INSTITUTO DE HIGIENE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE HIGIENE E SAUDE PÚBLICA DO ESTADO
DIRETOR: PROF. G. H. DE PAULA SOUZA

BOLETIM N.º 59

CENTRO DE SAUDE
«EIXO» DA ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA

Dr. G. H. DE PAULA SOUZA, Diretor do Instituto de Higiene, Professor de Higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo

Dr. F. BORGES VIEIRA Diretor Geral do Serviço Sanitário, Docente livre e Chefe do Laboratório de Higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo

REEDITADO EM 1944

1944
IMPRENSA OFICIAL DO ESTADO
SÃO PAULO

Entre as questões que mais fundamente se prendem aos interesses da população, uma das mais importantes, senão mesmo a de mais notavel significação, porque sem ela nada se poderá realizar, é, evidentemente, a que diz respeito à saude pública, tanto no que se refere à higiene propriamente dita, como do ponto-de-vista da assistência geral à sociedade.

Mais adiante trataremos do entrelaçamento destes assuntos e da necessidade de os considerar discriminadamente.

Dispensários e Centros de Saude

Entre as normas administrativas seguidas pelas organizações de assistência médico-sanitária, ainda é comum a sua repartição em dispensários especializados, que nada ou pouco se comunicam entre si, tais como os de higiene infantil, tuberculose, venéreas, etc., nos quais indistintamente se pratica assistência médica, tanto de carater puramente individual como coletivo.

A especialização dos serviços, diz M. M. Davis (1), é até certo ponto, adequada e necessária, mas, passado o período experimental, a aplicação de programas especializados, médicos ou sanitários, torna-se confuso e falho.

Tal é a interdependência que liga as diversas atividades, tão confuso, às vezes, são os limites que os separam, (embora possam, à primeira vista, parecer de completa nitidez) que a moderna tendência é encontrar fórmulas que mais perfeita, facil e economicamente sirvam os interesses públicos.

Efetivamente, as transformações operadas no modo de vida, principalmente a partir dos últimos anos do século passado, e devidas não somente ao desenvolvimento das indústrias e ao congestionamento verificado nos grandes centros, como às dificuldades crescentes com que lutam as populações pobres, trouxeram à tona grande número de problemas de ordem social, cuja repercussão sobre a saude pública tem sido consideravel. Para acudir a isso, surgiu, em 1893, nos Estados Unidos, devida a Lilian Wald (2), a ideia de reunir as atividades distritais de assistência social às atividades sanitárias, o que efetivou com grande proveito.

Serviços de assistência médica ou sanitária em grandes comunidades, se não forem coordenados, trazem, geralmente, dificuldades, como relata Harry H. Moore (3), tais como despesas desnecessárias, esforços duplicados, seviços diversos que se confundem muitas vezes em seus campos de atuação. Uma mesma família, a um só tempo, é objetivada por extensões de serviços vários, independentes, com grande perda de eficiência e, mesmo, dadas as orientações diversas, frequentemente colidentes. Isto só pode levar-lhe confusão e desinteresse.

Os dispensários especializados vão, porisso, cedendo o lugar, no consenso geral dos técnicos, a organizações em que os mesmos se entrosam todos sob uma só direção: — os centros de saude, onde os problemas higiênico-sociais podem ser encarados em seu conjunto, e não mais em seus aspectos isolados.

Muitos serviços dessa natureza, durante os últimos trinta anos, embora começassem com uma só atividade especializada, tal a luta contra a tuberculose, a mortalidade infantil ou materna, a antivenérea, etc., vieram alargando, mais tarde,

por força das circunstâncias, os limites de sua atuação.

Os dispensários, primitivamente destinados ao ataque prático de determinados problemas médico-sanitários, evoluiram para organizações de natureza polivalente, reunindo-se as atividades de dispensários sanitários especializados, as quais, atuando em conjunto, melhor provem pela saude das populações.

Por outro lado, cada vez mais importante se tornou o serviço externo, a domicílio, o qual se deve projetar sobre toda a região que lhe cumpre servir.

A coordenação de serviços, não só de dispensários como de visitas, ***de preferência oriundos do mesmo teto,*** tornou os resultados muito mais apreciaveis, contínuos, eficientes e duradouros.

Mesmo sob o ponto-de-vista econômico, a organização em centros de saude de carater polivalente não cede o passo a dispensários isolados.

Para exemplificar, argumentemos com a cidade de São Paulo, que atualmente possue, subordinados a diversos departamentos do Serviço Sanitário, 14 dispensários, sendo, de outro modo, proposta por um de nós (F. B. V.) a sua divisão inicial em 7 distritos, cada um com o seu centro de saude.

Eis a demonstração da despesa com pessoal, em uma e em outra organização:

A

Em cada centro, a despesa com o pessoal do quadro, excluido o que se incumbirá do policiamento sanitário, importa em 73:800$	
Para os 7 centros:	516:600$000

Para pagamento de pessoal mensalista ou fornecido por outras dependências em cada centro: 135:600$ Para os 7 centros:	949:200$000
TOTAL:	1.465:800$000

B

Despesa com o pessoal, do quadro ou não, nos 10 atuais dispensários e 4 lactários:	
4 dispensários de assistência à infância	621:930$000
4 lactários de assistência à infância	73:200$000
3 dispensários de moléstias venéreas	180:600$000
2 dispensários de tuberculose	389:760$000
1 dispensário de clínica médico-escolar	241:085$000
TOTAL:	1.506.575$000

A despesa com a manutenção dos 7 centros de saude propostos comportaria, praticamente, a de 28 dispensários das especialidades mencionadas em B, sem prejuizo de outras modalidades médico-sanitárias não especificadas.

Os 7 centros de saude propostos para a Capital, na base modesta de 1 para 150.000 habitantes, corresponderiam, na realidade, a 7 dispensários de higiene infantil, 7 de tuberculose, 7 de venéreas, alem de outros serviços como os de higiene escolar, exames médicos periódicos, tratamento profilático de endemias, etc. e todas as demais atividades próprias de sua organização, como funções de policiamento, imunização e educação sanitá-

ria, não desprezada a circunstância de que grande parte do pessoal é comum nos centros, destinando-se às atividades em conjunto, e não dispersivamente, como atualmente acontece nos dispensários isolados. Escriturários, serventes, auxiliares de laboratório e outros prestariam serviços ao centro e não a repartições isoladas, o que redundaria em apreciavel economia com a manutenção do pessoal, e é assim que se verifica como a despesa computada para o pessoal dos 7 centros de saude, necessariamente será menor do que a exigida para 7 dispensários isolados para cada especialidade.

O Centro de Saude Histórico

Foi há pouco mais de 20 anos que W. C. White, de Pittsburg, ensaiou a idéia de uma nova organização sanitária, a qual pode ser considerada como ambrião dos modernos centros de saude.

Coube a Wilbur C. Phillips, conforme refere Davis, citado por W. H. Brown (4), aplicar, pela primeira vez, em Milwaukee, um serviço organizado de assistência a infância em um dado distrito. A idéia, aproveitada em Cincinnati, num serviço anti-tuberculoso, foi aí completada com a de visitas domiciliares. Em vez de cuidar apenas dos que procuram o serviço, como fazem os dispensários, a sua ação se estenderia ativamente por toda uma determinada área.

O termo *centro de saude,* já usado anteriormente na Inglaterra para denominar postos de assistência à infância, tomou tanto em Pittsburg como em Filadélfia, em 1912, nova e mais adequada significação, qual seja a de agrupamento de serviços médicos, de enfermagem e de assistência sanitária, funcionando todos num só edifício. Seu objetivo era acompanhar o desenvolvimento da saude da infância, da fase pre-natal à idade da emancipação,

para, necessariamente, garantí-la. Em Pittsburg ainda se lhe agregava um serviço anti-tuberculoso.

Tanto em Pittsburg como em Filadélfia, o agrupamento se deu em torno de serviços de assistência privada, anteriormente destinados, na primeira, a combater a tuberculose e na segunda, a promover a saude da criança.

Em 1913, a ***New York Milk Commission*** estabelecia seu centro de saude no distrito Sírio, em Manhattan, sendo seguida, dois anos depois, pelo ***New York City Department of Health,*** que só então estabelecia o seu primeiro centro de saude. Posteriormente, organizações similares se fundaram em Buffalo, Cleveland e Boston.

E' interessante notar que, aquí, como em outros terrenos, a iniciativa privada antecedeu a ação dos governos, que somente se abalançaram a executar a referida organização quando já se havia verificado a sua excelência, entre os aparelhamentos de proteção da saude pública.

Para mostrar o desenvolvimento que tal instituição tem tomado nos Estados Unidos, basta dizer que, se em 1917 havia somente cerca de uma dúzia de centros de saude nesse país, em 1919 já o número deles subia a 72, a 385 nos fins de 1920, a quase mil em 1927, em grande parte ligados à Cruz Vermelha Americana. Hoje, vão muito alem de um milhar.

Na Europa, a idéia, aperfeiçoada de torna-viagem e mais de acordo com os escopos sanitários que exigem serviços generalizados, tomou grande incremento, contando-se atualmente, alí, inúmeros centros de saude, em vários paises.

Na América do Sul, como se verá mais adiante, os centros de saude foram postos em prática, pela primeira vez, na cidade de S. Paulo, introduzidos por um de nós, (G.

P. S.) desde 1923, no Instituto de Higiene, em fase experimental, e oficializados no Serviço Sanitário estadual, em 1925, como partes centrais de um departamento educativo sanitário (Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saude), em reforma levada a efeito pelo mesmo (G. P. S.), então na direção daquele Serviço.

Em 1926, Adamastor Cortez, que escreveu tese de doutoramento sobre o assunto, propunha já naquela época, dez Centros de Saude para a Capital, considerando-os elementos de grande eficiência para a Saude Pública. (5)

Extintas, infelizmente, as organizações paulistas de centros de saude, logo após a administração sanitária de Almeida Prado, quando tambem foram fechados todos os postos de higiene, foram elas restabelecidas durante as administrações Barros Barreto e Borges Vieira, para serem, nas administrações seguintes, novamente desmembradas as unidades existentes na Capital, permanecendo serviços entrosados apenas em algumas cidades do interior, onde o seu desenvolvimento tem sido prejudicado por carência orçamentária.

E' de notar que, desde a sua fase inicial no Instituto de Higiene de São Paulo, em 1923, o centro de saude tinha sido igualmente planejado como parte do aparelhamento de ensino e pesquisas daquele estabelecimento, que é a Escola de Higiene e Saude Pública do Estado.

Foram os novos aspectos da técnica sanitária que operaram o desenvolvimento que modernamente assinala tais instituições, na Europa e na América do Norte.

Até que surgisse a concepção de centro de saude distrital, escreve J. L. Pomeroy (6), de Los Angeles, grande parte da população não tinha conhecimento preciso da verdadeira significação das organi-

zações sanitárias e dos benefícios que delas adviriam. E' que não via perfeitamente o valor prático do trabalho de saude pública, com o qual não mantinha o menor contacto, a não ser em circunstâncias ocasionais, quando um perigo iminente orientava para a sua direção as medidas preventivas. O conhecimento que se tinha da existência de uma organização sanitária só se fazia sentir, muitas vezes, pelas intimações e multas expedidas. E é isso o que se verifica ainda em nosso Estado, mormente no interior, que tanto carece de assistência sanitária e entretanto a ignora, na sua maior parte.

São, ainda, de Pomeroy as seguintes palavras: — "O que o hospital é para a profissão médica e a escola é para o professor, o centro de saude é para o sanitarista".

Várias acepções do Centro de Saude

O plano dos centros de saude, tão auspiciosamente iniciado, foi adulterado por muitos, que não compreenderam bem a finalidade técnica de se integrarem serviços vários em um só organismo, sob um só teto. Assim, nasceram adulterados centros de saude para proteção à infância, centros de saude rurais e, até, resoluções como a tomada em 1922 pela Sociedade Médica da Califórnia, declarando que o consultório de cada um dos seus 4.000 membros, espalhados por todo o Estado, seria um centro de saude a emanar conselhos médicos e sanitários, dos melhores que um médico pode dar.

Efetivamente, a designação nem sempre tem correspondido àquele conceito. Tobey (7) cita dez definições de termo "centro de saude", que apresentam entre si grandes diferenças. Segundo Michael M. Davis (8), na sua mais lata aplicação significa uma organização comunal, tanto para a medicina preventiva como para a curativa, centralizada por um hospital, como sua expressão institucional, e em torno

de um núcleo de médicos, autoridades sanitárias e leigos, com o fim de melhor servir à população: o centro provê, promove e coordena serviços médicos e serviços sociais correlatos, para benefício de um determinado distrito.

Gruscka (9), na Alemanha, denomina centro de saude ao hospital que atende à população distrital ou regional, com serviços extra-hospitalares, e que se constitue, assim, em ponto de convergência das atividades médico-sociais de determinado setor.

Outras vezes, porem, atribuem-se-lhe funções mais restritas, de finalidades principalmente médico-sociais, sem serviço hospitalar próprio, e ***esta tem sido a modalidade mais comumente designada com aquele título.***

A Conferência Européia sobre Higiene Rural, de 1931, assim definiu os centros de saude rurais: "São instituições que têm por fim a melhoria da saude e do bem-estar da população em uma determinada região. Elas se esforçam por atingir esse fim seja centralizando-se em um mesmo edifício, seja coordenando de outra maneira, sob a direção do inspetor sanitário, médico, a totalidade da obra de higiene nessa região, assim como os organismos de proteção e assistência social, cujas funções possam ligar-se à higiene pública em geral". (10)

Philip S. Platt (11) distingue, na prática, os tipos seguintes, que operam nos Estados Unidos:

Tipo I — Limitado exclusivamente a trabalhos de educação sanitária, por meio de exposições, conferências e distribuição de folhetos. Funções informativas em geral (Clearing-house).

Tipo II — Alem das atividades acima indicadas, assegura tambem o tratamento de doentes, por intermédio de diversos serviços clínicos.

Tipo III — Constituindo, em miniatura, uma administração de higiene, atribuindo-se-lhe, em dado distrito, todas ou quase todas as funções da administração oficial de higiene pública. Esta, porem, sob um plano descentralizado.

Tipo IV — Limitando-se a assegurar consultas médicas para o estabelecimento do diagnóstico, sob as bases mais modernas e científicas, para isso possuindo um grupo de especialistas, e, primariamente, propondo-se a auxiliar e educar os médicos menos treinados.

Tipo V — Seu escopo é, primordialmente, promover a conservação da saude. O interesse se focaliza nos indivíduos sãos ou apenas ligeiramente indispostos, fornecendo-lhes exames médicos cuidadosos. Não é um dispensário, pois não ministra tratamento que não tenha finalidade sanitária.

Este é o tipo que mais se aproxima do ideal desejado e para o qual tende a concepção moderna de tais serviços: "uma instituição que irradia influência sanitária. lugar onde o povo pode vir a-fim-de aprender como se manter bem, ***the physical expression of creative health effort***". (12)

A opinião geral, diz M. Barral (13), nestes últimos anos, tende a conceber os centros de saude como devendo ser:

"Au point de vie de l'higiène pure, le centre qui administre, règle et coordonne toutes les activités d'hygiène sanitaire et sociales dans toute l'étendue du district; au point de vie médical, le centre doit faire connaître au public l'importance de la médicine préventive, et lui donner les moyens de las réaliser: il doit faciliter le dépistage des maladies et orienter les malades vers les médicins praticiens et vers les institutions médicales de traitement. Il ne doit avoir une action curative que pour les affections dont la prophylaxie exige le traitement des sujets

contagieux (maladies vénériennes, tracho-me, etc...) une autre excepcion doit être faite dans les districts ruraux les plus isolés où les ressources médicales sont absentes ou très restreintes.

"Au point de vie social, afin de trouver une solution à tous les problèmes que pose la santé des individus, le centre doit connaître les conditions de vie de chacun. Les visites faites à domicile por les visiteuses d'higiène sociale doivent constituer une partie indispensable du programme, permettant non seulement l'aide sociale individuelle, mais aussi de prendre les mesures genérales d'assainissement jugées necessaires.

"En somme, le centre de santé doit être défini comme le ***centre coordenateur des services d'higiène pour la population d'un secteur déterminé***".

R. H. Hazemann (14) assim se expressa, definindo a sua finalidade. "Les centres de santé doivent être les organismes de base de défense de la santé publique".

René Sand (15), apreciando as várias atividades sanitárias existentes, geralmente esparsas e sem o possivel rendimento satisfatório, diz: "Partout, on luttera contre la dispersion; actuellement le médecin scolaire, le médecin de la consultation de nourrissons, le médecin du dispensaire antituberculeux, travaillent isolément, dans des institutions séparées. On groupera celles-ci en un Centre de Santé, organisme coordonné qui comprendra... etc." (enumera todas as possiveis atividades médicas e sociais e termina) "ils s'appuient sur une coordination qui leur assure un rendement bien supérieur à celui des institutions dispersées".

O centro de saude, tal como o imaginamos, comporta uma série de atividades que se processam em todo um distrito, umas na sua própria sede, para os que a

procuram, outras, e das mais importantes, onde quer que se encontrem os que dele porventura necessitem. Tão variados são os informes que colhe normalmente e interessam o problema sanitário, que bem se pode afirmar constituir o melhor aparelho de sondagem social até agora posto em prática.

Alem da prática sistemática sobre os problemas mais em evidência, e que demandam solução imediata, presta-se para o levantamento de inquéritos, de estudos vários, pesquisas de ordem estatística e social, — as verdadeiras fontes de informações na órbita da medicina social.

Assistência Médica sem finalidade sanitaria

Saude Pública — Assistência pública e privada.

E' nosso parecer, aliás sustentado pelas opiniões mais valiosas dos técnicos, que tais problemas, pela sua complexidade e pelas finalidades colimadas, devem merecer, entretanto, considerações em separado, colocando-se, de um lado, os que dizem respeito à conservação da saude coletiva, no tempo e no espaço, e de outro, os que mais de perto tocam à assistência de indivíduos já doentes ou carentes de apoio, sem que, todavia, pela falta deste, venha a saude pública a ser diretamente atingida. Correlatos em parte, são, contudo, perfeitamente separaveis, desde que se lhes garanta uma possivel colaboração. Dos cuidados aos doentes os serviços de saude pública geralmente se alheiam, exceto, está visto, quando se trata de doenças transmissiveis.

Muito se tem discutido, sobre as vantagens de união dos serviços de assistência médica, em geral aos serviços sanitários propriamente ditos. Entregues, como têm sido, estes últimos, ao arbítrio e às atividades de médicos não inteiramente devotados à causa sanitária, e com a mentalidade formada mais no trato de doentes do que de sãos, é natural que a concepção

unionista tenha predominado, mormente nos velhos paises europeus. Foi o reconhecimento de que a higiene deveria constituir uma profissão ***distinta,*** em que não só médicos, mas engenheiros, sociólogos, educadores e outros são chamados a cooperar na obra de prevenção, mais importante que a de cura de estados já estabelecidos, que, principalmente, ditou regimes de separação administrativa. Essa separação não deve ser absoluta quanto aos métodos, pois a medicina clínica e as obras de prevenção não são antagônicas nem diferentes entre si, mas devem colaborar mutuamente em tudo que tenha por finalidade a melhoria da saude da coletividade humana.

As seguintes citações abonam suficientemente o que acabamos de dizer.

"Prevailing opinion favors the separation of medical care from the health department, although there is a growing recognition of the unity of preventive and curative services". Joseph W. Mountin, U. S. P. H. Service. (16)

"Close cooperation between health activities and charity is an essential, for just as sickness is the result of indigency, so also is indigency the result of sickness. But while the two functions are linked together, they still remain ***two*** functions, separate and distinct..." diz John J. Sippy (17), sanitarista da Califórnia. E diz mais, a propósito dos prejuizos que a junção de funções pode causar: "The departmental welfare and preservation of both demand the most complete separation possible in administration and even in housing". Exclue-se, naturalmente, para o controle e eliminação de doenças transmissiveis, o tratamento de tais doenças. Fora disto, a função do departamento de saude pública será chamar atenção para os doentes: os que podem pagar serão enviados aos

clínicos privados; os indigentes, ou quase, às instituições de caridade.

A acepção da palavra caridade tem sido muito desvirtuada. Modernamente se vem reconhecendo a necessidade de instituir os serviços de investigação social, ao lado das clínicas, o pagamento se devendo fazer de acordo com as posses dos clientes, somente merecendo a gratuidade os verdadeiramente indigentes. Todavia, aos assistidos, embora clinicamente, mas que se enquadrem dentro da esfera dos interesses e atividades sanitárias, tal conduta não pode ser geralmente seguida, dado o fato de estar em jogo a segurança da coletividade.

Sir Arthur Newsholme (18), discutindo se a direção de hospitais e instituições aliadas, assim como a assistência médica a domicílio, deveria ficar sob a jurisdição da saude pública, reconhece o perigo possivel do trabalho clínico ter preferência sobe trabalhos mais diretamente preventivos, por parte do médico de saude pública, destes encarregado. Os resultados óbvios obtidos com o tratamento, podem — diz o mesmo autor — e muitas vezes é o que acontece, ser mais facilmente compreendidos pelo espírito médico, do que investigações sobre as condições sociais ou industriais e problemas epidemiológicos locais, que formam o trabalho supremo do médico sanitarista. Isto, continua, poderá, até, retardar temporariamente o progresso em trabalhos de prevenção na Inglaterra, onde, de separados que eram, tais serviços foram recentemente fundidos. Acha que será necessário subordinar o corpo clínico ao médico de saude pública, a-fim-de se assegurar, em todos os hospitais e instituições, métodos de investigação e de ação preventivas antes que curativas, para guia dos trabalhos.

Carência de hospitais e outras insti-

tuições vem sendo verificada em muitos paises, e nós, no Brasil, neste particular somos paupérrimos. Mesmo em paises como os Estados Unidos, relata-se que apenas 12 % dos doentes são tratados em hospitais. Nesse país, segundo René Sand (19), um vasto inquérito demonstrou que na classe mais abastada apenas são assegurados 85 % dos cuidados médicos necessários, quando nas menos favorecidas estes baixam a menos de 40 %. Inúmeros doentes não são jamais tratados; frequentemente a intervenção médica é apenas rudimentar. A conclusões semelhantes chegou Newsholme (20) em seu inquérito em 19 paises europeus. Reconhece como causas principais: a ignorância da população quanto a necessidade de cuidados precoces e apropriados; descuido e negligência; falhas na organização médica, sobretudo na rural, e ainda a falta de recursos dos interessados.

Não se discute a necessidade premente da construção de hospitais, em número suficiente para atender às populações não só da Capital como do interior do Estado. O governo mantem uma Comissão de Assistência Hospitalar, em íntima colaboração com o Serviço Sanitário, mas deste acertadamente independente, para cuidar de melhorar as instituições existentes e promover a criação de outras. Assim, ao lado de hospitais locais ou regionais e outras instituições destinadas a fornecer assistência médica à população, organismos de atuação mais propriamente sanitária, preventivos em sua natureza, agiriam pela educação, pelo saneamento, pela profilaxia específica ou medidas outras de carater epidemiológico, a-fim-de diminuir as necessidades hospitalares. Se isto ainda é em grande parte dificil, é, contudo, uma realidade no que respeita às doenças transmissiveis e outras evitaveis, e constitue um ideal cada dia mais próximo de realizar-se.

Se analisarmos esses vários fatores, chegaremos à convicção, ainda, de que o centro de saude é a organização que com menor despesa pode contribuir para reduzir o mal, pois através a educação sanitária que desenvolve, e cuidados que ministra, supre, pelo menos em parte, as falhas apontadas.

Não deve existir receio de conflitos entre os médicos particulares, os hospitais e as autoridades sanitárias, porisso que, como muito bem assinala Sir Arthur Newsholme, a maior parte do trabalho médico levado a efeito pelas autoridades educacionais e sanitárias, era antes negligenciada pelos pais e raramente efetuada pelos médicos: "The disputed territory in the main had never been occupied". (21)

Pelo contrário, tais iniciativas, firmemente tomadas pelas autoridades públicas, redundam mesmo em benefício da profissão médica, inclusive o médico clínico, até mais procurado do que antes, graças à melhor educação, ou orientação, dada por aquelas. Para citar um exemplo, temos os serviços de inspeção médica escolar, cuja parte clínica é trabalho, em grande parte, de especialistas que atendem as crianças ou por serem funcionários do Estado, ou médicos particulares que atuam por indicações dos médicos ou enfermeiros escolares.

Ao lado dos hospitais e outros orgãos de assistência médica, o Estado tem o dever, no seu próprio interesse, de promover serviços de prevenção a toda a população, e, para esse fim, nada tem provado melhor do que os centros de saude, orgãos eminentemente educativos, que podem ser disseminados pelas diversas zonas do território, de acordo com a população a servir, quanto ao número de habitantes, densidade de população, etc. Em tais instituições, a colaboração entre as atividades médico-sa-

nitárias e as de assistência médica às populações fica grandemente facilitada, tornando-se o centro um *"clearing-house"*, um orgão informativo, que encaminhará, aos destinos convenientes, os consulentes que a ele recorrerem.

Nada impede que nas localidades pequenas e pobres, cujos recursos são insuficientes para sustentar um médico que atenda a sua população, o posto de higiene, ou pequeno centro de saude local, faça, a título precário, assistência médica gratuita, ao mesmo tempo que a sanitária. Seria, até, um meio de, entre nós, se resolver a situação de certas localidades do litoral, onde somente se poderiam manter médicos que fossem pagos pelo governo.

A prática de se excluirem, quanto possivel, serviços de assistência puramente médica e sem finalidade sanitária dos de proteção à saude pública, é da maior vantagem para a eficiência destes últimos, pois quando reunidos, geralmente se observa, em que pese aos defensores de tal sistema, uma atrofia da parte sanitária, pela natural tendência que têm para crescerem os de clínica, pelos quais ficam absorvidos os médicos e as demais pessoas dos mesmos encarregadas.

Um centro de saude, diz Haven Emerson (22), grande autoridade americana, não é uma clínica ou um dispensário, e, exceto em casos especiais, como para suprir temporariamente a insuficiência de orgãos locais de assistência aos doentes, não deve exercer atividades terapêuticas, mesmo em ambulatório, senão quando se trate de doentes declarados ou suspeitos de doenças transmissiveis.

Um dos argumentos de que lançam mão os defensores do sistema misto, de assistência nos dispensários dos centros, é que, sem a assistência médica completa, a frequência será diminuta e sem interesse

para o público, que não lhe sente o objetivo imediato. Que isso não se dá, mesmo em nosso país, onde a falta de educação sanitária o poderia fazer supor, demonstra-o a frequência crescente nos serviços dos centros de São Paulo, nos seus primeiros anos, e nos do centro de saude do Instituto de Higiene, na fase atual de seu funcionamento, que data de pouco mais de um ano. Isto mesmo, como o atesta J. P. Fontenelle (23), se verificou no posto de Bangú, onde as atividades puramente clínicas, sem escopo sanitário e profilático, não eram exercidas. Carlos Sá (24) refere resultado idêntico, alcançado, aliás, com eficiência máxima, no posto de Campos, Estado do Rio, quando se consagrou a intensiva atividade profilática, abstraindo-se do trabalho de ambulatório clínico.

Os serviços dos Centros de Saude devem, de preferência, velar pela conservação da saude dos seus matriculados. — O exame médico periódico.

Os exames médicos periódicos assumem, no centro de saude, a maior importância, pois visam a conservação da saude, permitindo que se surpreendam processos mórbidos ainda no seu início, a tempo, portanto, de correção mais segura e facil.

Devendo ser preocupação exclusiva do centro velar pela conservação da saude dos moradores do distrito a que serve, isso poderá ser conseguido pela frequência de indivíduos sãos ou que tal se julgam, nos quais, exames médicos periodicamente feitos, poderão precocemente surpreender moléstias no seu estado incipiente, a tempo que orientação adequada seja fornecida e evitados assim maiores males.

O médico que vai fazer parte de um serviço desta natureza, por força do objetivo visado, não poderá atuar como o faria na clínica privada, hospitalar ou de dispensários, e sim, revestir-se da conciência de higienista, tendo em mira a preser-

vação da saude dos matriculados e não o tratamento de males que não repercutam na coletividade ou descendência, pois, de outra forma, prejudicaria a função primordial da organização.

Deve colorcar-se na posição de médico de companhia de seguro, onde, ao lado da prática do exame clínico inicial, em que se afastam os candidatos à provavel morte próxima, são os segurados acompanhados para que a sua vida seja prolongada ao maior limite.

E' com justificado orgulho que companhias como a Metropolitan Life Insurance Company publicam frequentemente estatísticas comparativas da morbilidade e mortalidade em seus segurados, e respectivas fichas, e a morbilidade e mortalidade gerais nos Estados Unidos.

Naturalmente, devido à educação que receberam, e tambem ao fato de ainda serem os médicos consultantes que trabalham em centros de saude, na sua maioria, funcionários de tempo parcial, que, em outras horas, atendem a clínica privada ou hospitalar, a compreensão de tal medida só muito lentamente vai sendo adquirida.

A necessidade, ou, pelo menos, a frequência dos exames já é regra, mesmo entre nós, nos serviços de higiene escolar e nos de pediatria, onde mais facilmente a idéia tomou pé, por ser já da conciência geral que grande parcela da mortalidade infantil corre por conta de desvios de normas higiênicas por parte de mães ignorantes. Assim como os pediatras e os médicos em geral já compreenderam que a maior parte dos problemas de pediatria são resolvidos pela puericultura e pela higiene infantil, e cada vez mais vêm praticando exames periódicos em crianças sãs, educando as mães nas regras de preservação da saude de seus filhos, no preparo de alimentos adequados, etc., o médico de adul-

tos dos centros de saude deve possuir a mesma orientação, e, por meio de exames periódicos de indivíduos sãos ou ligeiramente enfermos, instruí-los nas regras tendentes a preservar a saude e orientá-los, quando necessário, para serviços de ordem puramente clínica. Excetuar-se-ão apenas certos tratamentos que pela natureza da doença em questão, quando há lucro evidente para a saude coletiva, ou para garantia da prole, podem, aliados à parte educativa, ser feitos nos próprios centros de saude. Nestes casos, portanto, trata-se de assistência com finalidade sanitária. Entre tais doentes, arrolam-se os venéreos contagiantes, os tracomatosos, os verminóticos e outros.

São de M. Barral (25) os seguintes conceitos, que assinalam o alto valor das medidas preventivas, as quais devem tomar a dianteira nas grandes campanhas e jamais se deixarem proscrever pela medicina curativa, cuja ação "n'est pas assez étendue, ne peut s'exercer que lorsque le malade vient spontanément au medicin, c'est-à-dire, lorsqu'il souffre ou qu'il constate lui-même des signes objectifs de maladies; il est alors souvent trop tard. Il devient à ce stade fréquemment impossible d'enrayer la maladie; elle est trop avancée, l'organisme ne peut plus réagir suffisamment et faire même le frais d'un traitement... C'est là que la médicine préventive vient prendre toute son importance, grâce à l'higiène et à la prophylaxie, et surtout le dépistage des maladies à extreme début, dépistage que devient possible si l'individu subit à intervalles réguliers un examen médical sanitaire complet".

No dia em que a educação sanitária estiver difundida por grande parte da população; quando todo indivíduo tiver consciência das vantagens de se submeter ao

exame médico pelo menos uma vez cada ano, o que permite, como já foi dito linhas atrás, surpreenderem-se muitas doenças no seu início, a tempo de serem facilmente curadas, ou, pelo menos, de prevenir-se a sua generalização, o objetivo principal, que é a conservação da saude, será atingido. Nesse dia, com as massas educadas, teremos alcançado o estádio que hoje se usufrue, por exemplo, na Dinamarca, onde certos aparelhamentos de aplicação sanitária, por desnecessários, são como que inexistentes.

Importância da educação sanitária — Principal arma e fito do Centro de Saude.

Foi o século atual que, como consequência lógica dos fatos, pôs em evidência a necessidade da conjugação de esforços nos aparelhamentos de assistência médica ou sanitária, verificada que foi a enorme importância que os problemas sociais vieram a desempenhar nas coletividades, os quais tanto se entrelaçam com as principais questões sanitárias, como a da mortalidade infantil, a da luta antivenérea, antituberculosa e outras.

Nesse aparelho (centro de saude) é da mais assinalada importância o serviço de educação sanitária, visto ser este o seu principal ***desideratum***. E' pela educação que modernamente se orienta a resolução dos problemas não só de saude pública como todos os demais que interessam às coletividades, a-fim-de se obter a cooperação popular conciente, sem a qual são mínimos os resultados, e geralmente contraproducentes as medidas coercitivas.

Como organismos de difusão de conhecimentos sanitários, avulta a obra dos visitadores de higiene ou educadores sanitários, emanações do centro de saude.

O mister das visitadoras e o que representa na extensão do serviço

Mesmo em relação aos dispensários especializados, desde muito se tornou patente a necessidade de visitas regulares aos matriculados, tornando-se, assim, efetiva a

ligação entre os médicos e os lares, medida essa imposta não só pelas necessidades de ordem estritamente médica, como pelas de assistência social, indispensavel.

Os visitadores, que até os fins do seculo XIX eram representados pelos enfermeiros, geralmente homens, foram tomando outra feição: — a de mensageiros da higiene e das medidas preventivas, recebendo para isso instrução geral e técnica, de carater principalmente higiênico-social. E ainda: dada a maior facilidade de sua ação nos lares, deu-se preferência às mulheres, às ***visitadoras***, sendo afastados desta tarefa os homens.

Essas visitadoras, que trabalham em listritos onde desempenham funções de assistência social e de higiene em geral, serviram em forma organizada, pela primeira vez, nos serviços de ***Henry Street Settlement***, em Nova York, sob a direção de Lilian Wald.

O número de visitadoras dessa natureza elevou-se notavelmente, não só nos Estados Unidos como tambem em outros paises.

Visitadoras monovalentes e polivalentes.

Tambem as visitadoras, a principio ligadas a determinados problemas sanitários, tiveram que alargar sua ação a todos os problemas locais, médicos e sociais, tornando-se polivalentes, e, assim, acompanhando, paralelamente e pelos mesmos motivos, a transformação dos dispensários especializados em centros de saude, pois "verificavam, em cada domicílio onde penetravam, a unidade do problema da saude familiar". (26)

A superioridade desse método ficou evidente com a experiência do ***East Harlen Health Demonstration***, em Nova York, nos anos de 1922 e 1923, onde serviços paralelos de monovalência e polivalência foram instituidos, para a verificação dos seus

respectivos valores. Muitas eram as organizações de fins especializados existentes na cidade, com as visitadoras trabalhando nos seus campos respectivos, sem coordenação alguma entre os serviços. Quatro, dentre elas, decidiram coordenar seus esforços em uma determinada zona da cidade, durante algumas semanas. Foram as seguintes: a *"American Red Cross"*, a *"Association for Improving the Condition of the Poor"*, a *"Maternity Center Association"*, e o serviço de visitadoras de *"Henry Street Settlement"*, às quais, posteriormente, veiu se juntar a *"Laura Spelman Rockefeller Memorial"*.

Tal distrito, o *East Harlen*, foi, então, dividido em dois setores, onde, paralelamente, se estabeleceu: — em um, o serviço polivalente, atendendo cada visitadora a todas as faces do problema sanitário que competia a cada uma das organizações, separadamente; no outro, cada uma atuava em suas atribuições especializadas. A conclusão foi que, em relação ao trabalho de polivalência, o rendimento alcançado foi maior, sem que se tivesse verificado diferença essencial de qualidade. A visitadora especializada, como é natural, exerce funções que, pela sua natureza, só objetivam o indivíduo, enquanto que a visitadora polivalente encara a família em seu conjunto, o que assegura um serviço contínuo de visitas, facilitando-se a verificação de todos os problemas sanitários e sociais da família. Registou-se, mais, que no setor polivalente as visitadoras viram, à domicílio, 27 % mais de famílias, cuidaram de doentes, fizeram a vigilância sanitária sobre 46 % mais de indivíduos, e levaram a efeito 40 % mais de visitas a domicílio do que as do setor especializado. Alem disso, a resposta às visitas em domicílio, demonstrada pela afluência aos

dispensários, palestras, reuniões, etc., foi mais consideravel no setor polivalente.

Tambem pelo lado econômico se mostrou mais vantajoso o serviço polivalente, pois o custo das visitas feitas por visitadoras especializadas foi mais elevado. (27)

O serviço generalizado, como diz Barros Barreto (28), é, incontestavelmente, superior ao especializado, pela economia de tempo e pelo mais estreito contacto pessoal que estabelece entre o agente da saude pública e a população do setor.

Esse padrão, por ele novamente instituido em S. Paulo, já existira ao tempo dos antigos centros de saude, tendo, infelizmente, mais tarde, retrocedido para a especialização.

Evolução dos Centros de Saude no estrangeiro e entre nós

Como tudo que é novo, mesmo nos Estados Unidos a organização de centros de saude teve, de início, que lutar contra o espírito conservador do meio, e sua obra foi grandemente prejudicada, assim com outras, de carater semelhante, que imediata ou concomitantemente se quiseram por em prática. Mas, apesar da oposição encontrada, acabou vencendo, lá como em toda parte, e, em 1913, o estabelecimento do primeiro centro de saude em Nova York, a sudoeste de Manhattan, pelo ***New York Milk Committee,*** marcou o decisivo impulso que viriam a tomar tais instituições.

A experiência, levada a efeito num bairro de habitações coletivas, revelou-se tão econômica à administração, e tão bem recebida foi pela população, que logo se cogitou de estender os centros a toda a cidade, de forma que, nos seus respectivos distritos, operassem os mesmos de maneira idêntica à por que operam, por exemplo, as delegacias de polícia, as secções de bombeiros, os tribunais e as escolas distritais.

E' o que está fazendo a Municipalidade de Nova York.

Em recente relatório apresentado à ***Milbank Foundation,*** daquela cidade, o professor C. E. A. Winslow (29) aprecia o trabalho do dr. Margaret Witter Barnard, assinalando o progresso alcançado em torno a problemas decorrentes do programa de ação atribuido aos centros de saude daquela grande cidade. Mostra como a ação evidencia a possibilidade de se localizarem unidades de saude pública em pequenos grupos de populações, a-fim-de melhor se atenderem às reais necessidades locais. Essas unidades se adaptam perfeitamente a esses grupos, com os recursos de que se dispuser.

Após os estudos iniciados entre 1914 e 1917 pelo ***Harlen Health Center,*** pela ***Red Cross*** em 1921 e pelo ***Bellevue-Yorkville Demonstration,*** resultou da cooperação entre a ***Milbank Memorial Fund*** e o Departamento de Saude, em 1925, a criação do ***Central Harlen Health Center,*** pelo Departamento de Saude, em 1930, ficando o ***Committee on Neighborhood Healt Development*** encarregado, pelo mesmo Departamento, em 1929, do estudo da questão, elaborando um programa de serviço sanitário para a cidade de Nova York.

Desse programa consta a divisão da cidade em trinta distritos de 250.000 habitantes, aproximadamente, subdivididos em áreas sanitárias de 25.000 habitantes. Cada uma dessas divisões é chefiada por um médico sanitarista, trabalhando em regime de tempo integral, perfeito conhecedor da situação local e, portanto, das suas necessidades. Deste programa resultou a criação, no Departamento de Saude, de um ***bureau*** de saude distrital, que alcança todo esse serviço e se incumbe de desenvolvê-lo gradualmente.

Triunfantes nos Estados Unidos, os centros de saude se impuseram tambem em outros paises, europeus ou americanos.

Aperfeiçoada alí, como vimos, foi somente nos fins do período da guerra mundial que a organização de centros de saude começou a ser reintroduzida na Europa, graças às demonstrações dos norte-americanos, que, em seu país, há muito já haviam verificado a necessidade de entrelaçamento das atividades concernentes aos principais ramos da assistência médico-social.

Grato é anotar que S. Paulo, foi o pioneiro da nova idéia, não só no Brasil como em toda a América do Sul, com a criação, no Instituto de Higiene, quando este ainda em seu velho prédio, à rua Brigadeiro Tobias, 45, em 1922-1923, de um pequeno centro, iniciado como posto de verminose, a princípio em fase experimental.

Em 1925, por proposta de um de nós, (G. P. S.) então diretor do Serviço Sanitário, o governo estadual criava mais dois centros na Capital, dos oito pedidos, alem do anexo ao Instituto de Higiene, que já se desenvolvera completamente.

O plano apresentado, que visava toda a população da Capital, a qual na ocasião orçava por 800.000 habitantes, teve que ser, por força da oposição encontrada em espíritos acanhados, reduzido para três centros apenas, pelo que a sua ação somente se fez sentir sobre uma pequena parte da cidade, onde, todavia, prestaram serviços de monta.

Assim como os primeiros centros norte-americanos brotaram de serviços de higiene infantil e outros, o do Instituto de Higiene, de 1922-1923, era o fruto do desenvolvimento de um pequeno posto experimental contra verminoses e de outro contra doenças do trabalho, estendendo-se,

após, aos principais ramos da assistência sanitária.

Como nos Estados Unidos, esta inovação encontrou adversários ferrenhos, entre os quais se contavam, — é de se admirar — principalmente, médicos de responsabilidade política e figuras conspícuas na administração sanitária do Estado. Estes adversários, descrentes do processo eminentemente educativo dos centros, batalharam para que o plano não vingasse, chegando-se assim, mais tarde, primeiramente ao seu falseamento e, depois, em 1931, à própria extinção da Inspetoria que os superintendia. E se não conseguiram *in-totum* o seu objetivo, de muito prejudicaram o plano, pela sua restrição a proporções mínimas. E' de se registar, com tristeza, que após a demonstração brilhante da sua aplicabilidade entre nós, na Capital, os três centros que ainda perduravam desaparecessem, dando lugar a dispensários isolados, de diversas especialidades, e executando, alem de serviços de assistência sanitária, outros exclusivamente de assistência médica sem aquela finalidade.

No Instituto de Higiene de São Paulo, entretanto, a idéia não morrera. Assim é que, logo que instalado no seu novo prédio, no Araçá, entrou em funcionamento o seu centro de saude, o qual se destina, principalmente, ao treinamento dos alunos da Escola de Higiene e Saude Pública, — finalidade primordial do Instituto, — e serve à população do distrito do Jardim América.

Daremos, adiante, informações mais pormenorizadas sobre o funcionamento e instalações desse centro, que é hoje o único no gênero, existente na Capital.

No interior, a organização vingou, originando-se os postos permanentes, inicialmente mantidos pelo Estado em cooperação com a Fundação Rockefeller e, por

aquele absorvidos quando da criação da Inspetoria de Higiene dos Municípios, sendo, entretanto, ainda hoje em número muito reduzido, pela carência de recursos. Atestam as suas vantagens os pedidos contínuos das prefeituras municipais, para a instalação de tão uteis instituições.

Pelo Decreto n. 3.876, ficavam os centros de saude criados em 1925 submetidos à nova Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saude, cuja atuação tambem se faria sentir no interior do Estado, orientando os trabalhos dos postos de higiene da Inspetoria de Higiene dos Municípios, onde existissem. Estes postos, que constituiam uma organização elástica, talhada dentro das possibilidades do momento, eram verdadeiros centros de saude, que paulatinamente se multiplicariam, mercè da colaboração do Estado e das municipalidades interessadas, e, no início, tambem da Fundação Rockefeller.

Eram os centros formados por um conjunto de serviços, em que a preocupação principal era prestar assistência sanitária às populações, excluindo-se o mais possivel a assistência médica sem aquele carater, isto é, que não tivesse finalidade puramente sanitária. Preparava-se terreno para mais tarde entregar, tambem, a essas instituições, todas as atividades da administação sanitária do distrito, como se verificou em Inhauma, por exemplo, posteriormente, quando da demonstração dirigida por Fontenelle naquela localidade do Distrito Federal. A reforma instituida pelo dr. Raul de Almeida Magalhães, no Estado de Minas, e que vai, pouco a pouco, ganhando terreno em vários outros Estados, tomou-a por base.

Em S. Salvador, na Baia, os serviços de higiene se dividem por três centros de saude distritais, para alguns dos quais

recentemente se construiram edifícios apropriados.

Em Pernambuco, a atual administração sanitária se exerce por intermédio de centros de saude, orientados por serviços especializados, contando-se, na Capital, quatro distritos sanitários, cada um com o seu centro de saude, onde todas as atividades de higiene se processam, inclusive a assistência sanitária, através dos dispensários dos centros. A divisão por funções foi substituida pela divisão por distritos, permitindo, como diz Jansen de Melo (30), uma verdadeira descentralização, mercê da distribuição, pelos centros de saude, dos serviços das inspetorias técnicas, antes disso isoladas como em compartimentos estanques, cada uma com seu aparelhamento burocrático.

No Distrito Federal, João de Barros Barreto, que tem sido um grande propagandista e realizador dessa moderna norma de administração sanitária, ultima a montagem de 12 centros de saude distritais, aos quais já estão confiadas todas as atividades sanitárias dos distritos.

Em São Paulo, um de nós (F. B. V.), em relatório apresentado ao governo, clama pela reorganização dos serviços de saude pública, que propõe sejam orientados pela atuação por meio de centros de saude distritais, voltando-se, dest'arte, ao desenvolvimento do plano de 1925, que fora abandonado em 1931.

Como já vimos, o número de centros da capital de S. Paulo ficara, logo ao tempo da sua criação, reduzido a três: o Modelo, anexo ao Instituto de Higiene, e mais dois distritais (Brás e Bom Retiro) dos oito pedidos. O centro Modelo começara a funcionar, como tal, em janeiro de 1925, o do Brás em julho e o do Bom Retiro em dezembro do mesmo ano. A população da Capital era, então, de cerca de

800.000 habitantes. Na impossibilidade de atenderem, esses centros, a toda a população da Capital, o que era óbvio, a sua ação ficou delimitada à população daqueles distritos, principalmente. Ficou-se à espera de que novos centros fossem instalados, pelo menos nos distritos mais distantes, o que, entretanto, por falta de compreensão do seu valor, não se conseguiu. Pelo contrário, os centros de saude de então, organizações essencialmente sanitárias, foram, mais tarde, desmembrados em dispensários, de especialidades várias e dispersos, o que desvirtuou fundamentalmente, neste capitulo de tamanha importância, o seu escopo anterior, quase que exclusivamente sanitário.

O serviço, que pela primeira vez funcionava oficialmente no Brasil, tinha por finalidade, quando criado, promover a formação da conciência sanitária do povo em geral. Possuia carater essencial de assistência sanitária e era estranho, consequentemente, a toda a clínica que não tivesse tal objetivo. A educação sanitária era feita com toda a generalidade possivel e pelos processos mais práticos, de modo a impressionar, a convencer os educandos, facilitando-lhes a aquisição de hábitos de higiene. Era ministrada ao indivíduo, isoladamente, ou em grupos, como conviesse, e professada nos centros de saude, nas visitas domiciliares, nas escolas, nas fábricas, nos estabelecimentos comerciais fabrís, e outros pontos de reunião. Visava, de modo especial, a higiene individual, a pre-natal, a infantil e a da idade escolar, aproveitando a oportunidade apresentada pela infância para a implantação de hábitos sadios. Eram objeto de maior atenção as crianças desnutridas ou que apresentassem defeitos físicos, e os exames médicos periódicos. Por outro lado, atendia tambem aos focos possiveis de disseminação de doenças, co-

mo a tuberculose, as doenças venéreas, verminoses e outras.

Educação sanitária popular, imunização contra doenças transmissiveis, orientação sobre puericultura, tratamento dos indivíduos disseminadores de infecção, pesquisa dos focos na comunidade, etc., constituiam as principais cogitações dos centros de saude.

Embora constando cada centro de uma reunião de dispensários, o carater clínico aí não era primordial, mas só e unicamente um elemento secundário de profilaxia.

Desde os primeiros meses de seu funcionamento, com serviços quase que exclusivamente de finalidade sanitária, a frequência e os resultados foram os mais lisonjeiros possiveis, como podemos ver pelo resumo geral do movimento dos centros durante os meses que funcionaram, em 1925.

No seu conjunto, o terreno começava a ser desbravado, para enfrentar a inevitavel socialização, para a qual caminha a medicina.

Como bem pondera Newsholme (31), a socialização, cujo mais antigo aspecto é representado pela vacinação antivariólica, já se manifesta, total ou parcialmente, sem contestação, em várias atividades médicas, como o tratamento gratuito das doenças infectuosas em hospitais mantidos pelo Estado, às expensas do povo, em sua maioria, manicómios, imunizações contra a varíola, difteria, febre tifóide, etc., tratamento da tuberculose, doenças venéreas, assistência à infância, desde a fase gestativa até a idade escolar, etc.

Educadores Sanitários

A ausência de uma escola de enfermagem eficiente em São Paulo, em 1925, fez com que se buscasse sanar essa falta aproveitando professores diplomados que, após um curso de especialização sanitária na

Escola de Higiene do Estado (Instituto de Higiene) pudessem ser encarregados de serviços de assistência social, serviços que em outros lugares são feitos pelas enfermeiras visitadoras de saude pública. O resultado foi tão bom que mesmo que se venha a fundar uma escola de enfermagem, as suas diplomadas poucas vezes poderão ser tão eficientes como as atuais educadoras, já imbuidas da noção educativa, antes que da médica.

O trabalho dos educadores sanitários, que começou a ser aproveitado por obra do citado Decreto 3.876, e que se manifesta tanto nos centros como nos serviços de visitas, constituiu entre nós, indubitavelmente, o *pivot* essencial do triunfo, o que ficou plenamente demonstrado. O seu pessoal, especializado em higiene, é constituido por professores primários, que à prática de métodos de ensino juntam o conhecimento de assuntos sanitários, haurido em cursos regulares, ministados no Instituto de Higiene de São Paulo. O serviço de visitas, polivalente em sua natureza, redunda eficaz e econômico.

Os centros de saude contêm, em sua organização, serviços médicos de finalidades sanitárias. Não são simples dispensários, que atendem a quem os procura. Mais do que dispensários, são organismos de ausculta direta das necessidades da população. Parte importantíssima dos mesmos são as visitadoras de saude pública, que lhes distendem a ação. Tal serviço velará para que dos centros de saude se faça a ligação necessária às escolas, às fábricas, aos quartéis, e, principalmente, aos lares. São as disseminadoras da boa semente, que, na faina de elevar a conciência sanitária, preparam, para o futuro, condições como as que se verificam, mesmo, hoje em dia, em nações adiantadíssimas, tais como as escandinavas, onde a administração sa-

nitária passa quase despercebida, por ser admiravelmente suprida pela educação sanitária, perfeitamente generalizada.

Essas visitadoras de higiene são, entre nós, as educadoras sanitárias, classe que se originou em nosso próprio meio, instituição genuinamente paulista. Na prática, revelaram-se ótimas colaboradoras dos trabalhos de saude pública. O seu corpo profissional é constituido por professoras normalistas, que, após seleção, seguem no Instituto de Higiene de S. Paulo, um curso de especialização de um ano no mínimo. O serviço de visitas deve ser de natureza polivalente, aliás, de acordo mesmo com o requisito que rege a organização dos centros de saude, onde todos os serviços se entrosam uns aos outros. A mesma visitadora que vai a um lar educar e velar pela observância do serviço de higiene pre-natal, por exemplo, dedicará suas atividades a outros problemas acaso aí existentes, seja de higiene infantil, de tuberculose, ou de qualquer outra natureza. Assim orientado, torna-se o serviço mais econômico e eficiente, como a prática demonstrou sempre.

Importância de serviços nos municípios.

A importância dos municípios e distritos nas organizações de administração vem sendo reconhecida modernamente, tanto por parte dos estudiosos como por parte das autoridades, e, consequentemente, diz Joseph W. Mountin (32), do Serviço Sanitário Federal Americano, o ***condado*** vem sendo utilizado, cada vez mais, na administração de muitos serviços públicos, tais os de saude, de educação, rodovias, etc., tanto para as cidades contidas no município como para as áreas rurais.

Em relação a serviços de saude pública, o movimento, nos Estados Unidos, tendente à criação de departamentos municipais, iniciou-se em 1911, nos Estados.

de Washington, Carolina do Norte, Kentucky, e continuou a se estender, havendo no país, em 1931, cerca de 616 condados ou distritos comparaveis, que recebiam os benefícios de organizações locais, sob a direção de sanitaristas de tempo integral, com ou sem auxílio do Estado, conforme as suas condições econômicas.

Em 532 organizações sanitárias, que em 1932 serviam 581 condados, ou unidades comparaveis em população, apenas 29 só contavam com um médico sanitário; em 171 havia um médico sanitário e uma enfermeira; em 35 um médico sanitário e duas enfermeiras; em 124 um médico sanitário, uma enfermeira e um inspetor; em 33 um médico sanitário, duas enfermeiras e um inspetor. Organizações maiores operavam em subúrbios ou em cidades grandes.

Praticamente, todos os Estados na União Americana consignam, em seus orçamentos, verbas para auxílio, desenvolvimento e estabilização de serviços locais de saude pública, a influência do Estado sendo exercida de várias maneiras, tais a elaboração de leis e regulamentos para serem observados pelos serviços locais, enumeração de deveres, especificação de requisitos para admissão de pessoal, etc. A autonomia local varia de um Estado para outro: em alguns, os departamentos locais de saude pública são praticamente unidades independentes, verificando-se isto particularmente naqueles em que o departamento central não é bem organizado ou onde todo ou grande parte dos fundos provêm do próprio condado. Verifica-se o contrário naqueles em que os fundos provêm principalmente do seu orçamento. A tendência, entretanto, acentua-se para um maior controle por parte do Estado.

O mesmo Joseph W. Mountin, já citado, discutindo as tendências modernas em administração sanitária rural, diz que,

a despeito das muitas formas de organização sanitária ainda vigentes nos Estados Unidos, a opinião vai se dirigindo para os seguintes princípios:

"O serviço de saude precisa ser localizado de maneira que as necessidades da população sejam compreendidas e os recursos da comunidade mais vantajosamente empregados. A população de tal área cumpre ser de tamanho suficiente, a-fim-de tornar possivel uma administração eficiente e uma distribuição razoavel do custo. Os serviços básicos devem ser desempenhados pela direção oficial de saude pública, pois só assim poderão receber o necessário apoio legal e bases estaveis de apoio financeiro. Todos os encargos técnicos, é indispensavel que sejam desempenhados por pessoas que preencham requisitos profissionais definidos. Os chefes precisam ter experiência anterior em cargos administrativos, alem de educação profissional básica. Nos Estados em que os serviços de saude pública ficam sob a responsabilidade de subdivisões políticas locais, o departamento estadual de saude deve assumir tal responsabilidade, de forma que possa ser concorde com as leis locais e tradições de governo, para assegurar, pelo menos, um padrão mínimo de serviço em todo o Estado".

A orientação moderna em administração sanitária visa finalidades tais que sem o ***centro de saude*** não poderiam ser atingidas. O sistema de atuação sanitária por meio de tais aparelhos, sejam distritais ou regionais, é que assegura a proteção sanitária eficiente. Em vez de divisões rigidamente delimitadas de serviços, sem ligações internas umas com as outras, a administração exercida por meio dos centros ataca as dificuldades com a mais percuciente visão de conjunto. A sua organização, sempre de carater ascendente, per

mite a cada centro servir à população em quotas de 100.000 a 150.000 habitantes, com a maior extensão domiciliária possivel dos benefícios que promove. Já na atuação por meio de inspetorias especializadas e delegacias, a atuação, ao contrário, é descendente: direção central, inspetorias que trabalham isoladamente, cada uma em sua esfera de ação, apenas parcelas das populações, mesmo nas cidades, podendo ser assistidas, parcial ou simultaneamente, por organizações que não podem se articular, tudo com prejuizo evidente para a saude pública e para o Estado.

A carreira Sanitária e o Tempo Integral

Falha sensivel em todos os tempos e de repercussão profunda na técnica dos serviços, é a da inexistência da carreira sanitária, grave lacuna que cumpre sanar, instituindo essa carreira, que se constituiria com elementos diplomados em cursos oficiais de especialização técnica, como já prevê a Lei federal e submetidos ao regime de tempo integral de trabalho, *(full-time)*, que é, pela sua significação, de importância decisiva, com remuneração adequada.

Assim, os médicos clínicos, *dilettanti* sanitaristas quando manifestam algum interesse pelas funções sanitárias, em rápidas horas que não perturbem interesses particulares, substituir-se-iam por médicos sanitaristas e técnicos de inteira devoção à causa pública, e, fato importante, condignamente remunerados.

No estado atual de desenvolvimento da ciência sanitária seria inteiramente óbvio fundamentar, em larga digressão doutrinária, o acerto, o alcance, e, sobretudo, a imprescindibilidade de tais normas de administração. Pode-se, mesmo, afirmar que não adotá-las será fazer obra impensada, de eficiência sempre duvidosa, — o que evidentemente jamais se permitiria em

matéria de segurança da saude. Nos serviços de que se trata, à competência técnica de ***médico-sanitarista,*** por exemplo, confiam-se misteres que escapam à improvisação mais inteligente ou intuitiva que seja. O sanitarista é um profissional que exerce atividade e antes de tudo em função direta e imediata do interesse social. Os objetivos que essa nobilíssima profissão visa, se requerem o maior desprendimento pessoal, exemplaridade absoluta, e dedicação integral de quem a exerce, é rigorosamente lógico que só podem ser colimados quando o profissional possue a cultura técnica devida, e o Estado o remunera na proporção justa do trabalho que lhe é prestado, em regime verdadeiramente excepcional de eficiência.

O trabalho sob regime de tempo parcial compreende-se naqueles serviços que, pela sua natureza burocrática, não exigem, para sua eficiência, uma como que diuturnidade de esforços. Mas não é isso o que ocorre com certas funções de saude pública.

A obrigatoriedade do regime de tempo integral, para aqueles cargos que integram a carreira sanitária, é condição ***sine qua non*** dessa mesma carreira. A lição dos paises cultos é uniforme nesse sentido. Aquí, tambem, em 1925, iniciou-se a prática desse regime, pois pelo Decreto 3.876, o inspetor chefe e o inspetor auxiliar da Inspetoria de Centros de Saude e o inspetor chefe e chefes de postos da tambem hoje extinta Inspetoria de Higiene dos Municípios, somente se podiam ocupar dos serviços de Higiene, sendo-lhes vedada a prática médica privada, mas a Lei 2.121, de dezembro daquele ano, vibrou-lhe golpe mortal, revogando o carater obrigatório previsto. O carater facultativo que lhe deu, importou na proscrição da maior conquista administrativa que o nosso Estado alcançara.

A tendência de cada vez mais se empregar pessoal nessas condições vai se impondo. Nos Estados Unidos, o sistema *part time*, nas organizações sanitárias, vai cedendo o passo a organizações que empregam o tempo integral. No presente, mais de 500 serviços municipais de saude pública já o adotam, pela falência do método anterior. Assim se exprime a "White House Conference on Child Higiene and Protection", convocada pelo Presidente Hoover: "The system of part time rural health officers has definitely failed to adapt itself to the modern conception of public health and cannot be expected to do so in the future". "Effort to conduct special phases of public health activity in adapt itself to the modern conception of a sound, permanent health organization, are unusually expensive, inefficient and temporary in effect". E o que se nota nos serviços rurais, tambem se observa nos urbanos: "...there seems to be an encouraging tendency towards the employment of full-time executives", recomendando-se "plans providing every local area, whether city, county or combined units with service of a full-time health organization and a well-trained personnel". "Such full-time health organization should have adequate finantial support". (33)

Há uma carreira judiciária e policial, uma carreira professoral, uma carreira militar e há uma carreira sacerdotal. Por que não se instituir uma carreira sanitária, quando os objetivos visados pela saude pública constituem lei suprema?

Os Estados Unidos, que têm sido os maiores propugnadores da instituição da profissão sanitária integral, para este fim muito têm contribuido, sendo já numerosas, em seu território, as escolas de higiene, destinadas a preparar pessoal adequado especialmente aos trabalhos de saude pública.

E não é só no estrangeiro que isso se verifica. O Instituto de Higiene de São Paulo, que é a Escola de Higiene e Saude Pública do Estado, mantem curso de saude pública reconhecido por lei da União, e está habilitado a preparar sanitaristas. Cumpre prestigiar cada vez mais esse curso, no próprio interesse do nosso progresso sanitário.

Um de nós, (G. P. S.) em outro trabalho, procurou definir o regime de tempo integral como sendo o que se instituiu "com o fim de colocar determinados cargos nas mãos de profissionais que a eles pudessem dedicar a totalidade de seus esforços, sem que pela necessidade de assegurar a existência de forma condizente com a sua posição social, tivesse que distrair a atividade em outros misteres".

Assim, não se exprime "tempo integral" em número de horas por dia. O trabalho em excesso, alem do horário estabelecido por um determinado regulamento, apenas poderia ser classificado de regime de trabalho com tempo extraordinário, ou adicional, que não implica nas demais obrigações do regime de tempo integral.

Quando da sua introdução entre nós, consultado o presidente da Fundação Rockefeller, dr. George Vincent, autoridade na matéria, porisso que o sistema já se impusera nos serviços daquela instituição, assim se exprimiu, em carta datada de 1923: "Full time as applied to the members of a medical laboratory staff cannot be defined in terms of hours per day. I am sure that he (Dr. Pearce) could not conscientiously agree to any plan which was based upon such an idea. Full time means the complete devotion of a man to a scientific subject without income, directly or indirectly derived from his scientific knowledge except as his services are recognized by the payment of a salary from the budget of a medical school or re-

search institution, i. e. there can be no element of private practice or of commercial interest".

Contrariamente ao clínico, que pode se fixar no lugar que eleger para sede de suas ocupações ou atividades, o sanitarista, para bem corresponder ao que dele pede o interesse público, necessita estar ora aqui, ora acolá, hoje cuidando de um problema urbano, amanhã levado a uma zona rural, solicitado, enfim, pelas necessidades do momento, que lhe cumpre atender, onde ela ocorra. Não é o cliente que o reclama, porem o problema local que o atrai, que o desloca. Isto põe em evidência que toda concomitância do exercício da clínica privada com a função sanitária, para não causar incômodos à primeira, desvirtua a segunda.

De qualquer maneira, para os serviços de higiene não convem o regime de tempo parcial, como já ficou claramente provado acima.

Em todas as campanhas sanitárias frutíferas, de que se tem notícia, o trabalho se processou de fato nesse regime. A vitória do Panamá, a luta contra a febre amarela ou a peste, dos primeiros tempos da República, entre nós, são disso exemplos edificantes. Somente, então, não se discriminava o regime de serviço. Os problemas empolgavam as administrações sanitárias em vias de formação e ainda sem o peso da técnica burocratizada; os médicos, na sua maioria jovens e no início da carreira, não eram absorvidos pela clínica privada: podiam dar, assim, toda a sua energia e entusiasmo à causa da saude pública.

Osvaldo Cruz e Emílio Ribas são os mais brilhantes atestados do que afirmamos.

Os trabalhos de saude pública exigem inteiro e exclusivo devotamente dos que deles se encarregam.

Compreendendo nitidamente essa necessidade, antes de se formular o regime de tempo integral entre nós, os responsaveis pela higiene pública já reclamavam medidas nesse sentido. O primeiro inspetor de higiene da Província de São Paulo, dr. Marcos de Oliveira Arruda, em seu relatório de 1887 ao inspetor geral de higiene do Império, assim se exprimia. "O desejado, feliz e rápido avultamento desta população pela imigração, não pode deixar de acarretar certa ordem de perigos e graves necessidades para a saude pública, como os que sempre determinam direta e indiretamente as súbitas diferenças nas densidades dos povos, e conseguintemente faz sentir que a natureza, compromissos e importância dos ***serviços de higiene*** nesta província, ***envolvem tanta responsabilidade e tanto se destacam, que os seus encarregados não devem e nem podem ter qualquer outra ocupação mais, alem da perene tarefa pela saude pública,*** (*) sendo por essa mesma razão indispensavel se montar, manter e completar a repartição de higiene, e duplicar-se a remuneração que percebem os seus quatro membros componentes, — o que tudo está muito de acordo com as necessidades e com as grandes rendas da província".

Mais recentemente, o período de demonstração do plano de higiene rural, por meio de campanha de saneamento e fundação de postos permanentes, e, finalmente, a excelente organização nacional, e tambem a paulista, do serviço contra a febre amarela, em que o tempo integral constitue um dos seus mais sólidos alicerces, são disso testemunho evidente.

O problema, na sua aplicação, se encontra algumas dificuldades, são todas elas removiveis, com relativa facilidade. A mais séria diz respeito à remuneração, que deve ser justa e até folgada. Mas que é que se observa hoje em dia no particular?

(*) O grifo é nosso.

Por um lado, uma larga e generosa remuneração ao excessivo número de funcionários que apenas dedicam parte de seu tempo e atividade profissional ao serviço público; e por outro, insuficiente compensação àqueles que, ***de fato podem*** oferecer trabalho util no regime de tempo integral. Um médico de higiene, em São Paulo, no regime comum, percebe Cr$.... 19.200,00 anuais, trabalhando, na melhor das hipóteses, apenas um período por dia, seja pela manhã, seja à tarde, sendo, por vezes, esse período de trabalho, excessivamente **reduzido.**

O mesmo funcionário, em regime de tempo integral, — prevê o dispositivo legal, — passaria a ganhar 50 % mais, ou sejam Cr$ 28.800,00, e se obrigaria a dar toda a sua atividade ao serviço. Em outros departamentos, funcionários de categoria equivalente percebem apenas Cr.$ 24.000,00, como é o caso de assistentes de tempo ingral da Faculdade de Medicina, e Cr$.... 21.600,00 os assistentes de igual regime do Instituto de **Higiene.**

Argumentemos, portanto: se se remunera um assistente do Instituto de Higiene, em regime de tempo integral, com 21.600,00, não se concebe apenas uma diferença de 2.400,00 anuais a menos, para quem dá ao serviço público uma parcela muito inferior à metade dos serviços prestados por **aquele.**

Cumpre ir, aos poucos, substituindo os lugares de regime de tempo comum, tão alta e desproporcionadamente remunerados, por outros de regime de tempo integral, melhor dotados.

E' necessário encorajar o serviço nesse último regime, que é o que mais convem ao interesse público, e para tal se faz mister ***nem só melhor remunerá-lo*** como deixar de premiar os que a ele se opõem, em razão da existência de cargos, em tão

grande número, de regime parcial, verdadeiras "muletas" para os seus detentores, pois que lhes permitem concorrer mais desafogadamente com os demais, na luta profissional da clínica privada.

Aplicação entre nós

Se para a Capital o problema da administração sanitária bem se resolveria com a instalação de centros de saude, que paulatinamente se transformariam em unidades sanitárias completas, realizando, no seu distrito, todas as atividades de organizações sanitárias, — no interior, terreno ainda virgem, em grande parte, de normas administrativas sanitárias contrárias, a tarefa seria bem mais facil.

O ideal de se manter um centro de saude ou posto de higiene em cada município não poderia ser atingido, pelo menos por enquanto. Muitos municípios teriam que ser agrupados, sob a centralização, no mais importante, no Centro-Sede, dispondo-se, em torno, pequenos centros satélites, daquele dependentes.

Esses centros de saude, controlados e fiscalizados pelas autoridades centrais ficariam, em seus distritos, com todas as atribuições sanitárias.

Para a localização dos centros, não somente o critério da população seria levado em consideração (a isso muitas vezes se opõe a pouca densidade de população, o que contribue, nessas regiões, para encarecer o serviço), como os recursos financeiros locais e, principalmente, as condições sanitárias das populações que, frequentemente, exigem auxílio urgente na salvaguarda não só da saude dos moradores da região, como dos das regiões vizinhas.

O Centro de Saude do Instituto de Higiene de S. Paulo.

Como já foi dito, uma vez instalado o Instituto no seu novo prédio, à av. Dr. Arnaldo, logo se tratou da organização de um centro, que servisse, sobretudo, de campo de treinamento para os alunos dos di-

versos cursos ministrados pelo Instituto, de elemento de contacto com a população e fonte de material para estudos.

Por essa feição especial, mais destinada ao ensino e à pesquisa do que a outras finalidades, denominou-se essa dependência do Instituto de "centro de aprendizado", e não simplesmente de centro de saude.

A-fim-de evitar uma frequência muito grande, impossivel de ser atendida com o pessoal de que dispõe o estabelecimento, e, alem disso, por não ser da competência dessa Escola de Saude Pública a ministração de assistência sanitária, foi a matrícula restringida aos moradores do distrito do Jardim América, onde está localizada a instituição.

O Centro, como verdadeiro orgão de sondagem social, visa, sobretudo, a família, considerada como principal unidade. Atraidos por ele, aproximam-se crianças e adultos, que aí são matriculados, iniciando logo o primeiro contacto, que é objeto de lições de higiene que se ministram continuamente na sala de espera.

Um inquérito preliminar, que fica consignado na ficha de matrícula, permite o estudo ulterior tanto do matriculado como dos demais membros da sua família. Verificado o principal motivo da procura do Centro, e dirigidos os clientes aos respectivos serviços, atende-se ao interessado e desenvolve-se o trabalho relativo aos demais membros que compõem o seu grupo, porisso que as educadoras sanitárias buscam, em visitas sucessivas, encaminhar para o Centro os necessitados dos recursos que o mesmo pode fornecer, bem como levar ao seio das famílias as noções tendentes à melhoria do estudo sanitário e do modo de vida observados.

Exclue-se o mais possivel toda e qualquer assistência de interesse puramente clínico, guiando-se toda a atividade para o

que respeita à higiene individual e à saude pública.

Pela limitação da matrícula, visa-se sobretudo, permitir aos que trabalham no Centro, a possibilidade de executarem os serviços a seu cargo da maneira a mais perfeita possivel, a-fim-de facultarem melhor oportunidade de ensino e dar ensejo ao encaminhamento de pesquisas e observações cuidadas, que mais dificilmente se realizariam nos serviços comuns.

Dividem-se, os serviços prestados no Centro, em gerais e especializados. Entre os primeiros destacaremos os exames médicos sistemáticos, tanto para adultos como para crianças, sendo estas examinadas mais vezes, em menores períodos de tempo, o que permite seguir bem de perto os progressos da puericultura.

Constitue a educação sanitária outro serviço geral, que se processa sob uma variada gama de modalidades, desde a fixação de cartazes educativos, às palestras gerais ou instruções individuais, até às demonstrações coletivas ou pessoais, deste ou daquele modo de proceder. O preparo e a escolha da alimentação adequada ocupam lugar importante neste capítulo.

Serviços especializados, desde o radiológico ao dentário, do dermatológico ao tisiológico, se sucedem, segundo as necessidades de cada caso, visando ora a higiene pre-natal e infantil, ora a da idade pre-escolar e escolar, ora a dos adultos.

O modo de vida, os recursos econômicos, o grau de instrução, a capacidade de cada indivíduo, não escapam ao inquérito social que é sistematicamente feito, abrangendo o duplo fim de aferir as condições existentes e proporcionar elementos para melhoria dos clientes do Centro.

Medidas gerais de interesse sanitário ou social se impõem claramente, surgidas desse íntimo contacto do higienista com a

população por ele servida. Ora são medidas de saneamento que se reclamam, ora de iniciativa particular, visando alterações nas condições de vida, no critério dos gastos, na forma de se alimentar, etc. Como exemplo deste último item, temos, num inquerito recente, sobre cerca de 600 famílias que frequentam o Centro, a prova da defeituosa distribuição dos gastos com alimentos, da insuficiência de recursos para um determinado grupo, no que concerne à nutrição, ficando patente a deficiência em proteina e cálcio para uma parcela da população investigada. Esse resultado habilita as autoridades sanitárias a agir de modo preciso, contra defeitos caracteristicos, não mais necessitando dispersão de esforços em campanhas sem fito determinado.

Procurando bem conhecer o ambiente, medindo-lhe as falhas e capacidade, a obra do centro de saude é elástica, polimorfa, eminentemente social e educativa. Contrapõe-se à higiene obsoleta de simples regulamentos, intimações e penalidades que caracterizavam o espírito policial da saude pública, em outras eras.

O médico sanitarista e a educadora sanitária substituem o inspetor e o fiscal sanitários.

À vontade da lei, cegamente cumprida pelo temor ao seu desrespeito, segue-se a melhoria efetiva, resultante da compreensão real das necessidades da saude pública, por toda uma população esclarecida; a educação substituindo o cumprimento compulsório e cego de determinados preceitos, apenas compreendidos nas altas esferas dirigentes. E' a pobre mãe convencida de que deve imunizar o filho contra as moléstias evitaveis, e alimentá-lo bem para que se desenvolva normalmente, a se contrapor à que em prantos reclama providências, que não sabe bem definir,

contra a má sorte que a persegue, e que não percebe ser apenas a sua própria ignorância.

Consegue-se, dest'arte dentro mesmo dos escassos recursos de muita gente, evitar males que teriam outra extensão se não fossem neutralizados com auxílio de instrução apropriada.

O "centro de aprendizado", como o existente no Instituto de Higiene, se impõe para o preparo do pessoal sanitarista e de formação técnica condizente com os princípios da higiene moderna, tal qual o hospital de ensino para a formação de clínicos.

Nesses centros, livres do atropelo que a grande massa de serviço e acúmulo de clientes podem trazer, aprendem, todos, a melhor técnica a seguir, acompanham, com mais facilidade, observações e conduzem melhor experiências a serem executadas.

Há ainda uma importante razão de ser do centro de saude ou posto sanitário permanente: perscrutando as necessidades do meio, colhendo informes sobre tudo que ocorre, pode melhor agir preventivamente, aplicando as medidas profiláticas e corretivas adequadas, em tempo oportuno, evitando as constantes corridas de última hora, as providências dispendiosas, que o inteiro abandono da situação pode criar.

Evitar um incêndio, como uma epidemia ou o desenvolvimento de qualquer agravo à saude coletiva, é mais importante que apagar o fogo já declarado ou tratar de doentes que por medidas preventivas poderiam não existir. Se prevenir é sempre melhor do que curar, podemos ainda dizer que traduz a maneira mais econômica de agir.

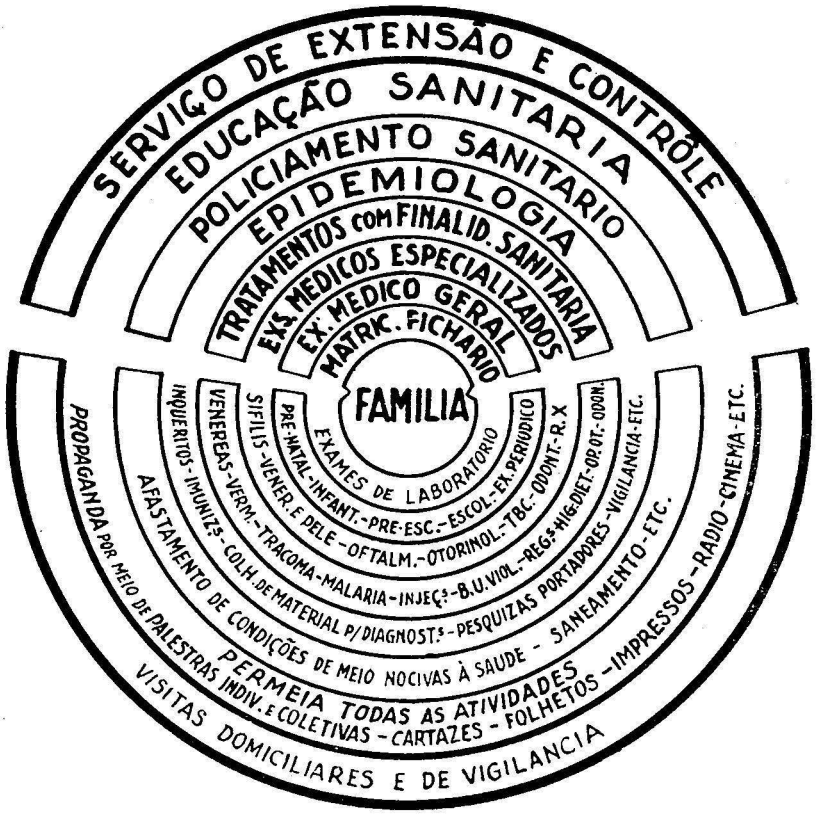
Damos, em seguida, a título de ilustração dos serviços dessa natureza, rápida resenha de trabalhos executados no Centro

de Saude do Instituto de Higiene, que serve, principalmente, para a prática dos educadores e médicos que cursam a Escola de Higiene e Saude Pública do Estado.

O número de consultas é aí limitado, em razão da exiguidade de recursos, e para que o trabalho não baixe de nivel de qualidade, recebendo os consulentes o máximo de atenção técnica. Nesse Centro não se cogitou da parte de policiamento sanitário, de menor interesse para os fins que visa

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE UM

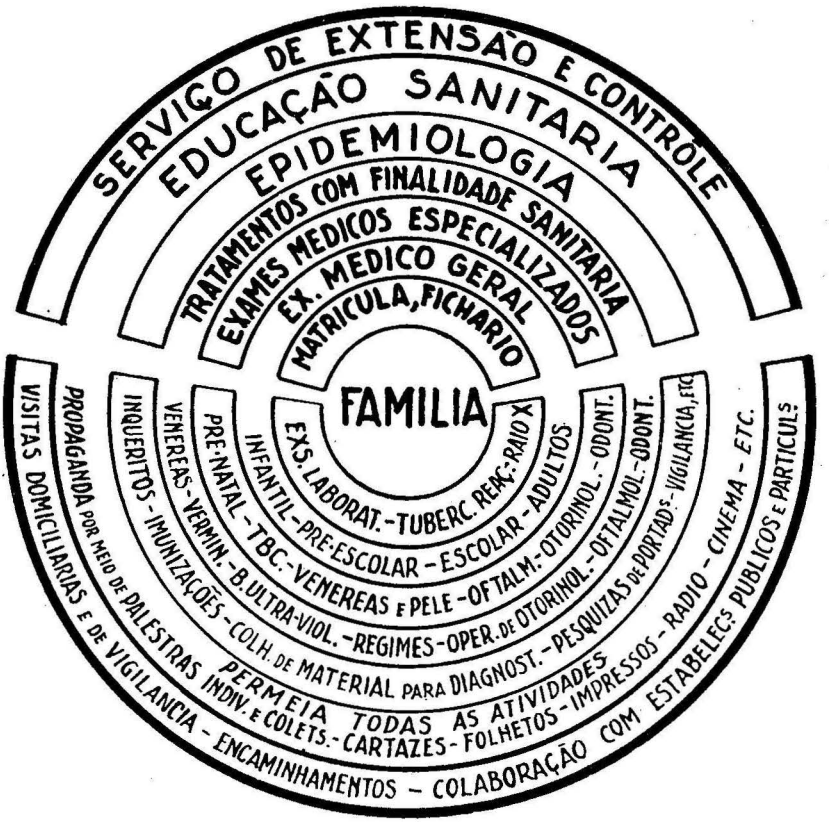
CENTRO DE SAUDE DISTRITAL



ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DO

CENTRO DE SAUDE

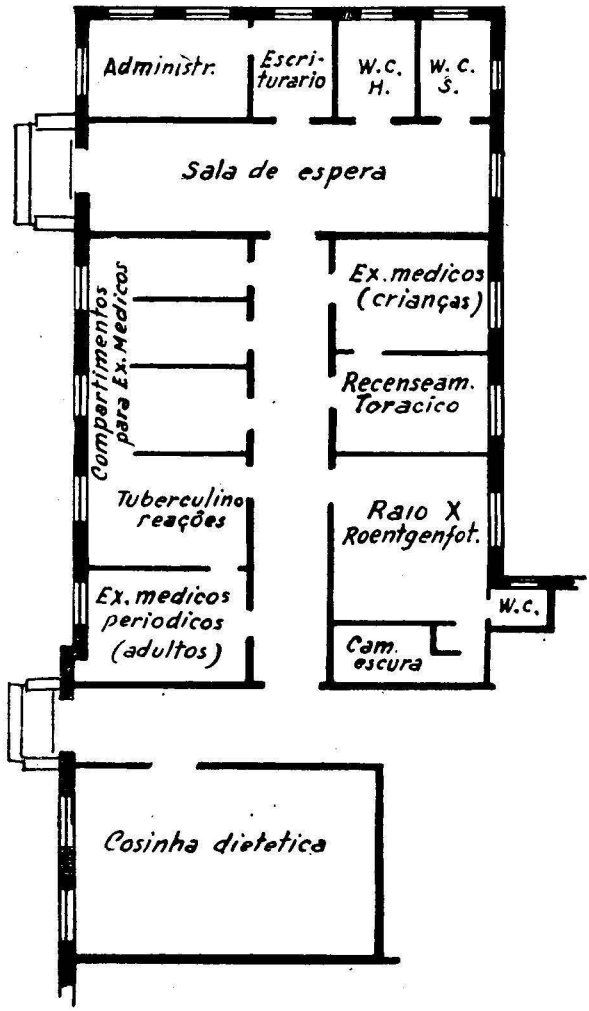
DO INSTITUTO DE HIGIENE

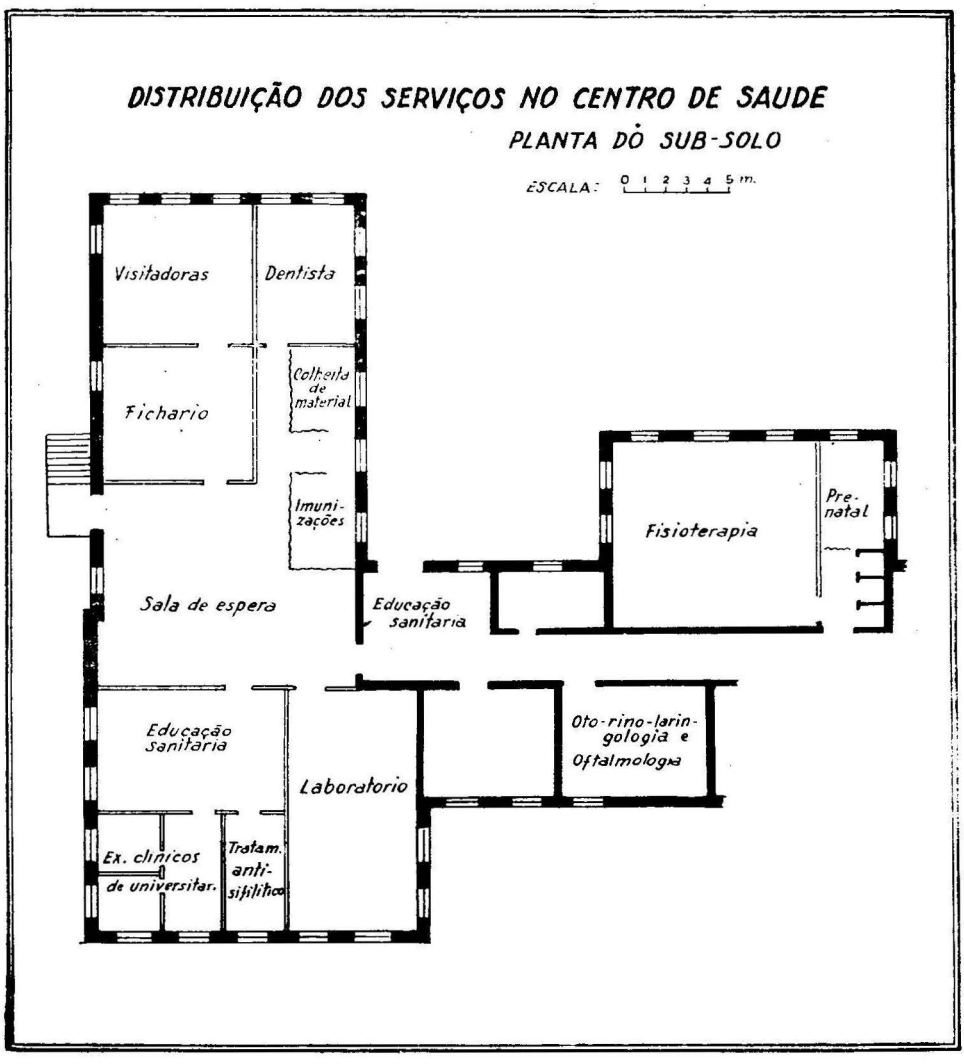


DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS NO CENTRO DE SAUDE

PLANTA DO 1º PAVIMENTO

ESCALA: 0 1 2 3 4 5 m.




DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS NO CENTRO DE SAUDE
PLANTA DO SUB-SOLO
ESCALA: 0 1 2 3 4 5 m.
Visitadoras
Dentista
Ficharío
Colheita de material
Imunizações
Sala de espera
Educação sanitaria
Fisioterapia
Pre-natal
Educação Sanitaria
Laboratorio
Oto-rino-laringologia e Oftalmologia
Ex. clinicos de universitar.
Tratam. anti-sifilitico

REFERÊNCIAS

1) — M. M. DAVIS — Clinics, Hospitals and Health Centers. 1927, pág. 342.

2) — M. BARRAL — Le Centre Polyvalent d'Higiène Sociale. 1933, pág. 15.

3) — HARRY H. MOORE — Health and Medical Practice, in Recent Social Trends. 1933, pág. 1.061.

4) — W. H. BROWN — Symposium on the Health Center, in Am. Jr. of Public Health, vol. XI, 1921, pág. 218.

5) — ADAMASTOR CORTEZ — "Centros de Saude de São Paulo". Tese de doutoramento, defendida a 9 de abril de 1926.

6) — J. L. POMEROY — Serving the Public for Health, in Am. Jr. of Public Health, vol. XXV, 1935, pág. 687.

7) — J. A. TOBEY — citado por W. H. Brown, ob. cit. pág. 219.

8) — M. M. DAVIS — ob. cit. pág. 341.

9) — GRUSCKA — in Nosokomeion.

10) — Conférence Européenne sur l'Hygiène Rurale, 29 juin-7 juillet 1931, vol. II, pág. 100.

11) — PHILIP S. PLATT — Symposium on the Health Center — IV. Is the Health Center a Health Center? Need of a Positive Health Ideal in the Health Center, in Am. Jr. of Public Health, vol. XI, 1921, pág. 221.

12) — J. A. TOBEY — Symposium on the Health Center. I. The Historical Development, in Am. Jr. of Public Health, vol. XI, 1921, pág. 212.

13) — M. BARRAL — ob. cit., pág. 43.

14) — R. H. HAZEMANN — Les Centres de Santé doivent êtres les organismes de base de défense de la Santé Publique, in Le Mouvement Sanitaire, vol. IX, 1932, págs. 738-747.

15) — RENÉ SAND — L'Économie Humaine par la Médicine Sociale, 1934, págs. 236-237.

16) — JOSEPH W. MOUNTIN — Modern Trends in Public Health Administration Country Health Work, in Am. Jr. of Public Health, vol. XXIV, 1934, pág. 715.

17) — JOHN J. SIPPY — Should Public Health Administrative Practice Include Medical Relief Activities? in Am. Jr. of Public Health, vol. XXIV, 1934, pág. 941.

18) — SIR ARTHUR NEWSHOLME — Medicine and the State (London, 1932) pág. 65.

19) — RENÉ SAND — ob. cit., págs. 240-241. 1931.

20) — ARTHUR NEWSHOLME — International Studies, 1931.

21) — Id., Medicine and the State, 1932, pág. 233.

22) — HAVEN EMERSON, — Carta dirigida ao dr. G. de Paula Sousa, datada de 5-1-1931, na qual consubstancia o que escreveu sobre ***centros de saude*** na ***"Encyclopedia of Social Sciences"***.

23) — J. P. FONTENELLE — A Cooperação entre a Clínica e a Higiene (Rio, 1924) pág. 13.

24) — CARLOS SÁ — citado por J. P. Fontenelle, em ob. cit. pág. 13.

25) — M. BARRAL — ob. cit., pág. 9.

26) — Ibd. pág. 27.

27) — Ibd. págs. 29-31.

28) — J. BARROS BARRETO — Departamento de Saude Pública de S. Paulo — Sep. do "Mundo Médico", 1931.

29) — C. E. A. WINSLOW — Proceedings of the Annual Conference of the Advisory Council of the Milbank Memorial Fund, held on March 27 and 28, 1935, at the New York Academy of Medicine, pág. 15.

30) — JANSEN DE MELLO — Departamento de Saude Pública de Pernambuco — Separata da Revista de Higiene e Saude Pública, Rio, 1932, pág. 8.

31) — SIR ARTHUR NEWSHOLME — Medicine and the State, 1932, pág. 234.

32) — JOSEPH W. MOUNTIN — ob. cit. págs. 716-718.

33) — White House Conference on Child Health and Protection; Public Health Organization — Section II — Public Health Service and Administration, 1932, págs. 17, 32, 48.

RESUMO GERAL DO MOVIMENTO DOS CENTROS DE SAUDE, DURANTE O ANO DE 1925

NOTA: — O Centro de Saude Modelo começou a funcionar em janeiro de 1925, o do Bráz em julho de 1925 e o do Bom Retiro em dezembro de 1925.

SERVIÇOS	TOTAL ANUAL e MÉDIA MENSAL CORRESPONDENTE						Total geral
	C. Modelo	M. mensal	C. Brás	m. mensal	B. Retiro	m. mensal	
Matrícula							
Número de matriculados	34.412	2.867,6	16.220	2.703,3	1.967		
Verminose: Matrícula	20.129	1.677,4	4.410	736	269		24.814
Tratamentos ministrados	17.592	1.466	5.422	903,6	137		23.151
Disenteria: Matriculados e tratados	196	16,3	12	3	—		208
Impaludismo: Matriculados e tratados	25	1,6	1	0,2	—		26
Serviço da Criança: Pre-natal — Infantil Pre-escolar e Escolar **Nota:** — O início do serviço no Centro Modelo: Março de 1925 C. Brás: Setembro de 1925 C. Bom Retiro: Dezembro de 1925.							
Serviço da Criança: Matriculados	2.532	253,2	1.497	374,2	26		4.055
Consultas	7.830	783,0	1.890	472,6	26		9.746

Continua

Continuação

SERVIÇOS	TOTAL ANUAL E MÉDIA MENSAL CORRESPONDENTE						Total, geral
	C. Modelo	M. mensal	C. Brás	M. mensal	B. Retiro	m. mensal	
Serviço de Oftalmologia: (Início C. Modelo - Setembro 1925)							
Matrícula	26	6,5	0		0		**26**
Consultas	26	6,5	—		—		**26**
Serviço de Otorinolaringologia (Início C. Modelo - Set. 1925) Matrícula	140	35	72	24	—		**212**
(C. Brás — Outubro 1925) Consultas	238	58,2	72	24	—		**325**
Operações	15	3,7	—		—		**15**
Ex. Médico Periódico (Início C. Modelo — Agosto 1925. — C do Brás — Outubro 1925) Matrícula							
Serv. de inspeções de saude requisitadas (Início Out. 1925)	53	10,6	4	1,3	—		**57**
Serv. de exame médico geral: Matrícula	19	6,3	4	1,3	—		**23**
Serv. de Tuberculose (Início C. Modelo - Setembro 1925) —	266	22,1	197	32,8	—		**463**
C. Brás - Novembro 1925) Matriculados por suspeitos	42	10,5	8	4	—		**50**
Destes, confirmados tuberculosos	8	2	3	1,5	—		**11**

Continua

SERVIÇOS	TOTAL ANUAL E MÉDIA MENSAL CORRESPONDENTE						Total geral
	C. Modelo	M. mensal	C. Brás	m. mensal	B. Retiro	m. mensal	
Vacinações: Antivariólicas	1.360	113,3	1.457	242,8	72		**2.889**
Antitíficas: Via gástrica	1.297	108,0	1.838	223,0	63		**2.698**
" " Via hipodérmica	197	16,4	—		—		**197**
Serv. de Sífilis e Moléstias Venéreas							
(Início C. Modelo: Julho 1925: C. Brás - Setembro de 1925)							
Doentes novos matriculados	1.289	214,7	916	241,5	—		**2.205**
Doentes novos não matriculados	773	128,8	405	101,2	—		**1.178**
Consultas a doentes antigos	1.643	273,8	1.056	264	—		**2.699**
Injeções	9.981	1.663,5	6.447	164,7	—		**16.428**
Neosalvarsan	915	152,5	660	165			**1.575**
Serv. Laboratório: Ex. de fezes para pesq. de vermes	13.311	1.525,9	4.393	732,1	173		**22.877**
" " " " " " de protozoários	196	16,3	12	2	—		**208**
" " " " " " de bac. Eberth	2	0,16	—		—		**2**
Exames de Sangue:: Reação de Wassermann	1.205	200,83	547	136,75	—		**1.752**

Continua

Continuação

SERVIÇOS	TOTAL ANUAL E MÉDIA MENSAL CORRESPONDENTE						Total geral
	C. Modelo	M. mensal	C. Brás	m. mensal	B. Retiro	m. mensal	
Hemocultura	3	0,5	1	0,25	—		4
Pesq. de hematozoários	25	4,16	1	0,25	—		26
Exame de escarro: Pesq. do bacilo de Koch	64	10,6	13	3,25	—		77
Exame de urina	723	120,5	256	64	—		79
Ex. de muco naso-faringeano: Pesq. port. bac. diftéricos	119	19,8	8	2	—		27
Outros exames: Pesquisa de gonococcus	60	10	—		—		60
" " treponema	13	2,16	—		—		13
" " bac. Ducrey	1		—		—		1
Serv. de Educação — Coletiva (Ilustrado com diapositivos e cartazes)	19.464	1.622	21.274	3.545,6	168		40.901
Individual: verminose — tuberculose: Higiene Infantil, Higiene pessoal, etc.	18.180	1.510,8	4.529	754,8	—		22.659
Impressos distribuidos	506	42,1	76	12,6	—		82
Informações — Para auxílio do policiamento sanitário	589	49,0	273	45,5	10		872
Pessoas encaminhadas a institutos de caridade							