônia "hinterland" brasileiro. Em alguns Estados, quase desapareceu.

Raríssimos óbitos, devido a causas intercorrentes (idade, condições físicas, outras doenças).

No Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, em Magé, apenas no mês de maio de 1944 registraram-se 1.400 casos positivos de malária, enquanto que em 1955, em 60 mil pessoas examinadas encontramos apenas 112 casos.

No Distrito Federal, desde 1952 que mantemos zero caso.

A simplificação da rotina de combate (DDT) e a assistência medicamentosa (UDA) permitiram atingir áreas enormes (seis milhões e quinhentos mil quilômetros quadrados) onde moravam cerca de 25 milhões de indivíduos.

Anualmente borrifamos cerca de dois milhões e quinhentos mil prédios.

Possibilidades: Erradicação da doença nas áreas de fácil acesso. Por exemplo, podemos citar Pernambuco, que desde 1949 tinha uma área malárica inicial que compreendia 67 municípios, sistematicamente dedetizados. Verificamos que atualmente podemos realizar a suspensão das dedetizações em 45 municípios, mantendo os serviços em apenas 27, mantendo, no entanto, o serviço rotineiro de vigilância epidemiológica em toda a área malárica inicial, isto é, nos 67 municípios. Com isto economisar-se-ão cerca de 100 toneladas de DDT por ano.

No Ceará, também, devido à inexistência de casos de malária em 15 ou 16 dos 30 municípios que compunham a área malárica inicial, faremos a suspensão das dedetizações em 15 ou 16 municípios, mantendo vigilância epidemiológica em toda a área, com uma economia anual de cerca de 30 toneladas de DDT.

Em Sergipe, cuja área malárica inicial era de cerca de 35 municípios, verificou-se que nos últimos 3 anos, só foram constatados casos de malária em 6 municípios. Sus-

pendemos, portanto, as dedetizações em 17 municípios, mantendo em 18, inclusive os do Baixo São Francisco, com um serviço de vigilância epidemiológica em todos os 35 municípios da área malárica inicial, o que nos permitirá uma economia anual de cerca de 25 toneladas de DDT.

Bouba: Calculamos 500 mil doentes no Brasil. Com uma injeção única de um milhão e duzentas mil unidades de penicilina nos doentes, e meia dose, isto é, uma injeção de 600.000 unidades nas pessoas em contacto com os doentes, eliminamos a doença.

O tratamento pode ser feito pelas U.D.A.S. (Unidades Distribuidoras de Auxílios Sanitários), que não são postos mantidos pelo Departamento em todo o Brasil, baseados num trabalho voluntário gratuito de pessoas capacitadas das localidades do interior. O Departamento fornece o medicamento e as instruções, e fiscaliza a aplicação. O agente voluntário, que geralmente é uma professora, um padre, um fazendeiro, etc., aplica a medicação nos doentes.

A campanha do Departamento está sendo realizada em sua grande parte por meio das Unidades Volantes, que são equipes do Departamento que saem à procura do doente para medicá-lo, em vez de esperar que o doente procure o posto.

Lepra. A mancha negra de nossa civilização. O Brasil é o único país civilizado ainda manchado pela lepra. Tendo 100 mil hansenianos e apenas 22.384 estão hospitalizados, nos 36 leprosários, colônias e sanatórios que existem no país. Cinco mil casos novos são registrados anualmente. E 230 mil indivíduos em contacto diário com esses doentes correm o risco de adoecer. A moderna profilaxia de tratamento domiciliar ou ambulatorial da doença, as estimulantes perspectivas de cura dessa outrora temível doença de pele, ao lado de um entusiasmo sadio dos atuais responsáveis por essa campanha, abrem perspectivas de uma rápida transformação nos conceitos e prejuízos que obrigaram o internamento, isolamento e segregação de milhares de doentes em tô-

das as épocas da vida da humanidade.

Tuberculose. Sua mortalidade tem caído bastante entre nós. É bem verdade que isso está ocorrendo em tôdas as partes do mundo, em consequência, sobretudo, das conquistas terapêuticas, representadas pelo B.C.G., pelos antibióticos e pelos bacteriolíticos modernos.

Combatida com eficácia, a tuberculose está sendo considerada hoje mais uma doença que morre do que uma doença que mata.

Nos últimos 10 anos a mortalidade da tuberculose baixou em quase tôdas as capitais brasileiras. Em 1945, em 100 mil pessoas, morriam, 315,5 por tuberculose. Em 1950, morriam 193. Em 1953, registravam-se 93 mortos por tuberculose entre 100 mil cariocas.

No Distrito Federal, o número de óbitos diminuiu de 4.656, em 1950, para 2.410 em 1955.

No município de São Paulo verificou-se um decréscimo de 47,5 % entre 1950 e 1953.

Proporcionalmente a redução mais sensível foi experimentada pelo município de Recife, que de 1.506 óbitos em 1950, baixou para 665 em 1955, ou seja, menos 55 por cento.

Baixa de igual porte foi obtida em Pôrto Alegre (1.041 em 1950 e 629 em 1955). Todos os municípios das capitais (exceto Goiânia — 24 óbitos em 1950-1952, subiu a 37 óbitos em 1955), apresentaram em 1955 uma redução dos índices de tuberculose, que estão por volta de 40 % abaixo do nível de 1950.

Os tuberculosos não estão nas casas ricas e vitaminadas, nos escritórios bem instalados, com ar refrigerado, mas nas fábricas, nas oficinas de trabalho, onde milhões de brasileiros ganham apenas o suficiente para não morrer depressa. Talvez por isso mesmo, por desfalar a humanidade das suas grandes forças humanas produtivas, por enfraquecer os braços que trabalham, a profilaxia e a terapêutica da doença foram caminhando com rapidez em busca do ideal de erradicá-la completamente de todo o mundo. Desde alguns anos que êsse objetivo, erradicação da tuberculose,

está nos programas dos organismos internacionais que combatem a doença. A metodologia da luta contra essa doença transformou-se profundamente com os resultados obtidos com a vacinação e com os produtos terapêuticos e profiláticos atualmente existentes. Já não existe a imperiosa necessidade de se construir cada vez maior número de leitos hospitalares para tuberculose. A contínua melhoria dos índices de gravidade da doença nas comunidades trabalhadas por bons serviços anti-tuberculosos, permite reduzir progressivamente o número de leitos específicos para esta doença, com a possibilidade de atender outros problemas de saúde.

Esquistossomose. Problema agudo que infelicitava 3 milhões de indivíduos e pode ocasionar danos em outros tantos.

O pauperismo e as precárias condições de higiene de muitas de nossas populações do interior, desprovidas de abastecimento d'água e sujeitas às contaminações maciças de infestação com água poluídas, assim como as dificuldades determinadas por uma medicação pouco eficiente, fazem que se torne realmente um problema de difícil solução, a cura desses milhões de indivíduos doentes e a proteção daquêles sob risco.

As medidas de combate a esta verminose estão ligadas àquelas de saneamento do meio, e devem, possivelmente, por mais influenciadas pelas melhorias das condições econômicas, culturais ou de progresso dessas comunidades, do que pelas medidas direitas de terapêutica ou de luta anti-molusco.

Profilaxia :

- a) Moluscocidas ;
- b) Terapêutica ;
- c) Saneamento do meio ;
- d) Educação Sanitária.

Possibilidades da Campanha :

Remotas quantas à ação direta, e à erradicação Lisonieiras, quanto à redução da gravidade da doença com a terapêutica adequada e a redução sanitária.

Doença de Chagas. Os danos humanos ocasionados pela doença são

apenas suspeitados pelos índices de triatomíneos e de "triatomíneos infestados pelo esquizotripano".

A campanha de erradicação é, relativamente fácil e exequível com a destruição das espécies domiciliares pelos inseticidas de ação tóxica residual.

Profilaxia : a) Destriatomização.

Possibilidades :

Erradicação dos triatomíneos responsáveis pela doença em um milhão de habitações nos Estados de Minas Gerais, São Paulo, Goiás, Bahia e Rio Grande do Sul.

A destruição dos "barbeiros" existentes nessas moradias, e as providências para que essas casas sejam protegidas da infestação por êsses e outros insetos, além de resolverem em definitivo, o problema da Doença de Chagas, permitirão melhorar as condições de conforto dos moradores dessas casas, em sua maioria pobres residências primitivas, desprovidas de quaisquer recursos, atrativos e comodidades da época presente.

Tracoma. Esta virose, importada com emigrantes europeus e asiáticos constituiu um dos maiores flagelos das zonas secas do Nordeste, avançando para sul, ao longo do eixo da estrada de rodagem que liga o nordeste à capital do país, além de uma localização no interior paulista, que está se irradiando para o norte do Estado do Paraná, com as correntes nordestina e paulista, para a rica região cafeeira e de terras roxas, do setentrão paranaense.

Estimamos em cerca de um milhão e trezentos mil tracomatosos para o Brasil.

Profilaxia : Sulfas e antibióticos.

Diatermo coagulação.

Cuidados higiênicos.

Possibilidades : É justificável pensar-se na eliminação da doença em muitas das áreas endêmicas, especialmente naquelas em que o desenvolvimento econômico e a melhoria das condições sanitárias aprimoram os meios de defesa contra a doença, assim como as medidas de profilaxia individual ou coletiva, capazes de reduzir a gravidade e impedir a propagação da doença.

Unidades volantes, medicação a domicílio, terapêutica pessoal, educação sanitária, são os elementos básicos da campanha contra o tracoma.

Bócio Endêmico. Doença de carência, cuja terapêutica e profilaxia são conhecidas há quase um século, não foi objeto, no Brasil, senão de medidas esporádicas e de boa vontade de curto fôlego, que não permitiram fossem tomadas as providências capazes de fazer desaparecer, ou pelo menos, reduzir sua importância em nosso país. O levantamento das áreas bocígenas no Brasil ainda está em andamento. A Lei que estabelece a iodação do sal de cozinha já foi assinada e dentro em breve começará o fornecimento do sal de cozinha iodado às regiões necessitadas.

Profilaxia : Ministração de iodo (sal de cozinha, confeitos, etc.) :

Possibilidades : Completas. Desde que as populações das áreas com bócio endêmico no Brasil (cerca de 22 milhões de indivíduos vivem nessas áreas) recebem sua pequena dose diária de iodo (0,010 gr por quilo de sal de cozinha), deixarão de existir os enormes bócios determinados por carência, assim como deverão reduzir, consideravelmente os casos de cretinismo endêmico e suas nuances, ocasionadas pela falta de iodo.

Filariose. Verme sangüícola, transmitido de doente e são, pelo *Culex*. Endemia limitada a poucas grandes cidades (Belém, Salvador e Recife), embora em cada uma delas deva existir cerca de 50 mil doentes ou portadores de microfilárias.

Profilaxia : a) Campanha anti-cuicidiana.

b) Terapêutica contra a filária.

Possibilidades : Há grande possibilidade de erradicação da doença se eliminarmos o transmissor conhecido (*Culex fatigans*) dessas cidades.

A campanha contra o *culex* é perfeitamente exequível como ficou demonstrado pela campanha realizada no Distrito Federal, onde em sete meses de trabalho, o extinto Serviço Nacional de Febre Amarela conseguiu reduzir a zero os índices

altíssimos de *Culex* de vários bairros da cidade.

A terapêutica contra a filariose apenas serve para evitar o agravamento da infestação e é de valor muito relativo como profilático, porque não é ministrada aos indivíduos paucifiláricos que devem ser em grande número e passam despercebidos, embora possam constituir-se focos de difusão da doença.

Doenças de Nutrição: A alimentação pobre em proteínas é o flagelo dos povos sub-desenvolvidos, sobretudo da Ásia e de grandes parcelas de populações brasileiras, especialmente do norte e nordeste. Fome de proteína. Enquanto o brasileiro consome vinte quilos, o americano do norte pode dispor de oitenta quilos.

O Brasil é também um país desdentado. Perdeu desde cedo os dentes para mastigar, com alegria e entusiasmo, um bom e succulento bife, quando há. A falta de dentes tem sido uma das principais causas de recusa, de não aceitação, por parte do nosso exército, de indivíduos moços que se apresentam para a prestação do serviço militar.

Falamos em trigo, mas sofremos mais com fome de carne do que pão. Possuímos rebanhos mais que suficientes (60 milhões de cabeças de gado) para alimentar fartamente o povo de carne, leite e derivados, mas falta-nos o transporte e a industrialização.

Utilizamos métodos ainda primitivos de preparo, e, mais do que isso, a política da carne é objeto de interesses que nem sempre se ajustam à realidade brasileira.

Leishmaniose. Doença parasitária transmitida por mosquitos do gênero "*Phlebotomus*". Existem dois tipos: *Cutânea* (úlceras de Baurú) transmitida por flebótomos das matas, e *Visceral* (Calazar), transmitido por flebótomos encontrados próximos à habitação humana. Focos no Ceará (Sobral) e Bahia.

Profilaxia: Dedetização e tratamento pelos antimoniais trivalentes.

Possibilidades: Embora a leishmaniose visceral seja uma doença cujo hospedeiro intermediário seja o cão e alguns animais silvestres, a

eliminação da doença é possível com a destruição desses reservatórios de *Leishmania*, assim como pela destruição de vetor alado, o flebótomo, pelos inseticidas de ação tóxica residual.

Ancilostomose: A pior das verminoses, a mais prevalente, com índices de incidência variável para todo o Brasil. Cerca de 25 milhões de portadores de vermes com gravidade também variável.

Profilaxia: Hexillresorcional e o tetracloroetileno.

Possibilidades: Satisfatórias quanto à redução da gravidade das manifestações da doença, a fim de tornar os doentes de ancilostomose em simples portadores de ancilóstomos:

- a) vermífugos: hexilesorcional e tetracloroetileno;
- b) Saneamento do meio;
- c) Educação Sanitária.

A frase conhecida de Euclides da Cunha, de que o menino brasileiro já nasce velho, carregado de rugas, cheio talvez de decepções, talvez até já opositorista... São os vermes. Dá-se uma enxada ao caboclo para trabalhar, e ele agarra-se à enxada para manter-se de pé! Faz da enxada um bordão da sua quase invalidez. Vive encostado, encostando-se por toda parte, incapaz de manter-se em pé, a prumo sem um encosto. Tem sido repetido que cada brasileiro carrega dentro de si nove doenças. Digo que carrega mais, carrega doze, conforme as circunstâncias.

As verminoses comem o Brasil todo. Em numerosas regiões brasileiras, todos os escolares entre 7 e 14 anos, sem exceção de um só, eram portadores de verminoses. A devastadora incidência da verminose resulta de hábitos primitivos, falta de saneamento, de água e de esgotos, em suma, de campanha de propaganda e educação sanitária a par das medidas de saneamento.

Não podemos deixar, ao finalizar nossa palestra, de pôr em relevo o grande interesse que o Ministro Maurício de Medeiros tem revelado, não só pelas campanhas contra as endemias rurais que o DNERU está

desfechando em todo o território brasileiro, como também pela solução a outros graves problemas de

saúde, afetos a outros órgãos do Ministério que êle tão superiormente dirige.

AOS COLABORADORES !

Como **COOPERAÇÃO** muito preciosa no sentido de facilitar as tarefas de impressão da Revista e, conseqüentemente, evitar o atraso de suas edições, solicitamos, encarecidamente, aos nossos colaboradores que :

1. Dactilografem, na íntegra, seus trabalhos, utilizando **UMA SÓ FACE DAS FÓLHAS DE PAPEL** e deixando espaço duplo entre as linhas.

2. Destaquem, com letras maiúsculas, o título do artigo. O nome do autor (ou seu pseudônimo) deve vir entre o título e o texto.

3. Coloquem, preferentemente, em fôlhas separadas do texto, as figuras, as fotografias, os desenhos, etc., com as respectivas legendas. (No texto, no local desejado, basta uma simples referência ao número da figura, fotografia ou desenho, correspondente).

4. Sempre que possível, desenhem as figuras a nanquim e em papel vegetal.

5. Tratando-se de tradução, quando a fonte original autorizar a reprodução, cite essa fonte sem esquecer o nome do autor do trabalho ; no caso contrário, obtenham autorização prévia.

6. **REVEJAM SEMPRE OS ORIGINAIS** observando, rigorosamente, a ortografia oficial (a do "PEQUENO VOCABULÁRIO ORTOGRÁFICO DA LÍNGUA PORTUGUESA", da Academia Brasileira de Letras, dezembro de 1943, Imprensa Nacional).

7. Assinem a última fôlha e **INDIQUEM O ENDEREÇO ATUAL** para que se possa acusar o recebimento e realizar entendimentos quando necessários.

I EXPOSIÇÃO DE ESTUDOS E MOTIVOS ALIMENTARES

Contribuição do SAPS às comemorações do primeiro aniversário da administração do presidente Juscelino Kubitschek

O SAPS participará das comemorações do primeiro aniversário da administração do presidente Juscelino Kubitschek, a serem realizadas nos últimos dias de janeiro e nos primeiros de fevereiro do ano vindouro, com a inauguração da I Exposição de Estudos e Motivos Alimentares.

Essa exposição vem sendo organizada desde o ano passado, mas a atual direção geral do SAPS e a Divisão de Propaganda resolveram intensificar os trabalhos preparatórios para que ela possa ser oferecida ao povo do Distrito Federal, no "hall" de entrada do edifício da Central do Brasil, no dia 31 de janeiro, data em que tomaram posse, em 1955, os Srs. Juscelino Kubitschek e João Goulart na presidência e vice-presidência da República.

A I Exposição de Estudos e Motivos Alimentares destina-se a dar ao povo, em geral, e também aos estudiosos da Ciência da Nutrição, uma visão global do que os órgãos técnicos do SAPS já realizaram nesse importante setor de suas atividades, desde a sua fundação até aqui. Reunindo numeroso material de interesse múltiplo, a Divisão de Propaganda, em colaboração com a Divisão Técnica, a Comissão de Estudos Técnicos e outros departamentos especializados do SAPS, dedicará uma das seções da Exposição à documentação dos trabalhos científicos e editoriais da autarquia, exibindo livros, folhetos, gráficos, fotografias e até animais utilizados nas pesquisas originais.

Além de oferecer uma visão precisa e completa da contribuição do SAPS ao desenvolvimento dos estudos da Nutrologia no Brasil, a I Exposição de Estudos e Motivos Alimentares terá também interesse histórico e sociológico, pois constituirá um quadro da história da alimentação no país, começando pela reconstituição do ambiente anterior à descoberta — com os alimentos utilizados pelos índios — passando pelo período colonial, com a introdução de alimentos europeus e africanos, até chegar à demonstração dos hábitos alimentares adquiridos em diversas regiões e às cozinhas típicas que se constituíram na fusão das influências demonstradas.

A seção dedicada à alimentação indígena será organizada com a colaboração direta do Museu do Índio (Seção de Estudos do Serviço de Proteção ao Índio), que acrescentará à Exposição um interesse antropológico.