

um número sempre crescente de educandos e por alta porcentagem de aprovados, sob pena de se cometerem dois erros, um de ordem política, outro de ordem econômica.

Se não forem preenchidas todas as unidades escolares e se razoável não fôr a porcentagem de aprovação nos vários cursos, perderemos por duas maneiras: pelos claros abertos nessas unidades e pela repetição de séries ou graus. Alunos repetentes encarecem a educação e tomam lugar aos novos. Reprovação em alto grau e vagas não aproveitadas atentam contra a economia.

“Claros nas unidades escolares significam crianças e jovens sem escola. HAVENDO ESCOLAS ENTRETANTO”.

Eis a realidade, pura e simples, entrevista por um homem culto e honesto.

E a esse fato concreto nenhum professor tem o direito de ser insensível.

Não há, pois, senão equacioná-lo e resolvê-lo, sem qualquer preconceito romântico ou de livro.

Ora, o problema da saúde é, antes de mais nada, problema econômico fundamental.

Sem o trabalho do médico especializado, sempre subordinado, ao que nos parece, a maleável organização em que os dados obtidos, estatisticamente comparados, servissem de base a estudos adequados, isto é, de cunho visceralmente brasileiro, a tarefa de reintegração, em geral, das personalidades à normalidade social, resultaria difícil, senão quasi inexistível.

Não se poderia, em verdade, conseguir essa conjugação de esforços a que alude o eminente educador citado, e mais do que isso, o seu real aproveitamento no tocante ao problema da educação nacional, se não fôr estabelecido, como condição mesma de seu êxito, o princípio de que magistério, medicina e preparação militar socialmente se confundem.

Dizemos socialmente, porque, quer se trate da missão do educador, quer se trate da do médico, quer se trate da do militar, já se foi o tempo em que o indivíduo era tomado e estudado *in vacuo*.

Hoje o indivíduo, no sentido genérico da expressão, tem que ser analisado em função das reações sociais de áreas, nacionais, regionais, urbanas ou rurais; patriarcais ou particularistas, de tipo de família; religiosas, militares, pedagógicas, folclóricas, de formação e econômicas, consoante explica nosso oportuno Gilberto Freire, respigando, aliás, Plant e Kinball Young, asseverando aquele, de modo bem curioso, que no domínio da terapêutica social temos que considerar a personalidade “síntese dramatizada da estrutura social inteira”.

Interessante a afirmativa, de vez que, ao que se sabe, é sempre de natureza específica o fato social.

Sem qualquer idéia, porem, de *planificação*, não há fugir ao imperativo de dois fatores que estão a merecer atenção e desvelo, como fulcros, que são, do problema econômico e médico-pedagógico.

São esses fatores, à parte outros igualmente ponderáveis e correlatos, O EDUCADOR E O EDUCANDO.

Para ambos saúde, vale dizer tanto quanto possível perfeito equipamento biológico em unísono com as instituições sociais. Ora, o ajustamento do EDUCADOR, que é o assunto que por agora nos interessa, ajustamento biológico, ajustamento social, ha que ser examinado, sempre, em função de seu sagrado, melhor diríamos, de seu quasi divino sacerdócio de ensinar, de formar, de conduzir e de criar.

Estabelecida a preliminar, acentuada pelo eminente Dr. Romano Barreto, de que “claros nas unidades escolares significam crianças e jovens sem escola, HAVENDO ESCOLAS ENTRETANTO”, e, entevista a realidade de que os escolares de todos os estabelecimentos de ensino necessitam de assistência médico-pedagógica, compreendendo tratamento afim de que se organizem classes homogêneas; intensificada, ao extremo, a criação de Caixas que garantam, ao pauperismo da maioria absoluta, os benefícios do relativo conforto a que todos aspiram, voltemos, concomitantemente, nossas vistas para o EDUCADOR.

Este, geralmente recrutado na chamada classe média pode ser ou não indivíduo capaz de suportar, eficientemente, por largo tempo, os encargos duríssimos do magistério — *il duro calle* — na expressão exata de um escritor peninsular.

É verdade que, no início da carreira, o professor, como qualquer funcionário, para tomar posse de seu cargo, deverá preencher as exigências legais constantes de completo exame de saúde, providência essa feliz e que já constava, em embrião, de um Decreto mais conhecido por Código de Educação.

Uma dúvida, entretanto, assalta-nos o espírito: — exame completo de saúde para a 1.^a investidura em cargo público, principalmente em se tratando de educador, seria o suficiente?

E as enfermidades adquiridas no transcorrer da função, as quais, não dando ao professor direito à aposentadoria de remuneração compatível com seu estado, ou à disponibilidade, pedagogicamente, porém, o incapacitam para o sacerdócio?

Os fatos, parece-nos, não assim tão raros que não nos possam legitimar a dúvida.

Lógo, além da inspeção para a 1.^a investidura, o exame periódico se impõe, dele decorrendo solução de três ordens:

- 1.^a) Readaptação compulsória;
- 2.^a) Disponibilidade;
- 3.^a) Aposentadoria.

Em certos casos a readaptação é de alta relevância econômica, humana principalmente, e, já constando de lei federal, certamente que figurará no futuro Estatuto dos Funcionários Públicos do Estado.

As várias formas de disponibilidade estão, também, prescritas em lei.

APOSENTADORIA

Quanto à aposentadoria, que até aqui se tem processado ou pela idade compulsória, ou com vencimentos proporcionais ou integrais ou ainda depois de 30 ou 35 anos de exercício, mediante inspeção, vindicamos para o educador certo tratamento de exceção, que não é senão homenagem aos seus nobres títulos de benemerência pública.

Aposentadoria para o educador são, por mais estranha que, aos menos avisados, possa parecer o alvitre. Não antecipemos, porém. Juridicamente, ao que parece, em face do debate que não raro se repete, ainda não se disciplinou, de maneira pacífica, o que seja *doença profissional*.

Deixando aos doutos a discussão da tese, estamos, todavia, em que, no magistério, das doenças que o asaltam e o amarguram, quasi sempre, a menos grave é o cansaço mental.

Sabemos, pela observação direta do fato, que a curva ascensional de eficiência do professor, geralmente, atinge seu limite máximo af pelas alturas do vigéssimo ano de exercício, depois do que, rapidamente, entra a buscar seu ponto morto, antes dos 30 anos.

E se atentarmos em que a maioria absoluta dos que integram o professorado primário é constituída pelo elemento feminino, bem é de ver-se que a questão assume aspectos especialíssimos, a reclamarem medidas de proteção ao professorado, que somente a ciência médica está em condições de indicar.

De um modo geral, porem, a aposentadoria do professor primário, à parte a de ordem comum, pode e precisa, quanto antes, estar subordinada ao fator econômico, que reputamos, com o ilustre Dr. Diretor do Departamento, de decisiva importância.

A lei federal (Dec.-Lei 3.070) prevê o caso de ser concedida aposentadoria, com vencimentos integrais, antes de 30 anos de efetivo exercício, ao funcionário de determinados cargos e carreiras, tendo em vista a natureza especial de suas atribuições.

Haverá quem negue ao educador a natureza especial de suas atribuições?

Ninguém, por certo.

Ajustemos, pois, a essas atribuições a economia.

De conformidade com a última estatística que compulsamos, referente ao ano de 1938, o movimento geral das escolas primárias mantidas pelo Estado foi o seguinte:

	Alunos
Matrícula geral	549.209
Matrícula efetiva	414.829
Eliminados	134.380
Porcent. de alfabetizados	53,65
Porcent. de aprovação	68,74
Repetentes	80.072

O número de eliminados corresponde a 3.359 classes de 40 alunos.

O número elevado de eliminados e repetentes, acrescidos da baixa matrícula nas classes de além 1.^o ano, não se falando nos que voluntariamente não se matriculam, explica "crianças e jovens sem escola, havendo escolas".

Ora, posta a aposentadoria do educador em função de sua eficiência — respeitadas as que comumente se processam — o que se enquadra no dispositivo legal já citado, parece-nos que o problema econômico estará resolvido, s. m. j..

Nessas condições, poderá o educador aposentar-se, com vencimentos integrais, com menos até de 25 anos de exercício, tal seja a sua eficiência. É a aposentadoria do educador são, de que falamos.

Alvitramos, para tanto, o seguinte: um mínimo de 75% para alfabetização, um mínimo de 85% para aprovação.

Será muito, em face da estatística de 53,65 e 68,74 de 1938? Praticamente, dentro das diretrizes já expendidas, parece-nos que não.

O Departamento de Educação, porem, poderá sabiamente, como sempre prefixar o *quantum* aludido.

Assim, o professor primário cuja soma de porcentagens de alfabetização, dividida por 25, der 75%, ou mais, será aposentado com vencimentos integrais.

O professor primário, cuja soma de porcentagens de promoção, dividida por 25,, der 85, ou mais, será também aposentado com vencimentos integrais.

Se o professor alfabetizou e promoveu durante seu exercício, isto é, se lecionou classes de 1.º ano e classes de promoção, afim de que não fique prejudicado, segundo preponderem estas ou aquelas parçelas, farse-á o calculo do seguinte modo: estabelecida a preliminar de que as parçelas de alfabetização e aprovação jamais poderão ser inferiores a 25, somam-se as parçelas de alfabetização, e o que se encontrar divide-se pelo número delas; do mesmo modo se procederá com relação à aprovação. Se o quociente da soma dessas duas qualidades de porcentagem por 2 ,der 80%, ou mais, o professor será aposentado com vencimentos integrais.

Tudo foi previsto, pois.

O lado econômico da questão, que o alvitrado atende, é por tal fórmula evidente, que nos dispensamos de discutí-lo.

Orientado e tenazmente fiscalizado o processo, os resultados, talvez, não se façam esperar.

Teremos dest'arte, posto fim relativo ao Amazonas das licenças, ao "número de crianças e jovens sem escola, HAVENDO ESCOLAS", às classes vazias e à avalanche dos repetentes.

Eis o que pensamos e de boa fé expomos, sem nos preocuparmos, em absoluto — que isso não nos interessa — com o que se tenha ou não se tenha feito em outros países.

A finalidade educativa é humana, universal.

Cada povo, porém, para atingí-la, tem seus caminhos que os próprios destinos da Patria impõem.

Os nossos são brasileiros.

Como brasileiros, brasileiramente havemos de palmilhá-los.

CONCLUSÕES

- 1 — Classes homogêneas e de alta matrícula;
- 2 — Multiplicação, ao extremo, de Caixas Escolares;
- 3 — Readaptação compulsória do educador incapaz;
- 4 — Aposentadoria econômica do educador são, em função de sua eficiência.
- 5 — Inspeção periódica do educador.



TEMA IV

MORBILIDADE E MORTALIDADE NO MEIO ESCOLAR

RELATOR — DR. F. BORGES VIEIRA

O vasto campo abrangido por este tema não podia, como de fato não pode, deixar de incitar a apresentação de numerosos trabalhos a este Congresso, ao todo 44, versando sobre os mais diferentes assuntos que interessam à saúde do escolar.

O Dr. Decio Parreiras, conhecido e ilustre sanitaria patricio, não quis deixar de chamar a atenção deste Congresso para a idade *pre-escolar*, a idade geralmente ignorada nos programas sanitários, mas que tamanha importância reveste como a antecâmara da idade escolar. O desenvolvimento regular e perfeito da criança no seu período *pre-escolar*, como diz o A., tem uma repercussão benéfica e imediata no ambiente escolar. Propugna, com razão, para que se intensifiquem todas as medidas de caráter sanitário que visem a melhoria da saúde do *pre-escolar*.

O grande problema da *tuberculose* que constitue uma das grandes causas de óbito na idade escolar, foi encarado por cinco relatores. Já vários investigadores patricios têm mostrado, e nestas teses alguns novamente o fazem, a importância da infecção tuberculosa no meio escolar, por meio de provas de tuberculina e, mais recentemente, utilizando-se também do notavel invento de Manoel de Abreu, a Roentgen-fotografia, o que permite o conhecimento da tuberculose-doença. Examinando-se a proporção com que contribue a tuberculose para a mortalidade escolar, verifica-se que ela chefia a lista das doenças infectuosas, sendo representada acima dos 10 anos, principalmente pela localização pulmonar. Até os 10 anos, as formas pulmonar e extrapulmonar, na mortalidade, ficam mais ou menos equilibradas.

Vejamos as teses apresentadas sobre este assunto:

O reverenciado tisiatra e sanitaria Clemente Ferreira apresentou um trabalho sobre a *Incidência da Tuberculose no Meio Escolar* em que, com a costumeira proficiência, discorre sobre o assunto, oferecendo conclusões ponderosissimas. Refere-se aos altos índices de tuberculinização na idade escolar (tuberculose infecção) e diz que o recenseamento tuberculínico e o cadastro torácico pela roentgenfotografia de Manoel de Abreu devem ser os métodos sistematicamente utilizados para o despistamento coletivo, devendo abranger a totalidade do corpo escolar. Determina o afastamento dos asos abertos pulmonares ou extra pulmonares contaminantes. Os candidatos ao professorado bem como os meninos candidatos à matrícula devem ser submetidos às provas tuberculínicas e à roentgenfotografia e exame clínico.

As crianças que reagem negativamente à tuberculina devem ser vigiadas e submetidas periodicamente à prova com o fim de descobrir as *viragens* que assinalam o aparecimento da primo infecção. Se negativa a todas as provas e também às roentgenfotografias, considera indicado o BCG. Recomenda a profilaxia de disposição aos escolares fisicamente deficitários e a direta, de exposição, visando o contágio, aos escolares contaminados.

O Dr. Febus Gikovate também comparece com uma tese em que discute as *Diretrizes da Luta Antituberculosa nas escolas*, apresentando conclusões adequadas.

O Dr. Miguel Covello Junior tece considerações em torno do problema da *Profilaxia da Tuberculose na Infância*, trazendo o resultado da observação de 15.000 colegiais de S. Paulo. Verificou um índice de tuberculização que oscilou, para a infecção, entre 42 e 48%, e para a molestia, cerca de 1,5%. As meninas apresentaram maior porcentagem que os meninos. Os dados que apresenta mostram a necessidade de ser ainda bem mais intensificada pelo Governo, que a ela, aliás, vem se devotando, a luta contra a tuberculose.

O Dr. Arnaldo Godoy apresenta um trabalho sobre *Tuberculina e Tuberculose Infantil*, em que discorre proficientemente sobre a matéria. Pede generalização das provas tuberculínicas nas escolas (V. Pirquet, seguido de Mantoux em concentrações crescentes) pois é o unico meio de se conhecer a incidência da infecção. O Prof. Almir Madeira, ilustre sanitarista patricio, a quem parece saber a prioridade da realização da prova Von Pirquet em meios escolares (Niterói), apresentou um trabalho sobre a *incidência da tuberculose no meio escolar*. Nota ser muito frequente a infecção bacilar nos escolares; a tuberculose aberta o é mais nos professores, que se podem converter em fonte importante de contágio, não obstante ser a origem da tuberculose do escolar geralmente extra escolar. Preconiza a prática entre os escolares, pelo menos uma vez por ano, da prova tuberculínica, enquanto permanecer negativa, bem como o descobrimento da tuberculose-doença, tanto em escolares como em professores e auxiliares, do exame médico e radiológico sistemático, hoje facilitado com o aparelho de Manoel de Abreu. Advoga o uso da BCG por via subcutânea para os portadores de reações tuberculínicas negativas em série

Apresenta ainda outras conclusões de carater profilático e preventivo nos escolares.

O Dr. José Martins Ferreira relata sobre "*Provas de alergia à tuberculina nos parques infantis de S. Paulo*", referindo-se às vantagens de se fazer sistematicamente, entre os escolares, a cutireação de Pirquet e as de Mantoux, bem como o recenseamento torácico Manoel de Abreu, e à necessidade de notificações e internamento compulsório dos doentes

Sobre a *incidência da tuberculose no meio escolar de Belo Horizonte*, enviou uma tese o Dr. Gastão de Matos, onde diz não ser aí elevada, a despeito do que se poderia pensar, a incidência da tuberculose-infecção.

Ainda se registrou um trabalho sobre a *incidência da tuberculose nos meios escolares*, pelo Dr. Sebastião de Almeida Pinto, de Botucatu, que salientou atingir aí a tuberculose-infecção a um terço dos escolares. Apona a necessidade de se integrarem a escola, o lar e a sociedade, na campanha contra a doença.

A DIFTERIA deu lugar a três teses: O Dr. Trajano Pupo Junior apresenta o resultado das pesquisas que empreendeu em Botucatu, sobre *Portadores de Bacilos Diftéricos nos meios escolares*. É pena que o A.

se tenha baseado em exames bacterioscópicos. Pesquisas de portadores de *C. diphtheriae* devem ser mais apuradas, afim de termos estatísticas que mereçam confiança e possam ser comparáveis às de outros lugares. A simples caracterização morfológica e tintorial em exame direto é falhíssima. Não só se impõe a cultura do material colhido de garganta e nariz, com o isolamento do germe, como sua identificação, afim de separá-lo dos pseudodiftéricos e, se possível, ainda a determinação da virulência. É explicável, pois, a elevada porcentagem relatada pelo Autor (Castro Simões, em escolares desta Capital, encontrou 3%, sendo pouco mais de 1% de bacilos virulentos). Estas restrições invalidam as conclusões do Autor. As conclusões restantes, são perfeitamente aceitáveis, em que a escola é referida como um meio de disseminação possível do bacilo diftérico por intermédio de portadores, devendo-se fazer da escola um centro de pregação sanitário-educativo, assim como aponta a necessidade da prática sanitária dos cuidados com os portadores escolares e da exigência do atestado de vacinação antidiftérica aos candidatos à matrícula nos cursos primários e jardins da infância.

A tese do Dr. Arnaldo Godoy, sobre vacinações antidiftéricas, apresenta judiciosas considerações sobre o tema. Julgamos, todavia, um tanto exagerado o temor do autor em admitir a prática das vacinações domiciliares por intermédio de auxiliares instruídos, como as educadoras sanitárias. Que os perigos que teme o autor de tal prática não se justificam, provam-no os milhares e milhares de vacinações antidiftéricas que não se entre nós como em países estrangeiros têm sido praticadas por intermédio de enfermeiras visitadoras ou equivalentes. Em S. Paulo, o S. S. E. vacinou mais de 50.000 escolares e o Departamento de Saúde outros milhares, sem maiores inconvenientes, o mesmo tendo feito o Instituto de Higiene.

É o meio prático de se atingir um grande número de vacinações de crianças em idade útil e em pouco tempo. Esperar só da vacinação em dispensário e por meio de médicos, resulta geralmente em imunização de parte pequena da população e essas vacinações, mesmo em grande número, incompletas, pois muitos que recebem a primeira dose, não voltam para a segunda, exigindo a ida aos lares da visitadora. As reações apresentadas pelos vacinados são raras principalmente nas primeiras idades. Sem grande dificuldades o Instituto de Higiene conseguiu vacinar em 1939-1940, cerca de 3.000 crianças do distrito de Jardim América, pelas educadoras sanitárias alunas, que percorreram o distrito de casa em casa, atingindo crianças de 6 meses a 10 anos. Também a vacinação antitífica e até a antivariólica apresentam igualmente contra indicações, podendo mesmo ir a consequências sérias, felizmente raras, como a encefalite post-vacinal jeneriana. E no entanto elas são praticadas *larga manu*, por guardas sanitários, de nível inferior às educadoras. Naturalmente deve haver um corpo médico na direção das campanhas, a qual deve se irradiar dos centros de saúde distritais. A não ser essa pequena restrição que fazemos à quinta conclusão do trabalho do Dr. Godoy, nada mais temos a dizer. Apoiamos perfeitamente a sua conclusão de que a vacinação antidiftérica não deve excluir a idade pré-escolar, que é o grupo mais atingido.

Concentrar as vacinações apenas na idade escolar não nos parece de boa prática. Não domina a endemia, por desconhecer a incidência máxima e, além disso, a vacina não tem ação sobre os portadores de germes.

A concentração exclusiva da medida na idade escolar é praticamente ineficiente. Para maior eficiência da medida deve ela incidir na idade pré-escolar, desde o fim do primeiro ano de vida, não se negligenciando, entretanto, a idade escolar que, pelo menos até os 10 anos, deve também ser imunizada. Também a imunização exclusiva sistemática na idade escolar se nos apresenta anti-econômica, pois grande porcentagem dos escolares já está naturalmente imune. Por tal motivo, pode a vacinação entre escolares ser precedida de provas de susceptibilidade, como a de Schick, apenas se vacinando os que se mostrarem desprovidos de imunidade.

Godfrey deduz que, das observações praticadas no Estado de Nova York, em Detroit e outras cidades, se 30 a 35 por cento dos pré-escolares e 50 a 70% dos escolares forem imunizados contra a difteria, já epidemias deixam de ocorrer. Por outro lado a produção de alto grau de imunidade entre crianças de 5 a 9 e 10 a 14 anos, pela imunização de 50 por cento ou mais dos membros desse grupo, não produz efeito na incidência de difteria na comunidade. A doença, se prevalente, assim continua por período considerável, e gradualmente então declina, como o faria se não fosse usada a imunização ativa; se não fôr prevalente, pode não evitar surto de grandes proporções.

Haveria assim diz Godfrey, um ponto crítico abaixo dos 5 anos que deve ser atingido afim de afetar favoravelmente o coeficiente de difteria. A imunização somente dos escolares, sem que seja atingido o grupo pré-escolar, é ineficiente. É necessário que, pelo menos 35 por cento destes sejam atingidos, para que as medidas imunizantes dêem resultados. Nesse sentido Godfrey apresentou diversos exemplos bem demonstrativos em que, com apenas duas exceções, o fato se verificou.

O Dr. Carlos Prado, em volumoso e erudito trabalho, após fazer um histórico das vacinações, relata os efeitos de vacinações antidiftéricas praticadas em mais de 50.000 escolares pelo Serviço a que pertence. Em poucos dias realizou mais de 1.000 provas de Schick, o qual, embora não signifique sempre imunidade, tem grande valor prático e era o único controle de que podia dispor na premência de tempo, dividindo os escolares em dois grupos, um de não vacinados e outro de vacinados. Ao passo que nos não vacinados a porcentagem de imunes foi de 72%, nos vacinados com as três doses de anatoxina de Butantan ia a 95%. Deplora, muito justamente o autor, que não se tenha feito a campanha na idade pré-escolar, onde a susceptibilidade é maior. Suas conclusões merecem a aprovação da casa. Urge que nossos Governos, a exemplo da França, Hungria, Argentina, muitos Estados da União Americana, e outros, decretem a obrigatoriedade da vacinação antidiftérica, de preferência já no início da idade pré-escolar, exigindo-se, do candidato ao ingresso na escola primária, a prova de estar imunizado contra a doença, tal qual se faz para a varíola.

A lepra entre os escolares mereceu apenas uma tese, do Dr. Duarte Pacheco. Apresenta ele números que revelam a importância da questão. Calculou em 3,1% o quanto os escolares contribuíram para a incidência da lepra em nosso Estado, de 1924-1941, sendo o número de comunicantes escolares que adquiriram a lepra de 9,9% do total de comunicantes. O autor apela para uma estreita colaboração entre o Serviço de Saúde Escolar e o Serviço de Profilaxia da Lepra, sugerindo a criação de estágio obrigatório neste último serviço, dos médicos encarregados de velar pela saúde dos escolares.

Os vícios de visão e audição foram estudados em diversas teses: Assim, o Dr. Durval Prado discorreu sobre a *escola* como elemento educacional na luta de prevenção da cegueira. Lembra que 40% dos nossos cegos devem sua má sorte à oftalmia dos *recem-nascidos*, doença perfeitamente evitável. Mostra outras causas de cegueira e, para combater sua produção, aventa os recursos profiláticos, advogando a utilização de educadoras sanitárias para auxiliares das campanhas.

O Dr. Renato de Toledo tece considerações sobre a *Prevenção e tratamento da miopia*, o Prof. Moacyr Alvaro discorre sobre as *dificuldades na leitura como causa de atraso no estudo*; o Dr. Natalício de Farias sobre o *combate às enfermidades oculares*, e o Dr. Guido Ferrari sobre a *refratometria em escolares*. O Dr. Hermínio Brito Conde aponta a necessidade de *maior assistência oftalmológica escolar no Brasil*, inclusive serviços itinerantes. Recomenda a cooperação do professor e a realização de cursos sobre anomalias visuais entre os repetentes, pedindo para eles atenção especial. Propõe, o que nos parece muito justo, que o Congresso expresse o seu aplauso ao Governo da Baía pela criação da primeira classe brasileira de "conservação da visão", bem como distribuição aos professores das zonas flageladas pelo tracoma, de literatura conveniente, referindo-se nesse sentido ao livro do colega paulista Dr. Sylvio de Almeida Toledo. O Dr. Danton Malta discorreu sobre a *necessidade da criação de classes para ambliopes em S. Paulo*, os quais se acham completamente abandonados. Este Congresso deve apoiar decididamente o seu apelo ao Governo, para que tais classes sejam criadas, não só em S. Paulo, como em outros Estados da Federação, a exemplo do que já fez a Baía.

Relativamente à audição, ouviu o Congresso o trabalho do Dr. J. de Paula Assis, que discorreu sobre a *Profilaxia da Surdez*, a qual deve ser visada na idade pre-escolar, a idade geralmente ignorada, mas aquela em que vários defeitos ainda não instalados definitivamente devem ser atacados, sendo tarde, muitas vezes, querer combatê-los na idade escolar. Aponta o Dr. Assis as causas principais e as medidas adequadas. Como o Dr. Danton Malta, que pede classes especiais para ambliopes, também cremos que este Congresso deve apoiar o pedido do Dr. Paula Assis, para que o Governo crie classes especiais para os hipocústicos.

Sobre a *importância da respiração nazal da criança* apresentou uma tese interessante o Dr. Roberto Oliva. Além do umidecimento e aquecimento do ar inspirado e da função mecânica de defesa que apresenta a mucosa das vias nazais contra as substâncias estranhas, o autor lembra os trabalhos de Uddströmer e outros, sobre o fato de haver uma correspondência entre cada narina e o hemitorax respectivo. Aceita o Dr. Oliva uma explicação nervosa dessa correspondência. Chama a atenção para os perigos que sofre todo o organismo inclusive o psiquismo, conseqüentes à deficiência da respiração nazal, sendo de notar que, na maioria dos casos, essas perturbações são facilmente removíveis.

Os Drs. Mauro Pereira e Homero Carriço, do Rio de Janeiro, discorreram sobre a *frequência das sinusites entre os escolares*, que encontraram muito elevada, 8,4 por cento, e de que geralmente não se dá conta.

No importante capítulo das *verminoses*, que constituem um problema nacional, apenas um trabalho foi apresentado, o do Dr. Leão de Moura, de Santos, sobre a *incidência das verminoses em escolares sanitistas*, que, como em outras indagações nacionais, reflete o alto grau de

infestação. Pede assistência médica adequada e a instalação de um serviço permanente de assistência Médico-Escolar capaz de zelar pela saúde das 11.000 crianças que frequentam as escolas daquela cidade. Sendo a Prefeitura particularmente interessada na questão, poderiam entrar em acôrdo com o Estado, ambos contribuindo para a execução do serviço. Aliás, julgamos que tal serviço deveria ficar a cargo do Centro de Saúde local ou distrital, não se dissociando a hygiene escolar de outros campos de atividade sanitária.

Capítulo importante e a que geralmente não se dá o devido valor é o da *frequência das tinhas entre os escolares*. O Prof. Nicolau Rossetti apresentou o resultado de um inquérito consciencioso sobre 1.000 casos de tinhas do couro cabeludo. Moléstia tipicamente infantil, principalmente no período pré-escolar e no começo da idade escolar, é frequentíssima nas escolas e, principalmente, nos asilos, a despeito de condições de hygiene do estabelecimento. A escola parece ser grande fóco de disseminação, o contágio se dando logo ao sair a criança da família para a vida escolar em conjunto. E' rebelde aos tratamentos comuns, e geralmente só cede à aplicação de raios X. Medidas preventivas são necessárias e urgentes, conforme propugna o autor.

O Dr. Celso Barroso apresentou bem elaborado trabalho sobre a *frequência das doenças alérgicas em escolares de S. Paulo*, que acha elevada e principalmente caracterizada por asma brônquica e enxaqueca, o que não só representa grande distúrbio à saúde do escolar como constitui motivo de atrazo nos estudos. A respeito do assunto, desenvolve interessantes considerações sobre a patogenia das manifestações alérgicas.

O Dr. Oscar Teixeira da Mota, de Limeira, enviou uma dissertação sobre "*O Papel do médico escolar no combate à coqueluche*". Não traz conclusões. Advoga as imunizações em massa com vacinas específicas. Cremos que no estado atual do que se pensa sobre o valor das vacinações, sem condená-las para fins profiláticos durante epidemias, afigura-se-nos mais importante cuidarmos de melhorar o diagnóstico precoce, corroborando-o pelo laboratório, para o que já existe o método da *placa-tosse*, com o meio de Bordet e Gengou, já usado rotineiramente nos países escandinavos, e o afastamento dos escolares doentes ou suspeitos e dos comunicantes não imunes, ao lado da vigilância diária dos escolares.

A tese do Dr. J. Nicolau Miléo, sobre *doenças para cuja evolução concorre a escola*, encara principalmente a miopia e a escoliose como possíveis doenças escolares, bem como o desenvolvimento físico dos escolares. O autor não encontrou, em suas observações, relações entre aqueles estados e a vida escolar. Cremos que o autor, sanitarista competente, deverá ampliar suas observações, acompanhando várias turmas durante o decurso da vida escolar, afim de corroborar os seus resultados. Também um grupo de alunos da *Escola Normal "Caetano de Campos"*, demonstrando louvável interesse pelos estudos médico-escolares, apresentou elaborado relatório sobre o mesmo assunto.

Vários trabalhos se referiram à *profilaxia das afecções dentárias*, entre elas as cáries, frequentísimas entre os escolares, às relações dos doentes, à saúde e à necessidade de maior assistência dentária às crianças, desde o pre-escolar, ao uso da radiografia nos serviços dentários escolares, e aos cuidados com o chamado dente dos 6 anos, o primeiro grosso molar definitivo, em geral negligenciado. Em um deles a atenção é chamada para os cuidados necessários com o psiquismo da criança.

Foram representantes desses trabalhos os Drs. Agnaldo Godoy Ramos, E. Dantés de Carvalho e J. E. Abranches, Antonio Zendron, Luiz Stamatias, Alberto F. Nunes, Laercio B. Castro Layr Assumpção, Carmo Serra e José Godoy Ramos e o Centro de Estudos Biológicos da E. Normal "Padre Anchieta" — sob a competente direção do Dr. R. Kuntz Bush, e o Grupo Escolar "Francisco Simões" de Dois Corregos. O Dr. Celso Quirino dos Santos, do Instituto de Higiene de S. Paulo, apresentou uma tese — "Considerações sobre o problema odontológico, seu aspecto escolar e seu aspecto geral". Considera o conceito de problema de saúde geral, em detrimento do conceito de problema escolar. Após a crítica estabelece o autor princípios básicos gerais sobre os quais se deve assentar uma nova organização para a solução desse problema de morbidade.

O Dr. Silvio Marone estudou o papel das *amigdalites* no desenvolvimento escolar, sua influência sobre a frequência escolar dos alunos e chama a atenção para a profilaxia, que principalmente deverá ser dirigida durante a idade pre-escolar.

Estudo interessante de *estatística sobre o bócio endêmico*, da lavra do Dr. Armando Arruda Sampaio, mostra a sua frequência endêmica em diversos municípios paulistas, sendo baixa no litoral. São estudos que devem ser continuados, devendo-se fazer a respeito inquéritos epidemiológicos mais desenvolvidos, com indagações sobre a sua etiologia e significação sanitária.

Teve a secção que dirigimos, também, o prazer de ouvir esplêndidos trabalhos sobre endocrinologia em escolares. Assim, o Dr. Mesquita Sampaio, reputado clínico paulista, dissertou sobre o *valor da endocrinologia moderna*, passando em revista alguns dos principais e mais frequentes distúrbios que as afecções endócrinas acarretam, tais os que influem sobre o desenvolvimento e crescimento, as alterações da nutrição, as do metabolismo cálcico, da resistência física, as alterações nervosas e psíquicas, com razão propondo para que se dê à endocrinologia o papel que lhe é devido na Medicina Social, mórmente no escolar, indivíduo em crescimento.

O Dr. Habib C. Kirillos discutiu o *aspecto médico escolar da endocrinologia*, ilustrando o seu trabalho com algumas observações que bem mostraram a importância do problema. Como resultado das três teses referidas, deliberou se pedir à direção do Congresso que transmita ao Sr. Interventor uma moção, que passamos à mesa, para que se dote a Secção de Endocrinologia do Serviço de Saúde Escolar dos recursos necessários para que possa desempenhar eficientemente o papel que lhe é destinado na função médico-social e médico-escolar.

Ainda sobre a *necessidade da assistência endocrinológica* dissertou em apreciado trabalho o Prof. Dr. Dionisio Gonzales Torres, justificando a criação de serviços destinados à endocrinologia na assistência médico-escolar, instituição de cursos e outras medidas com o fito de corrigir muitas deficiências orgânicas e psíquicas no meio escolar.

Os Drs. J. I. Lobo e Mario Velez discorreram sobre o *hipogonadismo* e os *problemas de conduta entre os escolares do sexo masculino*, problemas que parecem ser influenciados por aquele.

O papel e frequência das *cardiopatias* entre os escolares foi objeto de trabalho do Dr. R. Kuntz Bush, que lhe aponta as causas mais frequentes, entre elas o reumatismo poliarticular e a importância em descobrir e evitar infecções focais, dentárias ou amigdalinas, sugerindo que se crie no serviço de saúde escolar clínicas destinadas à crianças

cardiopatias, bem como uma Caixa de Assistência ou um Seguro Escolar, em favor dos escolares organicamente incapazes para o trabalho, alcançando especialmente os cardíacos.

O Dr. J. Martins Ferreira discorreu também sobre a incidência das cardiopatias nos parques infantis de S. Paulo. Também interessante é o trabalho na Dra. Carmela Juliani, sobre o "*valor do exame médico na profilaxia das cardiopatias no ensino secundário*", onde a autora aborda pontos importantes de pedagogia e saúde em referência ao ensino secundário.

O combate à *sífilis do escolar* e a educação sanitária concernente ao assunto foi objeto de trabalho do Dr. Pires Ferrão.

Foram, portanto, senhores Congressistas, bastante copiosas as contribuições a este tema. Quasi todos os principais assuntos que afetam à morbidade e mortalidade no escolar foram objeto de comunicações.

CONCLUSÕES

- 1 — O meio escolar pode apresentar condições favoráveis à disseminação de doenças ou consolidação de defeitos físicos ou vícios decorrentes de falta de educação sanitária. Mas, por outro lado, a escola representa um ótimo campo para execução de medidas de vigilância, atuação e educação sanitárias.
- 2 — Embora a mortalidade no meio escolar seja relativamente baixa, quando comparada a outros períodos etários, a morbidade, representada por doença declarada ou infecção subclínica, é elevada.
- 3 — Entre as principais causas de mortalidade na idade escolar figuram as doenças infecto-contagiosas, em especial a tuberculose.
- 4 — As causas violentas e acidentais representam fator importante na mortalidade em idade escolar, requerendo que se faça uma campanha educativa a respeito e que tomem os poderes públicos as medidas necessárias sobre a orientação e fiscalização do trânsito.
- 5 — Uma grande parcela dos males que atingem a idade escolar é passível de prevenção.
- 6 — Para isso faz-se mister um serviço médico-escolar bem aparelhado, se possível, ligado às organizações sanitárias em geral, representadas, com vantagem, pelos Centros de Saúde.
- 7 — Verificada a importância das doenças infectuosas e parasitárias como causas de óbito e sendo muitas delas passíveis de prevenção por meio de medidas imunizantes, estas devem ser obrigatórias por ocasião do ingresso à escola. Ao lado da imunização antivariólica, já obrigatória, deve ser feita também a antitífica e a antidiftérica, com a anatoxina, devendo ser esta, de preferência, revacinação, e podendo ser condicionada a uma prova de Schick prévia, pois na idade escolar já a proporção de imunes é relativamente grande.
- 8 — Exames médicos sistemáticos acompanhados de prova de laboratório para diagnósticos de infecção ou pesquisa de portadores de germes, tuberculino-reações em massa e em série em caso de negatividade (Pirquet, seguido de Mantoux, em concentrações crescentes) para medir tuberculose-infecção, e censo torácico roentgenfotográfico, para despistar tuberculose-doença, devem ser praticados, se possível, anualmente, inclusive por ocasião do ingresso na escola.
- 9 — A incidência da tuberculose-infecção é bastante elevada entre os escolares.

10 — Os escolares reconhecidamente tuberculino-negativos e nos quais a Roentgen-fotografia nada revelar, poderão ser vacinados com o BCG. Os alérgicos serão Roentgen-fotografados e, caso contaminantes, serão retirados do meio escolar.

Os professores e auxiliares do estabelecimento também devem passar por exame completo periodicamente, inclusive tuberculinizados e Roentgen-fotografados, devendo ser afastados os que forem contagiantes.

12 — O fechamento das escolas durante epidemias, ainda tão lembrado, não é aconselhável, exceto em casos especiais, como em meios rurais, não só por perturbar o ensino, como também por não impedir as reuniões das crianças e constituir a escola ótimo ponto de vigilância, atuação e educação sanitárias.

13 — Quando numa escola surgir caso declarado ou suspeito de doença infecto-contagiosa, o doente e comunicantes devem ser afastados até não oferecerem mais perigo, e sempre que possível condicionado a provas de laboratório, dando-se do fato conhecimento às autoridades sanitárias, que serão os únicos juizes da época da volta de tais alunos à classe. Vigilância diária deve ser estabelecida sobre os alunos que permanecerem frequentando, afim de afastá-los ao menor sintoma de doença.

14 — A autoridade sanitária providenciará não só quanto ao isolamento, vigilância e demais medidas referentes aos doentes e comunicantes, como praticará as imunizações e as pesquisas de portadores de germes, ou outras necessárias, nos casos em que tais medidas sejam indicadas.

15 — E' no período escolar ou quando muito no início do escolar, que deve ser de preferência feita a possível prevenção e correção de defeitos de visão, audição ou outros, afim de garantir o desenvolvimento normal, físico, mental e intelectual da criança.

16 — A assistência dentária à criança deve ser assegurada desde o período pre-escolar, mesmo na primeira dentição, sendo necessário prestar a devida atenção ao chamado dente dos seis anos, o primeiro grosso molar definitivo. Tais cuidados deverão prosseguir durante o período escolar, sabendo-se das íntimas relações entre os dentes e a saúde.

17 — Há necessidade de maior assistência oftalmológica escolar no Brasil, principalmente em relação à profilaxia e tratamento do tracoma, muito frequente em certas regiões. Será feita em serviços fixos ou itinerantes, conforme as condições locais.

18 — Para a realização dos serviços de assistência médico-escolar, é imprescindível a colaboração conciente do professor.

19 — As cardiopatias, as tinhas e as doenças alérgicas são frequentemente encontradas nos meios escolares, merecendo cuidados especiais de tratamento e profilaxia.

20 — As doenças de ordem endocrinológica e o bócio são frequentemente encontradas entre escolares, o que exige recursos especiais para investigações a respeito.

21 — Urge que se criem escolas especiais não só para débeis físicos ou mentais, como também para hipoacústicos, ambliopes, ou outros que, pelo seu número, venham a prejudicar-se e a prejudicar os normais, em classes comuns.

22 — Parte importante deverá ser reservada à educação sanitária dos escolares, de valor primordial para a formação de hábitos sadios na criança e para a sua generalização a toda a população.

MORTALIDADE E MORBIDADE DO PRE-ESCOLAR NO RIO DE JANEIRO

DR. DECIO PARREIRAS

Diretor do Departamento de Higiene e Assistência Social — Rio.

Num congresso de *Saude Escolar*, não deixam de merecer especial atenção os dados que se referem à saúde e à mortalidade das crianças no período que precede o ingresso à escola, isto é, dos indivíduos que tem mais de um ano e menos de seis anos de idade, ou sejam os pre-escolares.

O desenvolvimento regular e perfeito da criança, no seu período pre-escolar, tem a sua repercussão benéfica e imediata no ambiente escolar, bastando lembrar que os hábitos e noções higiênicas adquiridos nesse período vão se fortalecer junto ao educador que precisa encontrar uma creatura de desenvolvimento normal, já no ponto de vista físico, como mental, para dar-lhe o aperfeiçoamento e cultura que a vida moderna está a exigir do homem de hoje.

E tal tem sido a mentalidade dominante no Rio de Janeiro, onde os srs. Jesuino de Albuquerque e Pio Borges, respectivamente secretários de Saúde e Educação, vêm cuidando dos indivíduos nessa fase que já se chamava de "idade abandonada".

Nessa fase da vida é que melhor nós podemos prevenir a criança das doenças contagiantes; é que melhor podemos cuidar e corrigir os defeitos e vícios da nutrição; é que melhor podemos remover e corrigir os distúrbios da visão e da audição, por exames médicos regularmente conduzidos; retirando amígdalas e adenóides; tratando das cáries e anomalias de implantação dentária; orientando o desenvolvimento físico pela via ao ar livre, pela ginástica adequada, pelos jogos e brinquedos próprios.

Vindo a São Paulo, nós quizemos dizer aos paulistas de como morre o pre-escolar na capital do Brasil e, para isso, valemo-nos de estudos feitos no Rio de Janeiro por Aristides Almeida e L. Freitas, estudos esses que mostram que os óbitos na idade pre-escolar contribuem com 15,2% sobre o total geral verificado no quinquênio 1931-1935, taxa muito elevada e muito superior àquela verificada em países europeus, onde chega a 3%.

As doenças do aparelho digestivo é que figuram em primeiro plano como causa de morte do pre-escolar, fenômeno aliás também verificado em São Paulo, onde Paula Souza e Borges Vieira, já em 1934, faziam indagações sobre a mortalidade de crianças de 1 a 4 anos. E' interessante dizer que enquanto essas doenças do aparelho digestivo são responsáveis por 27,8% dos óbitos na idade pre-escolar, elas o são apenas de 4% na idade escolar e de 1% após os 15 anos.

Seguem-se, em segundo lugar, as causas de óbitos por doenças infetuosas e parasitarias com 25,9% sobre o total geral, convindo salien-

tar que o segundo lugar, em São Paulo, cabe às doenças do aparelho respiratório.

Em terceiro plano vêm os óbitos do pre-escolar por doenças do aparelho respiratório, sem tuberculose 23,5%. A tuberculose tem a taxa de 5,7% nesse obituário.

As doenças do aparelho gênito-urinário contribuem com 4,9% nessa mortandade do pre-escolar, que paga o seu tributo também a outras doenças, de menor coeficiente mortuário.

Não nos interessa apenas dizer como morre o pre-escolar carioca e sim também mostrar de como ele se apresenta nos Centros de Saúde do Distrito Federal e para isto tomamos uma amostra de 1.240 crianças que frequentam os nossos serviços, indagando-lhes o estado de saúde no momento e certos antecedentes que nos pareceram mais interessantes. Vimos assim as fichas de 551 crianças do sexo masculino, para 689 do sexo feminino. Estudamos os dados de 297 crianças de 2 anos; 359 de 3 anos; 261 de 4 anos; 135 de 5 anos e 92 de 6 anos. Eram brancas 852; pardas 269; pretas 119. Nessa amostra de população pre-escolar do Rio de Janeiro tinham tido gestação a termo 1.077, ou sejam, 86,8%. Apenas 503, ou 40,5% tinham recebido cuidados referentes à profilaxia da oftalmia do recém nascido.

Foram atendidos por médico 389 partos, ou 31,3%; e as curiosas, mesmo na Capital do Brasil, haviam realizado 38,8% desses partos. Tinha sido beneficiadas pelo B. C. G. apenas 3,4%. Apresentaram-se por ocasião do primeiro exame, 602, ou sejam 48,5% das mesmas. Nos seus antecedentes pessoais e no momento do exame clínico realizado por puericultores dos Centros de Saúde, acusavam bronchiectasia 36, ou 2,8%; coqueluche 22, ou 1,77%; anemia 20, ou 1,6%; distrofia alimentar 16, ou 1,2%; furunculose 31, ou 2,5%; impetigo 10, ou 0,8%; piodermite 15, ou 1,1%; rinofaringite 44, ou 3,5%; sarampo 30, ou 2,4%; sífilis 44, ou 3,5%; difteria 2, ou 0,1%; afóra outras doenças de menor valor e de menor incidência nesses primeiros anos da vida da criança.

Está bem claro que as autoridades Sanitárias só cuidaram da melhoria de doenças que as interessam no ponto de vista higiênico, visando manter com saúde as crianças sadias, que lhes chegam às mãos.

E não há como negar as vantagens recebidas pelo serviço médico Sanitário Escolar, já aceitando indivíduos que, entre 1 e 6 anos, foram higienicamente conduzidos, devendo-se intensificar todas as medidas de caráter sanitário que visem a melhoria da saúde do pre-escolar.

MORBILIDADE E MORTALIDADE NO MEIO ESCOLAR

DR. JOAQUIM JOSE' DE OLIVEIRA NETO,
do Ginásio do Estado, em S. João da Boa Vista — S. Paulo.

NOTA: O trabalho do dr. Joaquim José de Oliveira Neto está dividido nas seguintes partes:

- a) Doenças para cuja evolução concorre a escola.
- b) Afecções dos olhos, nariz, ouvido e garganta.
- c) Doenças infecto-contagiosas.
- d) Incidência da tuberculose no meio escolar.
- e) Endocrinopatias.

Quanto a esta última parte termina assim o autor:

"Este resumo das principais e mais conhecidas glândulas indica o que deve ser conhecido pelos professores para, observando seus alunos, notarem os sintomas que revelem perturbações glandulares. Algumas impõem separação das crianças, outras tratamento pelos hormônios.

A importância do conhecimento das endocrinopatias cresce à medida que aumentam nossos conhecimentos do assunto; na escola está o campo experimental indicado para tais estudos".

G O I E
E P H

DOENÇAS PARA CUJA EVOLUÇÃO CONCORRE A ESCOLA

DR. JOSE' NICOLAU MILÉO

Do Departamento de Saude — S. Paulo

RESUMO

Neste trabalho o A. é de opinião que dentre os três ambientes nos quais se desenrola a vida do escolar — lar, rua e escola — este último constitue o melhor ambiente de proteção para a saúde da criança e por isso mesmo deve concorrer com todos os meios de não somente conservá-la, como de melhorá-la, pela instalação de um serviço de medicina escolar completo. Estuda a escola como meio propício para disseminação de doenças infecciosas e parasitárias, e se refere ao papel que a mesma exerce na evolução de alguns estados mórbidos, notadamente a miopia e a escoliose. Nesse sentido examinou 1076 escolares dos grupos escolares de Guaratinguetá e observou que grande maioria deles (83,88%) se apresenta com desenvolvimento físico anormal em relação à idade e que para isso, possivelmente, concorreram, de um lado os defeitos de alimentação e, de outro, o estado de desgaste permanente a que estão submetidos os escolares por serem portadores de vermes intestinais.

Referiu-se aos índices de infestação entre os escolares de todos os municípios em que tem agido como médico da saúde pública do Estado de São Paulo, afirmando que o índice de infestação é sempre muito elevado. Estudando a frequência dos estados de miopia e de escoliose em 1076 escolares, chegou à conclusão de que existe relação muito estreita entre miopia e desenvolvimento físico anormal e que os estados de miopia verificados parece dependerem mais do estado de desenvolvimento anormal do escolar, que propriamente da escola. Quanto à escoliose, não encontrou dados dignos de menção e comparando-se com os dados de autores europeus, admite que na Europa, muito mais importante que a escola, para a instalação de estados de desvios patológicos da coluna, possa influir muito diretamente a existência de estados de raquitismo, de vez que é muito comum o raquitismo nos países que não estejam situados em zona tropical. Tanto nos estados de miopia como nos estados de escoliose chega o A. à conclusão de que a influência da escola sobre os escolares examinados foi insignificante, mormente para a escoliose que tem nos princípios da higiene do ensino um dos grandes preventivos contra os desvios patológicos do raque.

CONCLUSÕES

1 — Deve a escola organizar e manter de modo permanente, serviços com o fim de melhorar as condições físicas do escolar, grandemente prejudicadas pela educação sanitária insuficiente dos progenitores, pela

habitação que nem sempre oferece garantias de proteção sob o ponto de vista higiênico e pelos estados de debilidade, advindos quer de hábitos feituosos de alimentação, quer de doenças (verminose) que mantêm permanentes de desgaste para a saúde.

2 — Entre os escolares de Guaratinguetá a frequência da é de 23,3%, sendo maior entre as meninas (12,6%) que entre meninos (10,6%).

3 — Na frequência da miopia não se encontrou nenhum: entre miopia e idade e entre miopia e grau de progresso nos

4 — Na frequência da miopia se encontrou relação mui' ca entre miopia e estado de desenvolvimento físico da criança: a ia maior se verificou entre escolares de desenvolvimento anormal ção à idade. Maior é a frequência entre as crianças de desenvolvimento superior (30%) que entre as de desenvolvimento inferior à ida su-).

5 — Entre os escolares examinados, não se encontrou n a relação entre frequência da miopia e escola.

6 — Entre os escolares examinados a frequência de estados escolióticos é de 6,3%, sendo maior entre os meninos (3,4%) que entre as meninas (2,9%).

7 — Entre os estados escolióticos não se observou nenhum caso de escoliose franca. Observaram-se ligeiros desvios com predominância deles para a direita (58,9%) sobre os desvios para a esquerda (41,1%).

8 — Não se observou nenhuma relação entre estados de escoliose e grau de desenvolvimento físico, bem como nenhuma relação com o estado de debilidade geral do organismo.

9 — Os casos de escoliose observados parece dependerem de fatores extra-escolares e estarem ligados mais às condições individuais de saúde.

DOENÇAS PARA CUJA EVOLUÇÃO CONCORRE A ESCOLA

ODETE V. R. MASCAGNI, IGNEZ FARIA
PARADA, JACY G. SIMÕES, AIDA SCAVO-
NE, ANA DELLA ROSA, MARIA DO CARMO
COELHO DA SILVA, ALICE PAES DE AL-
MEIDA.

O trabalho desse grupo de alunas cuida de certas molestias que se adquirem no meio escolar e trata dos meios respectivos de correção. Termina respondendo a esta interrogação: A escola deforma alunos? E respondem as alunas com o resultado de um inquérito procedido em três grupos escolares de S. Paulo: "Casos de gibosidade, de escoliose ou outro defeito da coluna vertebral não foram encontrados".



CONDIÇÕES DE SAUDE DOS ESCOLARES DE SANTOS

A incidência da verminose entre os alunos das escolas primárias oficiais.

DR. SAMUEL AUGUSTO LEÃO DE MOURA

Creemos que não haverá melhor oportunidade do que esta, para apresentarmos aos que se interessam pelas questões de higiene escolar alguns dados que, em várias épocas, conseguimos obter sobre as condições de saúde das crianças que frequentam as escolas primárias de Santos.

Nos primeiros meses do ano de 1932, durante o Governo do então Coronel Manoel Rabello, estando à frente do Serviço Sanitário o Dr. Arthur Costa Filho e como Prefeito em Santos o Dr. Antenor Maciel Bué, foi estabelecido um acordo entre o Serviço Sanitário do Estado e a Prefeitura de Santos pelo qual ambos concordavam em fornecer determinados recursos afim de que se estabelecesse, nessa Cidade, um Serviço de Assistência Médico escolar. A Prefeitura Municipal de Santos entrava com a verba necessária ao pagamento dos honorários de 3 médicos: dois sanitaristas e um especialista em otorinolaringologia, além de pôr à disposição do Serviço um médico de seu quadro. O Serviço Sanitário do Estado concorria com um médico sanitarista, que chefiava o Serviço de Assistência Médico Escolar, e com o material necessário à execução do serviço, além de pôr à disposição deste 2 educadoras sanitárias. Nessa ocasião fomos distinguidos com o convite para colaborarmos nesse serviço e, ante- vendo a possibilidade de realizarmos um desejo que há muito acalentávamos, o de podermos estudar a situação de saúde de nossas crianças, aceitamos o oferecimento e desde logo começamos a dar desempenho às nossas funções. Tivemos a fortuna de conhecer no Serviço o Dr. Oswaldo Carvalho Pinto que era também um dos sanitaristas contratados pela Prefeitura e organizamos a nossa equipe de trabalho, formada pelo Dr. Carvalho Pinto, a educadora sanitária D. Oswaldina Bompani e nós.

Mal havíamos encetado o serviço recebíamos das professoras uma série de queixas referentes ao estado de fraqueza de seus discipulos, o que os tornava desalentados, pouco aplicados.

Iniciamos pouco depois o exame de fezes dos alunos e constatamos no 1.º grupo escolar que visitamos, "Auxiliadora da Instrução", que em 130 meninos que frequentavam o 1.º período: 128 tinham verminose. Verificamos ainda, pelos exames clínicos que 24 tinham perturbações visuais, 114 necessitavam dos serviços do otorinolaringologista, 126 precisavam de tratamento dos dentes e que vários apresentavam sinais clínicos de sífilis, alguns tinham bronquite crônica etc. Das 137 meninas que frequentavam o período da tarde: 121 tinham verminose, 8 apresentavam

perturbações visuais, 81 necessitavam dos serviços do otorrinolaringologista, 88 precisavam do tratamento dos dentes e 56 sofriam de outras enfermidades. Em 1933, nos meses de fevereiro e março, examinamos os alunos do grupo escolar "Dr. Dino Bueno" e, em 561 escolares examinados, só 9 tiveram exame de fezes negativo! A infestação verminótica era de 98,4%!

Do relatório que enviamos em agosto de 1933, pouco antes de nos afastarmos do Serviço, por termos feito concurso para médico sanitário do Serviço Sanitário, transcrevemos aqui os seguintes tópicos: "Foram visitados por nós, de fevereiro a 15 de agosto de 1933: 10 estabelecimentos de ensino, com 75 classes, num total de 2.506 alunos. Todos estes 2.506 alunos foram cuidadosamente examinados e fichados e destes os que necessitavam de cuidados profissionais, foram encaminhados aos especialistas ou aos serviços médicos da Cidade (Santa Casa — Ambulatório Gaffré & Guinle — Cruz Vermelha — Escola de Saude, sociedades beneficentes etc.). Como havia certa dificuldade na execução dos exames de laboratório, um de nós (Leão de Moura) fez em seu laboratório particular os exames de fezes de todos os alunos do grupo escolar "Dino Bueno" (561) e mais 3 exames de muco nasal de alunos suspeitos de lepra. Tendo sido encontrados vários alunos com sarna, obtivemos 1 quilo de pomada de Milian que distribuímos entre os mais necessitados. Havendo a Prefeitura de Santos posto à nossa disposição os medicamentos necessários à população da Bertioiga, distribuímos nas duas vezes em que examinamos os alunos deste longínquo bairro: 98 doses de vermífugos e 80 caixas de cápsulas anti-malárias.

Palestras: — Fizemos 775 palestras com conselheiros higiênicos e em várias escolas obtivemos das professoras que os seus alunos escrevessem sobre o que havíamos falado de sorte que, com prêmio às melhores exposições, pensavamos mandar mimiografar estes trabalhos para distribuí-los entre os outros alunos.

Esta iniciativa teria a vantagem de dar às crianças, uma explicação sobre os cuidados de higiene em sua linguagem própria.

Orientação do Serviço: — Pensavamos voltar agora a visitar uma vez por mês todas as classes já inspecionadas, com o fim de manter em ordem os serviços já executados e aproveitar a ocasião para fazer a medicação anti-helmíntica e também verificar se os alunos encaminhados aos especialistas foram atendidos, quais os resultados obtidos etc.

Conselhos às Mães: — A educadora sanitária tem chamado às escolas, por intermédio dos respetivos diretores, as mães dos alunos para que estas forneçam os dados referentes a seus filhos e nestas ocasiões a educadora tem aproveitado a ocasião para lhes incutir ensinamentos uteis, referentes à saude pública".

Além da grande porcentagem de infestados pelas verminoses, alarmavam-nos o péssimo estado dos dentes da maioria dos alunos, o grande número de lesões do naso faringe, perceptíveis ao mais superficial exame, as perturbações visuais etc.

Para o tratamento dos dentes possuem hoje quasi todos os grupos escolares bem montados gabinetes dentários e, pensamos, com um pequeno aumento do pessoal será possível atender à maioria dos que necessitam com mais urgência dos cuidados odontológicos.

Os doentes que padecem de lesões oftalmo-otorrinolaringológicas estão atualmente sem amparo, pois o serviço de assistência médico escolar em Santos está entregue atualmente a um único médico, que apesar

de sua dedicação não poderá atender convenientemente ao grande número de escolares dessa Cidade. Basta verificar as cifras atinentes à matrícula efetiva dos Grupos Escolares Estaduais de Santos, para se verificar a impossibilidade de um só profissional atender a 11.001 crianças.

Trabalhando atualmente no Laboratório do Hospital "Dr. Guilherme Alvaro" obtivemos do Dr. Cyro Carneiro, Prefeito Municipal de Santos, a necessária autorização para realizar exames de fezes em 500 alunos dos que frequentam os grupos escolares municipais.

Estes grupos estão localizados em pontos diferentes da Cidade; examinamos as fezes de 100 alunos de cada grupo, num total de 244 meninos e 266 meninas, cujas idades oscilam entre 7 e 14 anos.

E se não estamos em condições de fornecer outros dados referentes à saúde destas crianças, podemos no entanto afirmar que a infestação verminótica prevalece ainda em alto grau entre os escolares de Santos (Acompanha um quadro em que os parasitos se distribuem)...

Diante do que expuzemos em relação à incidência da verminose entre os escolares de Santos, podemos repetir com oportunidade, as palavras dos Drs. Vicente Lara e Pedro Egydio de Carvalho: "E' imensa a porcentagem das crianças infestadas e, forçosamente, não desprezíveis serão as consequências que elas sofrerão em razão deste mesmo parasitismo que acreditamos, de modo convicto e com sólidos fundamentos, não se realizar impunemente".

Estamos seguros de que a desatenção dos alunos, o seu menor aproveitamento nos estudos e a astenia que grande número apresenta são consequências das perturbações causadas pela verminose de que padecem.

O Prof. Samuel Pessoa defende a ideia do tratamento mesmo dos "levemente infestados" nas campanhas sanitárias contra a ancylostomose. O que se pensar dos altamentos infestados que frequentam as nossas escolas públicas?! Precisamos dar-lhes a necessária assistência, cumpre contribuirmos para a melhoria de sua saúde. O mundo vive horas terríveis e o período de post-guerra que, permita Deus logo chegue, exigirá de todos os povos uma soma imensa de energia. Caberá a cada país uma árdua tarefa na reconstrução econômica, material e moral do mundo. Precisamos preparar o futuro da nossa gente, com o interesse que ela merece para que possa corresponder ao que dela se espera.

Estamos seguros de que o 1.º Congresso Nacional de Saude contribuirá eficazmente para a solução dos vários assuntos que dizem respeito à salvaguarda da saúde dos escolares.

EM CONCLUSÃO

a) Os dados atinentes à verminose referidos neste trabalho, tendo sido colhidos em estabelecimentos de ensino primário localizados em 5 pontos diferentes da cidade de Santos, Ponta da Praia, Macuco, Marapé, Centro da Cidade e Saboó refletem o grau de infestação geral dos alunos das escolas primárias de Santos.

b) As crianças que frequentam as escolas primárias em Santos são fortemente infestadas pelas verminoses.

c) E' necessário cuidar dessas crianças, dando-lhes assistência médica adequada.

d) É de toda a conveniência a instalação de um Serviço de Assistência Médico Escolar, capaz de zelar pela saúde das 11.000 (onde mil) crianças que frequentam as escolas primárias oficiais dessa Cidade.

e) Este Serviço deverá ser executado em caráter permanente, por um grupo de médicos sanitaristas especializados, de modo que os alunos possam receber tratamento adequado.

f) Caberá ao Estado e a Prefeitura a criação e manutenção do Serviço Médico-Escolar para os alunos que frequentam seus estabelecimentos de ensino primário.

g) Para a instalação e manutenção desse Serviço, a Prefeitura e o Estado poderão entrar em acordo, contribuindo cada qual proporcionalmente ao número de alunos que frequentam suas respectivas escolas.

Estamos seguros de que a higiene escolar precisa ser encarada como um dos principais fundamentos da grandeza da Pátria e que se dermos à higiene escolar a atenção que ela merece, contribuiremos em muito para a melhoria das condições de saúde do Povo Brasileiro.



ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SÔBRE A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA MIOPIA

DR. RENATO DE TOLEDO

1.º Assistente de Clínica Oftalmológica da Escola Paulista de
Medicina. Médico Oculista do Serviço de Centros de Saúde da
Capital — S. Paulo

Caracterizada pela impossibilidade do indivíduo vêr à distância, reconhecendo contudo, exatamente os objetos próximos, a miopia é conhecida e estudada desde os gregos que já a consideravam como congênita.

Esta condição ocular é encontrada de forma constante, sendo, portanto, normal entre alguns animais, como insetos e crustáceos ou outros mais evoluídos, como peixes e rãs. Na maioria dos animais porem, entre os quais os mamíferos, a miopia, mais ou menos frequente segundo a espécie, constitui um desvio da normalidade.

Hirschberg, estudando a refração dos olhos dos cavalos, demonstrou que quando uma miopia alta era encontrada, existia sempre uma alteração mórbida do olho, responsável por ela, e também que, na maioria parte dos casos, era evidente o início de uma catarata.

No homem sua incidência varia muito, de acordo com a idade e com o meio, estando intimamente relacionada com as atividades do indivíduo, dependendo do maior ou menor esforço visual a que essas mesmas atividades obrigam. É também indubitável a existência de um fator hereditário, frequente mas não obrigatório.

Nos povos primitivos, excluídas as pessoas que sofreram de afecções ou traumatismos oculares, não se encontra caso algum de miopia.

Também entre os recém-nascidos são eles raríssimos. Entretanto, já na primeira infância manifesta-se a miopia, cujo número de casos aumenta progressivamente com o crescimento.

Grandes são as variações constatadas no número de míopes entre uma e outra região, dependendo da educação, desenvolvimento cultural e das atividades profissionais nelas predominantes.

Nas mesmas classes sociais, entretanto, sua frequência varia muito pouco de um país para outro, como demonstram as estatísticas de Tscherning, Mottais, Donders, Cohn e outros e cuja média é a seguinte:

N.º de míopes nas classes inferiores	0
N.º de míopes nas classes médias	17%
N.º de míopes nas classes superiores	35%

Em São Paulo, Moacyr Alvaro e Durval Prado, em pesquisas feitas no Ambulatório de Doenças dos Olhos da Santa Casa de Misericórdia, encontraram uma frequência de 1,94% de míopes sobre 25.100 doentes. Sendo este serviço frequentado quasi exclusivamente por operários ma-

nuais com alta porcentagem de analfabetos, mostra esse trabalho ser também em nosso Estado bastante rara a miopia nas classes inferiores.

Jacques Tupinambá, em 1934, examinando 12.734 crianças dos grupos escolares, encontrou uma frequência de 0,37% de míopes.

Não poderiam deixar de ser aqui citados os trabalhos de Cohn, o verdadeiro iniciador da ciência da higiene visual, que já em 1867, publicando o resultado do exame de 10.060 estudantes, mostrava a influência dos trabalhos escolares sobre o desenvolvimento da miopia, bem como a ação nefasta da má iluminação nas escolas, a importância da posição do aluno na carteira, da impressão dos livros etc.

Nesse trabalho Cohn apresenta os seguintes dados que teem sido, com pequenas variações, confirmados por outros pesquisadores:

N.º de míopes nas escolas primárias	1,4%
N.º de míopes nas escolas médias	10%
N.º de míopes nos ginásios	20%

Até 1604, quando Joannes Kepler reconheceu o modo de refração da luz através das lentes e através do olho, as idéias sobre a causa da miopia eram muito vagas, predominando aproximadamente a mesma opinião dos gregos que julgavam "nos míopes o poder visual que flui do cerebro através a pupila ser muito pequeno para alcançar os objetos muito distantes".

Uma vez aceita a explicação de Kepler, permaneceu ainda por muito tempo obscura a razão da aparente maior refração da luz nos olhos míopes, tendo sido múltiplas as teorias que procuraram explicá-las. Somente em 1854 foi demonstrada por Ferdinand Arlt que a causa anatômica é um maior alongamento do eixo antero-posterior do globo.

Esta é, com efeito, a causa da miopia típica. Outras formas existem que obedecem a outras causas, mas que aqui apenas referiremos: são as miopias causadas por curvatura exagerada da córnea, por turvação do aquoso, turgescência do cristalino, sub-luxação deste ou ainda por alteração de sua contextura, na diabete.

Considerando apenas os casos de miopia típica, se bem que o tratamento médico e a higiene ocular não dependam do gráu da mesma, pois que os cuidados devem ser estendidos a todos os casos, convem manter para seu estudo a divisão segundo os gráus, aceita e adotada por muitos autores. É a seguinte:

Miopia ligeira	até 3D
Miopia média	mais de 3 até 6D
Miopia alta	mais de 6D.

Diminuindo progressivamente o número de casos à medida que aumenta o gráu de miopia, e, considerando as complicações que sóem acompanhá-la, a alta miopia ainda em número alarmante.

Sendo o paciente examinado precocemente e de forma cuidadosa é constatada, em geral, uma hiperemia da papila e da coróide circunvizinha.

A explicação provavel deste achado é a tração do nervo ótico causada pela convergência excessiva quando os tecidos ainda não se desenvolveram suficientemente para resistí-la.

Posteriormente é observada a atrofia da coróide no lado temporal do disco ótico — o crescente e o conus miópico — degeneração que pode se estender pelo fundus ou se localizar em outros pontos do mesmo.

Alem dessas complicações outras existem, sendo as mais comuns as opacidades ou a fluidificação do vítreo, a catarata ou sub-luxação do cristalino, coroidites, hemorragias da retina e vítreo e o descolamento da retina, que entram com frequência maior ou menor, sendo a porcentagem total das complicações aproximadamente de 34% dos casos.

Tambem de todos os tempos são as tentativas para a cura da miopia. Em 1872, Schiess, baseado na suposição de que a alta miopia era devida a um encurvamento muito pronunciado do cristalino, preconizou o tratamento dos pacientes pela instilação repetida e prolongada de atropina. Este método, hoje condenado por prejudicial à progressão do mal, só tinha uma vantagem que é a do repouso ocular que pode e deve, entretanto, ser obtido por outros meios.

Conhecido o fato de distensão do globo, numerosas hipóteses sobre o seu mecanismo de produção apareceram, dando algumas delas, origem a processos terapêuticos como por exemplo a secção dos músculos oblíquos ou dos retos interno e externo, baseada na suposição de que eram estes músculos os responsáveis por esse alongamento.

Alem dos inconvenientes decorrentes das consequências de tal operação, efeito nenhum se observou com ela sobre a progressão da miopia. Foram feitas tambem operações sobre o globo visando o seu encurtamento e que consistiam na excisão de uma faixa de esclera na porção equatorial. Em princípios do século XIX foi por Fukała preconizada uma operação que é até hoje, às vezes, executada: é a extração do cristalino ainda transparente. A dificuldade e os perigos da operação limitam, contudo, muito as indicações do processo. Atualmente Castroviejo, nos Estados Unidos, ensaia um processo que consiste na diatermo-coagulação superficial da esclera, em faixas na direção dos meridianos do globo, visando com isso o encurtamento do mesmo. Os resultados de seus trabalhos não foram, porem, ainda publicados, não sendo por isso possível ajuizar do seu valor. Tambem alguns tratamentos médicos tem sido propostos como por exemplo o de Bonnefon, que consiste na injeção subconjuntival de solução hipertônica de cloreto de sódio e dionina.

Não obstante a opinião de muitos autores, entre os quais grandes autoridades, de que a causa da miopia seja uma tendência hereditária ao crescimento exagerado dos olhos, parece-nos que os números demonstram fartamente a importância dos trabalhos de perto e, portanto, da escola, na sua progressão e mesmo na sua produção, justificando assim, a apresentação das considerações que desejamos fazer sobre a prevenção e tratamento da miopia.

Já que não nos é possível, por um determinado processo curar a miopia, ou por uma medida evitá-la, sua prevenção exige uma série de cuidados constantes e continuados durante anos, que, orientados pelo especialista, devem ser por outrem executados. São os médicos em geral, os pais, as professoras e as educadoras sanitárias ou assistentes sociais as pessoas responsáveis por este mister. A colaboração dos colegas não especialistas já se tem obtido pela divulgação dos progressos da especialidade. A ajuda dos pais é tarefa difícil que só um trabalho persistente, continuado e prolongado poderá fazer surtir os resultados. Cabe, pois, no momento, às professoras e educadoras sanitárias o papel principal.

A escolha das professoras como colaboradoras imediatas do oculista nesta missão é feita, não sómente porque são elas que estão em contacto diário com a criança, com mais oportunidade de observá-las que os próprios pais, por ser na escola que o uso dos olhos é mais intenso e prolongado, como também porque pela sua cultura e melhor compreensão podem, com facilidade, apenas por abstracção, imaginar em toda a plenitude o quadro da cegueira, o que significam as trevas para o indivíduo e um ceço para a família e para o Estado.

Todavia, para isso, é indispensavel que a professora esteja não somente ao par da possibilidade e dos perigos da progressão da miopia, mas também que é possível e necessário tratá-la, como tratá-la e que esteja sempre vivo em seu pensamento que dela depende em grande parte o êxito desse tratamento e que o abandono dessa criança poderá ser sua condenação à cegueira.

Não nos deteremos aqui na importância dessa afecção sobre a aprendizagem dos alunos. A miopia e outras perturbações visuais como causa evidente de retardo nos estudos tem sido tratada com minúcias pelos psicólogos e pedagogos, sendo bastante o conhecimento dos trabalhos de Binet a esse respeito para a avaliação de sua importância.

Como, porem, esclarecer as professoras sobre os problemas de higiene ocular, de prevenção da cegueira e, portanto, também da miopia? A tarefa cabe aos especialistas, às clínicas oftalmológicas e, no nosso meio, especialmente aos oculistas do Serviço de Higiene Escolar e dos Centros de Saúde que além de consultantes devem ser educadores, ou melhor, orientadores dessa campanha. Poderiam eles redigir circulares, em termos claros, precisos e acessíveis, explicando com minúcias os perigos de determinada afecção, insistindo sobre as vantagens do tratamento precoce, dando os sinais principais que podem ser por qualquer pessoa observados. Aproveitando os recursos de que dispomos, tais circulares, que deveriam ser frequentes e de tempos em tempos tratando do mesmo assunto, poderiam ser encaminhadas pelo Serviço de Propaganda e Educação Sanitária a todas as professoras e alunas das escolas normais do Estado. Além disso, pelos mesmos médicos poderiam ser feitas palestras às professoras dos grupos em suas inspeções sanitárias, bem como esclarecimentos individuais relacionados com os problemas encontrados em determinada classe. O auxílio das educadoras sanitárias ou assistentes sociais, cuja função, verdadeiro sacerdócio, nobilita também nossa profissão, complemento indispensavel do médico nas escolas e ambulatórios, é também precioso no tratamento da miopia. Sua instrução especializada tem, contudo, de ser sólida, com conhecimentos bons de anatomia, patologia e terapêutica ocular. Trabalhando junto ao médico, deverá estar ao par do que sofrem os doentes que necessitam de sua assistência, da gravidade do mal, da possibilidade de complicação e, em cada caso, o porquê dos medicamentos ou preceitos higiênicos instituídos.

Só com esses conhecimentos, a par do espírito de sacrifício que delas é exigido, de paciência e bondade, poderão, nos lares, fazer com que as prescrições médicas sejam observadas, contornando as situações originadas pela falta de recursos ou pela rebeldia oriunda da ignorância, tão frequente, principalmente num caso como este, em que a afecção evolue sem dôr ou sintomatologia alarmante.

Executado este trabalho, fundamental, porem preliminar de orientação e esclarecimentos, contando então com a colaboração dos médicos, professoras e educadoras sanitárias, vejamos quais as medidas que devem ser tomadas em relação ao indivíduo.

Sendo como é, em grande número de casos, de carater hereditário indiscutível, o exame pré-nupcial permitiria ao médico o esclarecimento da possibilidade da transmissão do mal aos filhos, esclarecimento esse que tem de ser feito sempre com minúcias, mostrando estatísticas, demonstrando a razão da gravidade da miopia, das complicações que ela pode trazer, insistindo sobre os cuidados que deve ter a futura esposa no caso de gestação ou com o nascimento de um filho, com este desde a mais tenra infância, usando enfim, dentro da ética profissional mais rígida, de todos os recursos que honesta e cientificamente concorram para elucidar, nos candidatos ao matrimônio, a sua responsabilidade.

Durante a gestação, não só no caso dos cônjuges serem míopes, medidas especiais devem ser observadas. Trabalhos de observação e experimentais demonstraram que a carência de vitamina A no organismo materno durante a gestação é a causa de grande número de malformações oculares, desde as opacidades corneanas até a ausência do globo ocular. Mesmo sem referências especiais à miopia, parece-nos óbvio que a formação de um olho são seja condição primacial para o resultado das outras medidas. Compete ao obstetra e especialmente aos serviços de higiene pre-natal a observação fiel desses cuidados.

No período pre-escolar cabe ao pediatra a determinação das normas que devem ser seguidas e que visam, além do desenvolvimento corporal harmonioso da criança com calcificação normal e saturação constante pela vitamina A, o socorro imediato a qualquer doença ocular, a permanência da criança em lugar bem iluminado, preferivelmente à luz solar e para as mais desenvolvidas a proibição de distração prolongada que exija a visão de perto. Nos jardins da infância, bem como em todas as outras classes, primárias, secundárias ou superiores, o exame sistemático obrigatório, feito por especialistas, torna-se indispensável, sendo a pedra fundamental desta profilaxia, por descobrir todos os casos do mal, no meio onde é ele mais frequente.

Sem sua obrigatoriedade muitos casos passarão desapercibidos, porque, às vezes por timidez, outras por inconsciência por ignorar que vê mal, que vê menos que as outras, a criança não se queixa.

Uma vez examinada a criança, prescritas as lentes corretoras, os medicamentos indicados como reconstituintes, hipotensores oculares etc., continua o trabalho da professora que tem que zelar pelo aluno, forçando o uso continuado dos olhos, observando sua posição na carteira, dispendo sua mesa de forma que a iluminação seja perfeita, impedindo esforços exagerados e também observando as atitudes do mesmo, para surpreender qualquer alteração que a fará encaminhá-lo novamente ao especialista. Ao mesmo tempo se inicia o trabalho da educadora, convencendo a família que aqueles olhos são doentes, que não podem fazer trabalhos prolongados como costura, leitura etc., insistindo sobre a alimentação, vida ao ar livre, esportes e folguedos sadios, sobre a obediência às prescrições médicas e também de orientação de sua profissão futura.

Mas ainda não é só; todo esse esforço, bem orientado, conciente e interessado de todos os responsáveis pelo desenvolvimento e educação das crianças dará resultados precários se não houver o auxílio do Estado. Urge dotar as nossas escolas dos requisitos técnicos que permitam que a função visual de todos os alunos se faça com o mínimo esforço. Estas condições que não dizem respeito somente à intensidade de aclaramento, mas à qualidade, aos contrastes, à ausência do ofuscamento e à dimensão angular dos objetos, estão já perfeitamente determinadas, e têm sido pre-

conisadas não só pelos médicos como pelos pedagogos, não sendo por isso preciso insistir em seus detalhes, mas sim na necessidade de sua execução.

Esperamos que hoje com a construção de prédios próprios para as escolas, tenha melhorado a nossa situação, que há bem poucos anos era, como se depreende do quadro que se segue, organizado pelo Lighting Service Bureau, tão precária que justifica nossa insistência no assunto.

CONDIÇÕES DE ILUMINAÇÃO DAS ESCOLAS DE SÃO PAULO

(Publicado em Trabalhos do Primeiro Congresso Brasileiro de Oftalmologia v. 2.º, pg. 466, São Paulo, 1936 — Pereira, Dulcideo — A iluminação moderna como fator da higiene visual).

RESUMO	Escolas Públicas Primárias		Outras Escolas		Total Geral	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Número de salas inspeccionadas	543		341		884	
Número de salas com iluminação abaixo do mínimo recomendado	191	35%	99	29%	290	33%
Número de salas onde há sol diretamente sobre carteiras	379	70%	236	69%	615	70%
Número de salas com sol diretamente sobre carteiras, porém, com proteção por cortinas	254	47%	145	43%	399	45%
Numero de salas com o ofuscamento por reflexão nos quadros negros	440	81%	253	74%	693	78%
Numero de salas com má distribuição de luz sobre os quadros negros	429	79%	265	77%	694	78%
Número de salas onde há necessidade de luz artificial durante os dias escuros	353	65%	246	72%	599	68%
Número de salas com iluminação artificial adequada	3	0,6%	18	5%	21	2,5%

Mesmo com todos os requisitos técnicos, estas salas não servirão, entretanto, para todos os alunos. Necessário se torna a criação de classes especiais, onde meninos com visão muito baixa pela miopia ou outra afecção ocular sejam educados por processos adequados. São as classes para ambliopes que preconizadas pela 1.ª vez em 1802, com fins educacionais, foram, em 1907 introduzidas na Inglaterra com o intuito de prevenir a cegueira. O seu valor é demonstrado pelo fato de existirem hoje, só nos Estados Unidos, mais de 500 classes dessa natureza.

Em São Paulo, uma primeira tentativa, nesses sentidos, foi feita em 1934, com a instalação de uma classe anexa à Enfermária Santa Luzia, na Santa Casa de Misericórdia.

A ESCOLA COMO ELEMENTO EDUCACIONAL NA LUTA DE PREVENÇÃO DA CEGUEIRA

Trabalho apresentado ao 1.º Congresso Nacional de Saúde Escolar pelo DR. DURVAL PRADO — S. Paulo.

Na luta ingente, contínua e progressiva a que se atira o Médico no intuito de prevenir a cegueira, dois fatores ressaltam como de magna importância: compreensão altruística do empreendimento e continuidade absoluta dos meios conhecidos para a sua consecução.

O primeiro destes fatores depende, naturalmente, da maneira correta do Médico ao encarar os problemas da sua estrita autonomia; o segundo, mais amplo e complexo, subentende uma articulação perfeita de elementos ativos, entrosados para um único fim, como se fossem extensões dum mesmo organismo.

A luta de prevenção da cegueira, que inicialmente parte do Médico como mais apto no conhecimento dos seus meios, integra-se cada vez mais e mais eficientemente, com o concurso de elementos variados da economia social.

Da Escola, na sua múltipla finalidade de educar e instruir, muito podemos esperar como elemento eficiente de educação na luta de prevenção da cegueira. O Médico, pelos achados nos seus exames especializados, o Professor, pelo contato quotidiano com os alunos e a Educadora Sanitária, pela estreita relação entre a Escola e a família dos alunos, representam uma verdadeira cadeia de elementos conjugados, em condições de colaboração estreita e eficiente no tocante à educação dos princípios necessários à luta de prevenção da cegueira.

FATORES DE PREVENÇÃO DA CEGUEIRA RELACIONADOS COM A HEREDITARIEDADE E COM A HIGIENE PRE-NATAL

A instrução especializada que atualmente recebem as Educadoras Sanitárias em nosso meio, conjugada à sua singular oportunidade de atuarem precisamente no seio das diferentes agremiações, desde a própria Escola, o lar, as fábricas, os recolhimentos, creches etc., permite utilizar as mesmas nas diferentes propagandas médico-sociais relativas ao alcoolismo, sífilis, má nutrição, estafa, promiscuidade etc., que inevitavelmente preparam o terreno para a procreação mórbida.

De um modo particular, aproveitam desta propaganda as gestantes, no tocante ao tratamento criterioso da sífilis, à melhora da nutrição relativamente, por ex., ao teor de vitamina A e ainda, a mais severa profilaxia das molestias venéreas, todos estes, fatores de máxima importância na luta contra a cegueira.

Um tema especial dentro deste capítulo é o relativo à profilaxia da conjuntivite purulenta dos recém-nascidos. Patentear o valor do método de Credé, simples na prática e maravilhoso nos resultados. Com dados

estatísticos, reduzidos a simples expressões numéricas, referir o decréscimo do número de cegos em toda parte em que o método é empregado, mostrando, ao mesmo tempo, que entre nós, por ser ainda de recente obrigatoriedade contamos entre os nossos cegos, com cerca de 40% causados pela oftalmia dos recém-nascidos e, porisso, cegueiras evitáveis.

Outorgar ao método de Credé a mesma importância que já goza a vacinação contra a varíola é dar um dos grandes passos na luta contra a cegueira, contribuindo assim para definir uma civilização.

PROFILAXIA DO TRACOMA

É no lar, contaminado e promíscuo, que geralmente se contamina a criança pelo tracoma. Chegada a idade escolar vai ela, exibindo e sofrendo as consequências do seu mal, lançar o primeiro alarme, que a Escola deve ouvir sob um duplo aspecto: tratar o doente, por intermédio do seu serviço médico especializado e educar a coletividade por todos os meios adequados. Desta luta renhida, participam o Médico, no diagnóstico e indicação terapêutica; a Educadora Sanitária e o Ambulatório especializado no tratamento; e, finalmente o Professor, a quem deve estar reservada a superintendência das funções das Educadoras.

Atenção especial merecem as conjuntivites de repetição, que ao ver de alguns (Ch. Nicolle) prepararia o leito para o tracoma. Na Escola deverão os pequenos pacientes iniciar o hábito do asseio pessoal, principalmente ao uso frequente de sabão, a toalha individual etc..

O tracoma, que em muitos países é responsável por uma grande porcentagem de cegos, é sempre causa da semi-cegueira, de importância médico-social cada vez maior na utilização do elemento humano.

ILUMINAÇÃO

A conservação da visão requer não somente os cuidados referentes ao próprio órgão da visão, como também referente à iluminação do ambiente destinado ao uso daquela função. Iluminação em quantidade e qualidade apropriadas aos diferentes fins, difusa e bem repartida, isenta de brilho ou reflexão molesta, deve ser proporcionada em todo ambiente onde qualquer trabalho prolongado exija maior ou menor esforço visual.

Esta necessidade torna-se imperiosa nas Escolas, onde, ao lado das condições peculiares da idade dos seus frequentadores, ocorre sempre entre eles uma certa porcentagem de portadores de vícios de refração.

A distribuição dos bancos e carteiras deve obedecer a um plano pre-estabelecido afim de reduzir ao mínimo a possibilidade de sombras. As estampas murais e principalmente o quadro-negro nunca devem ficar entre janelas nem onde a luz possa produzir reflexões molestas.

A iluminação artificial, seja auxiliar, seja em substituição da natural, deve sempre ser confiada a técnicos, afim de serem evitados todos os males da má distribuição, às vezes até com desperdício.

EXAMES DE REFRAÇÃO

Ao exame de refração de um modo geral e, quando entre jovens, de um modo especial, devemos conceder grande importância na luta de prevenção da cegueira. Em primeiro lugar pelo tríplice benefício colhido pelo portador de correção ótica: aumento do poder visual, eliminação da

astenopia e proteção do próprio órgão. Em segundo lugar é por assim dizer, o papel educativo que desempenha o portador de óculos junto aos seus familiares ou amigos. A observação por parte de terceiros da melhora, por vezes radical, duma sintomatologia sofrida por meses ou anos, convence-os da vantagem daquele exame, no decorrer do qual outros achados poderão ocorrer dentro de época ainda favorável ao tratamento adequado.

MIOPIA

O papel exercido pelo trabalho de perto no aparecimento da miopia tem sido, por vezes, contestado nos últimos anos. O progresso dela, porem, coincidindo e quiçá se favorecendo daquela condição de trabalho, é certamente mais aceitável e mesmo demonstrável com apoio em estatísticas. Os trabalhos de Cohn, no fim do século passado e ainda os de Sulzer e Tscherning, evidenciam o segundo fato acima referido.

Os de Cohn, por ex., entre os escolares da Alemanha, executados com grande rigor e entusiasmo, chegaram, para o seu autor, a constituir um ameaço no futuro visual daquele povo.

Representando a miopia a condição orgânica dum olho portador de exagerado comprimento do eixo antero-posterior, aparecida, geralmente, na segunda década da vida, está ela naturalmente, fadada a um progresso de ritmo variável, mas inevitável.

Todo pai, professor ou responsável deverá, por norma, ter especial carinho com a educação dum jovem que antes da idade escolar já se apresenta míope. O progresso neste caso é, quasi seguramente, muito grande, de modo a dificultar a própria instrução. Cuidados especiais serão tomados em relação aos jogos desportivos pois, as miopias elevadas, além de comprometerem por si mesmas a condição visual, predispoem o órgão às mais desastradas consequências, por vezes funestas para a função. As hemorragias e principalmente os descolamentos da retina encontram entre os míopes grande número de vítimas.

A miopia impõe, muitas vezes, conselhos quanto à escolha da futura profissão a ser abraçada pelo seu portador. Neste delicado problema pode a Escola auxiliar o interessado, seja instruindo-o quanto às exigências legais de cada caso, seja esclarecendo-o quanto à possibilidade de futuros riscos. Já o aluno, na própria Escola aprendeu a importância da boa iluminação nos ambientes de trabalho, a escolha de livros com caracteres mais legíveis, a forma e a altura das carteiras e bancos, os cuidados relativos à posição do corpo durante o trabalho etc..

Na Suécia demonstrou-se que os progressos de higiene e iluminação escolar, a abolição de livros escritos com caracteres góticos e o aumento dos esportes ao ar livre foram seguidos duma notável redução da miopia (Dr. Hoggarth).

PROFILAXIA DA CEGUEIRA NOS ACIDENTES DO TRABALHO

Dois fins principais são visados pela profilaxia dos acidentes do trabalho: impedir que o acidente se produza e, uma vez produzido, limitar suas consequências (Coutela). Encarando o problema, não só nas Escolas Profissionais, que representam oficinas destinadas ao ensino, como também nas escolas de um modo geral, com os seus parques de jogos, mobiliários, instrumentos de ensino etc., fica à Escola reservado um grande papel educacional naquele distrito.

Encarecer a distribuição das diferentes instalações segundo o maior perigo que possa apresentar, o papel da boa iluminação, adequada à cada

espécie de trabalho e a imediata substituição das peças inutilizadas. Insistir sobre a vantagem de uso de proteção especial dos olhos expostos às diferentes manipulações reconhecidamente perigosas. Uma vez ocorrido o acidente será o paciente imediatamente levado à presença do Oftalmologista, único capaz de oferecer assistência útil.

CLASSES PARA AMBLIOPES

Ambliopes são as pessoas que, pela sua condição visual permanente, se situam entre os cegos e os videntes (Terrien). Considera-se como ambliope para a entrada nas classes especiais, as crianças que, não possuindo senão uma fraca acuidade visual, não podem aproveitar completamente o ensino ministrado nas escolas ordinárias. Na prática, estas classes para ambliopes recebem duas espécies de crianças bem diferentes relativamente à visão que apresentam. De um lado são os portadores de vícios de refração (miopia, por excelência) e de outro os indivíduos com grande redução do poder visual, podendo ser devido a defeitos oculares congênitos, inflamações da córnea, da retina ou da coróide, ou ainda a acidentes oculares cu, finalmente, a processos degenerativos do nervo ótico ou da retina. Varia nos diferentes países a acuidade visual limite para a admissão nas classes especializadas.

A importância destas classes é traduzida pela multiplicação de seu número nos diversos países que a adotam. Em certos casos, os míopes tornados ambliopes, apresentam menor progresso do seu mal nestas classes do que se frequentassem as classes ordinárias. Este problema, ainda não longamente estudado, impõe um certo critério na escola dos candidatos míopes às classes especiais para ambliopes.

O nível das classes para ambliopes é, em geral, inferior ao das classes ordinárias, devido em parte às restrições feitas quanto à leitura e em parte à presença na classe de alunos ambliopes "que nem sempre são tão inteligentes e tão capazes quanto os míopes" (Harman).

CONCLUSÕES

1.^a) Dotada a Escola moderna de serviço médico permanente, representa ela, em grau variável com a eficiência deste serviço, um elemento de educação na luta de prevenção da cegueira, seja tratando as doenças oculares, preservando o uso de correção contra ametropias ou cuidando da saúde em geral com benefício da função visual.

2.^a) Aproveitando-se a elevada função da Visitadora domiciliar, pode ela, com vantagem sobre as propagandas em massa, veicular ensinamentos no lugar e no momento oportunos como, por ex., velar pela prática do método de Credè, insistir pelo uso de máscaras nos momentos indicados etc..

3.^a) Sendo inerente à função do Professor a observação atenta dos seus alunos, pode ele ser facilmente advertido para surpreender vícios de refração, latentes ou não, seja pela atitude do aluno, seja pelo ritmo do seu progresso etc..

O PROBLEMA DAS AFECÇÕES DOS OLHOS NO MEIO ESCOLAR

DR. HERMINIO DE BRITO CONDE

Oftalmologia do D. N. de Saude e delegado da Liga Nacional de Prevenção da Cegueira

CONCLUSÕES

I — O 1.º Congresso Nacional de Saude Escolar recomenda às instituições educacionais, públicas e particulares, a criação de consultórios oftalmológicos escolares e a utilização de médicos oculistas, inclusive itinerantes em número adequado às necessidades do ensino.

II — O 1.º Congresso Nacional de Saude Escolar recomenda a cooperação do professor como a via racional de encaminhamento do problema das afecções dos olhos no meio escolar; à iniciativa do professor devem ser confiadas a remessa do escolar ao médico e, na falta deste, a ciência aos responsáveis do estado ocular do aluno.

III — O 1.º Congresso Nacional de Saude Escolar sugere, e altamente louva, a realização de cursos de vulgarização oftalmológica destinados aos professores primários, nas clínicas e ambulatórios especializados.

IV — O 1.º Congresso Nacional de Saude Escolar, atendendo à maior incidência de anomalias visuais entre os escolares repetentes, recomenda para o estado ocular destes especial atenção dos interessados, professor, responsáveis, visitadora social e médico escolar, onde houver.

V — O 1.º Congresso Nacional de Saude Escolar expressa caloroso aplauso à Secretaria de Educação e Saúde do Estado da Bahia, pela criação da primeira classe brasileira de "conservação da visão", instalada na escola primária "Getulio Vargas", na cidade do Salvador, exemplo a ser seguido pelas autoridades educacionais, públicas e particulares do país.

VI — O 1.º Congresso Nacional de Saude Escolar sugere aos poderes competentes a distribuição da obra do Dr. Sylvio de Almeida Toledo, intitulada "Cooperação da Escola Primaria no Combate ao Tracoma", aos professores em exercício nas regiões endemicamente flageladas pela conjuntivite granulosa (tracoma).

HIGIENE INDIVIDUAL, ENGENHARIA SANITÁRIA, NUTRIÇÃO, DIAGNÓSTICO PRECOCE PELOS EXAMES SISTEMÁTICOS E PERIÓDICOS DO APARELHO DA VISÃO, TRATAMENTO PRECOCE PELA QUIMIOTERAPIA ESPECÍFICA COMO BASE DA ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA NO COMBATE ÀS ENFERMIDADES OCULARES.

DR. NATALÍCIO DE FARIAS

Chefe do Serviço de Moléstia dos Olhos do Centro Médico-Pedagógico "Oswaldo Cruz" — Rio.

O aparelho da visão não pode isolar-se do conjunto dos demais órgãos do corpo humano e, por isso, na conservação da sua saúde aplicam-se todos os preceitos da medicina preventiva. Conservar a boa visão, descobrir e prever as condições de deficiência da função visual futura para afastá-la a tempo, tal é o objetivo da medicina preventiva aplicada ao aparelho visual. Daí a nova orientação do oftalmologista: ir ao encontro do indivíduo aparentemente sadio para descobrir-lhe os desvios da sua saúde ocular. Somente a evolução da ciência oftalmológica ajudada pelo progresso dos aparelhos delicados de pesquisa biológica tornou possível no nosso tempo esta direção nova dos seus objetivos. Até o século passado o oculista acompanhava os passos indecisos da Medicina, então na fase de organização científica e indiretamente aproveitava-se dos métodos empregados pela engenharia sanitária de então, empenhada na limpeza das cidades, na provisão de água potável para serventia das aglomerações humanas etc..

Com a ampliação dos conhecimentos esta mesma engenharia acha-se hoje intimamente ligada à profilaxia das doenças oculares, cuidando da boa iluminação, ventilação, cubagem, mobiliários das escolas, cinemas, teatros, edifícios públicos e particulares.

Nas regiões onde a insolação em certa época do ano torna-se intensa, como acontece entre nós, o fator da iluminação do ambiente de trabalho deve ser cuidadosamente estudado. A ação da luz sobre o globo ocular exerce-se dentro das leis da fisiologia e determina modificações na estrutura da retina e meios oculares. Desordens profundas podem ser determinadas na função visual pela carência ou pelo excesso da luz. São conhecidos os fototraumatismos seguidos de cegueira provisória ou permanente nas pessoas que, sem a devida proteção, fitam o Sol na passagem dos eclipses. Também são frequentes as recriminações dos autores contra as salas mal iluminadas provocadoras da miopia dos escolares. Assim não é o mesmo estudar em classes ombría, ao ar livre, em pleno sol ou à sombra das árvores.

A higiene individual tem importância na prevenção das doenças oculares. As crianças mal nutridas, de hábitos higiênicos precários, são frequentemente atacadas de queratoconjuntivite flictenular e do tracoma. Em países como nos ESTADOS UNIDOS DA AMERICA DO NORTE onde a alimentação é mais farta, sobretudo de carne, a proporção daquela doença é baixa em relação a certos países europeus. O tracoma dizima as populações pobres e desnutridas: seu índice de incidência atinge ao maximo nas escolas dos bairros operários para decrescer e extinguir-se à medida que melhoram as condições higiênicas das classes mais abastadas. O transtorno da nutrição, a avitaminose, pode determinar o aparecimento de manchas sem brilho no globo ocular, as quais as lágrimas não humedecem e são acompanhadas da visão defeituosa ao crepúsculo. E' a xerose que pode determinar perfuração e perda total no globo nos casos de caquexia.

A vida ao ar livre, os exercícios físicos, nutrição abundante, são fatores preponderantes na prevenção da miopia, juntando-se ainda a vigilância sobre a iluminação, mobiliário, tipo dos livros de estudo.

Mas como descobrir os erros de higiene individual, as condições de trabalho, a nutrição, as enfermidades crônicas, todo esse conjunto propicio a que se instale a doença ocular? Somente com o exame sistemático e periódico da saúde do aparelho da visão. Há uma necessidade imperiosa de formar a mentalidade coletiva de que anualmente devemos mandar examinar as condições de integridade do nosso aparelho visual como medida de conservação da visão.

Os hospitais ainda hoje se enchem de doentes jovens que para lá se transportam para morrer, portadores de lesões incuráveis que um facil tratamento feito anos antes teria evitado. O mesmo se diga dos cegos asilados e da multidão de pessoas que com alto grau de visão defeituosa andam pelas nossas cidades.

A estatística de 1920 revela 29.864, ou sejam cerca de trinta mil cegos, em todo o BRASIL. Ora, nós sabemos que as causas frequentes de cegueira entre nós são: a oftalmia dos recém-nascidos, tracoma, conjuntivites, sífilis, avitaminose, tuberculose — doenças evitáveis e curáveis.

A Química nos fornece hoje os medicamentos específicos que os antigos desconheciam.

A oftalmia do recém-nascido é evitada com a simples instilação de uma gota de nitrato de prata a 2% nos olhos da criança, logo após o nascimento. Na ALEMANHA, antes oa prática sistemática deste metodo, a oftalmia do recém-nascido concorria com o contingente de 30% dos cegos internados nos asilos; logo depois passava a contribuir apenas com menos de 2%. Não há exemplos mais convincente da Medicina preventiva aplicada às doenças oculares.

A sífilis provoca cataratas congênicas, estrabismo, microftalmia, glaucoma infantil, mistagmus, queratite parenquimatosa, atrofia do nervo optico. Entretanto, temos para a cura da sífilis o mercúrio, o arsênico, o bismuto, o iodo, a malária. Daí a sífilis entrar com um dos maiores contingentes da patologia ocular. Falta o tratamento precoce, preventivo. Não temos um medicamento específico para o tratamento do tracoma. Mas tratar os casos em certos períodos, quando o doente, martirizado pela doença, procura o oculista em situação deploravel, é assistir a um sofrimento lento sem meios de sustá-lo.

Tal estado de coisas pode ser evitado com a procura dos casos incipientes nas escolas, pelo exame sistemático e periódico dos alunos, tratamento precoce e educação de meio familiar. Só assim se poderá extinguir, entre nós, este tremendo flagelo. Assim, a nossa campanha

contra as doenças oculares visa antes de tudo o diagnóstico precoce para ser indicado o tratamento precoce.

Mais ainda: pelo exame sistemático e periódico dos escolares são descobertos e afastados os distúrbios gerais que mais tarde poderiam atacar o aparelho da visão, no momento, normal.

Como vemos, centraliza todo o sistema: — o *escolar*, em torno do qual gira a ação médica e a ação educacional.

Não há mais dúvida que após uma geração, examinada em centro adequado, a idéia terá alcançado o seu triunfo completo com a nova juventude sadia e educada nos preceitos higiênicos.

A vigilância, entretanto, se exerce em todas as fases da vida humana, através de organizações prenatais, pre-escolares, escolas-hospitais, centros de saúde para adultos.

Numerosas são as afecções congênicas provocadas pela sífilis, a oftalmia purulenta ataca o recém-nascido; na idade escolar aparecem os vícios de refração, os acidentes, as lesões luéticas mais tardias; no adulto, os acidentes do trabalho e na velhice as cataratas inoperáveis que se instalam em organismos doentios. Assim se justifica a criação de diferentes organizações de exames de acordo com a idade do indivíduo.

No Distrito Federal, o professor dr. Alcides Lintz, Diretor do Departamento de Saúde Escolar, empenhado na solução do problema da saúde da nova geração, dirige o seguinte plano que pode servir de modelo a empreendimentos semelhantes. Os médicos das Escolas, nas visitas às classes e com as informações do professorado, elegem aquelas escolares que apresentam perturbações no aparelho visual. Daí são conduzidos ao posto médico-pedagógico do respectivo distrito, onde são examinados nas conjuntivas (doenças contagiosas), aparelho lacrimal (dacriocistites), capacidade visual (vícios de refração), lesões corneanas, corpos estranhos, úlceras, fundo de olho (coroidites). Neste mesmo posto, anualmente, no início das aulas, são examinados os candidatos à matrícula. O tratamento é imediatamente iniciado quando os meios locais permitem o diagnóstico e o tratamento em ambulatório.

Não sendo possível, é o escolar enviado ao CENTRO MÉDICO-PEDAGÓGICO "OSWALDO CRUZ", organização central, dotada de completo e moderno aparelhamento de pesquisas do aparelho de visão. Neste mesmo CENTRO funcionam serviços de laboratório, clínica médica, metabolismo, cardiologia, otorrinolaringologia, fisioterapia, planigrafia, Röntgenfotografia, de ABREU, Röntgendiagnóstico, Röntgenterapia, e Ortopedia. Em andamento de construção, Pavilhões de ortopedia, oftalmologia, clínica médica, otorrinolaringologia. Esse conjunto, servido por médicos especialistas, torna possível um diagnóstico preciso. Este feito, volta o escolar ao POSTO do seu distrito para o respectivo tratamento, tornando ao CENTRO, de quando em quando, para observação. Não sendo doença contagiosa, o escolar continua frequentando as aulas, como ouvinte.

Esta prática permite ao menor algum aproveitamento nos estudos durante a sua doença, criando-lhe hábitos de assiduidade, ao mesmo tempo que facilita o tratamento, pois muitos pais pobres não dispõem de tempo e meios para conduzi-los diariamente ao médico.

As crianças que residem muito afastadas do POSTO MÉDICO-PEDAGÓGICO do seu distrito, como acontece na zona rural, ou aquelas que necessitam operar-se (traumatismo no globo, cataratas congênicas ou secundárias) serão futuramente internadas no PAVILHÃO DE MOLESTIAS DOS OLHOS.

Estas normas postas em prática com apurado senso das nossas realidades veem resolvendo, dentro de bases científicas, o magno problema da visão dos nossos escolares. Acompanhamos, assim, de perto, as nações que caminham na vanguarda da civilização, como sejam os ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA DO NORTE, a FRANÇA, a ITÁLIA, a ALEMANHA e a INGLATERRA que há longo tempo veem cuidando desta parte no preparo de gerações vigorosas.



DIFICULDADES NA LEITURA COMO CAUSA DE ATRAZO NO ESTUDO.

PROF. DR. MOACYR E. ALVARO

RESUMO

Cerca de 5.000.000 de crianças nos Estados Unidos constituem um problema pedagógico em virtude de terem dificuldade em aprender a ler. Trata-se de crianças cujo índice mental não é inferior à média e que sob todos os outros aspectos são normais. Em alguns casos há um defeito visual, como vício de refração, ou desequilíbrio muscular, mas na grande maioria das vezes esses defeitos não são encontrados, tratando-se apenas de uma incapacidade em fixar, perceber e interpretar os grupos de letras necessários ao aprendizado da leitura.

São passados em revista sumariamente os diversos elementos essenciais do processo da leitura, a luz, o papel, o tipo, o aparelho da visão.

São estudados a seguir os fenômenos que determinam a dificuldade na leitura, além dos elementos referidos no paragrafo anterior, indicando-se os meios de verificar a existência dessas causas e os recursos de tratamento que visam afastá-las.

G O I O E
E P H E

DA LUTA CONTRA A SÍFILIS NOS ESCOLARES.

DR. PIRES FERRÃO

Chefe do 1.º Distrito Médico-Pedagógico do Distrito Federal.

CONCLUSÕES

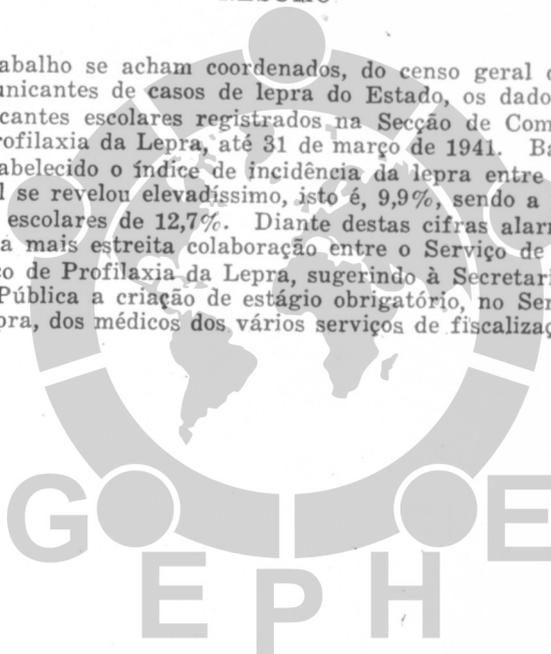
- 1.ª) A incidência da sífilis nos escolares é muito elevada.
- 2.ª) A baixa de porcentagem com o avanço em idade e em classe é notável. Isto nos autoriza a considerarmos a lues como fator de eliminação de um elevado número de crianças das escolas primárias, quer pela morte, quer pela incapacidade física ou intelectual. Não se pode atribuir a baixa de porcentagem a efeito de tratamento por isso que os estigmas são indeleveis (salvo o caso da destruição dos doentes em que se apresentam), bem como indeleveis são as sequelas de alguns sintomas.
- 3.ª) Para minorar este efeito maléfico é preciso que o diagnóstico de lues seja feito o mais precocemente possível e o tratamento continuado convenientemente sob o controle imediato dos serviços de Saúde Escolar, pois sendo ele forçosamente prolongado, é frequentemente abandonado ou, pelo menos, feito com intermitência exagerada e de forma deficiente.
- 4.ª) Para o diagnóstico precoce deve o exame médico nos escolares ser feito sistematicamente no início do curso primário ou pre-primário e realizado por "equipes" de médicos em que seja incluído um sifilólogo ou, se praticado por um só médico, ter este perfeito conhecimento dos estigmas e sintomas da lues congênita. O exame sorológico sistemático e repetido é aconselhável para se surpreenderem os períodos de maior atividade da moléstia, condicionando, se positivo, tratamento mais intenso.
- 5.ª) A difusão dos estabelecimentos de ensino de caráter primário permitirá sejam o diagnóstico e o tratamento da lues congênita mais precoces e eficientes.
- 6.ª) A articulação dos serviços de higiene infantil, que atendem as crianças desde o nascimento até a idade pre-escolar, e dos de puericultura pre-natal, com os serviços de saúde escolar, permitirá obtenha estes dados sobre a saúde progressiva dos escolares, facilitando, com vantagens incontestável, a continuação de tratamentos anti-luéticos iniciados antes do período de escolaridade.
- 7.ª) A criação de Corpos de "Educadoras Sanitárias" facilitará aos serviços de Saúde Escolar transmitir às famílias dos alunos a noção dos perigos da sífilis desconhecidas nas crianças e permitirá o tratamento precoce dos irmãos dos escolares que ainda não têm idade para frequentar estabelecimentos de ensino, bem como convencer aos pais destas crianças de que se devem tratar eles mesmos.
- 8.ª) Da pesquisa sistemática da lues nas crianças e do seu tratamento eficiente depende em grande parte a salvação e valorização do "capital homem" e, portanto, o engrandecimento da Nação.

DA INCIDÊNCIA DA LETRA ENTRE OS COMUNICANTES ESCOLARES.

DR. DUARTE DO PATEO

RESUMO

Neste trabalho se acham coordenados, do censo geral de 45.728 fichas de comunicantes de casos de lepra do Estado, os dados relativos a 5.768 comunicantes escolares registrados na Seção de Comunicantes do Serviço de Profilaxia da Lepra, até 31 de março de 1941. Baseado nestes dados foi estabelecido o índice de incidência da lepra entre tais comunicantes, o qual se revelou elevadíssimo, isto é, 9,9%, sendo a proporção de comunicantes escolares de 12,7%. Diante destas cifras alarmantes o autor apela para mais estreita colaboração entre o Serviço de Saúde Escolar e o Serviço de Profilaxia da Lepra, sugerindo à Secretaria da Educação e Saúde Pública a criação de estágio obrigatório, no Serviço de Profilaxia da Lepra, dos médicos dos vários serviços de fiscalização de saúde.



G E P H E

FREQUÊNCIA DAS SINUSITES ENTRE OS ESCOLARES.

DR. MAURO PENNA
DR. HOMERO CARRIÇO

Otorinolaringologistas do Centro Médico-Pedagógico "Oswaldo Cruz"
— Rio de Janeiro.

Não pretendemos, por esta exposição despretensiosa, apresentar a este ilustre Congresso, tão oportunamente reunido, um trabalho científico que possa "de fato" representar o Serviço de Otorinolaringologia do Centro Médico Pedagógico "Oswaldo Cruz". As dificuldades de tempo, acrescidas das resultantes da situação provisória de nossas instalações, desde que ainda não estão completo o admirável plano da Superintendencia de Saúde Escolar, quando então, este Serviço poderá considerar-se modelar, impediram-nos de preparar um trabalho fundamentado, que viesse a merecer a vossa atenção que tão ousadamente tomamos agora.

Trabalhando ha mais de um decenio, em Serviço de Clinica Escolar, convictos da importancia da nossa especialidade no problema da assistencia á saúde do Escolar, não podiamos deixar de fazer-nos solidarios com os colégas agora reunidos, e assim, comparecemos com este simples apanhado, indice do nosso apoio a tão util iniciativa.

Em otorinolaringologia na idade escolar, os problemas de importancia são inumeros. O maior, que salta a qualquer momento de discussão, é o das infecções do sistema linfoide do faringe. Já mereceu nossa atençao, quando em 1937, um de nós: — Dr. Mauro Penna — foi convidado a pronunciar uma conferencia na Sociedade Brasileira de Pediatria (1), tendo em analise de 7.862 fichas de escolares matriculados na CLINICA ESCOLAR OSCAR CLARK, Serviço de Otorrinolaringologia, estudado o "PROBLEMA DAS AMIGDALAS"; e mais, quando no PRIMEIRO CONGRESSO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, em 1938, apresentou o mesmo autor um estudo sobre "TESTS AMIGDALIANOS" (2), em que, de 75 provas apresentadas, mais de 50 foram procedidas em escolares, matriculados na mesma Clinica Escolar "OSCAR CLARK", onde contou o autor com a colaboração competente do chefe de laboratorio, DR. NELSON MENDES, além da dos seus companheiros de especialidade da mesma clinica. Apesar do interesse do assunto, não nos foi possivel coletar rapidamente os dados necessarios para apresentar-vos a nossa experiencia atual, no Centro Medico Pedagógico, em relação ao problema amigdaliano.

A infecção buco-dentaria seria outro elemento de grande interesse, muito relacionado com nossa especialidade, mas, devidamente resolvida pelo nobre esforço do Snr. Superintendente de Saúde Escolar, Dr. ALCIDES LINTZ, que tornou eficiente o serviço de Odontologia entre nossos escolares, espera-se para breve, a extinção deste grande flagélo. Caberá aos Odontologistas, a analise deste setôr da Saúde Escolar.

O problema das supurações crônicas do ouvido, seu tratamento, tanto para a segurança da vida do escolar, como na profilaxia da surdez, seria, assunto da maior importância, mas, impossível de ser tratado com a brevidade que nos é imposta, pela natureza deste trabalho.

Assim, escolhemos para tema desta comunicação, o estudo breve da FREQUÊNCIA DA SINUSITE ENTRE OS ESCOLARES. Já em 1938, no referido Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia, apresentávamos um estudo intitulado "ALGUNS CASOS DE SINUSITE NA CRIANÇA" (3), em que, logo á primeira linha, retificávamos o título para "Alguns casos de sinusite em crianças de idade escolar", pois tratava-se de análise e estudo de 16 casos de sinusite, diagnosticados e tratados no Serviço de Otorrinolaringologia da Clínica Escolar Oscar Clark, por um dos autores — DR. HOMERO CARRIÇO. Aí estudávamos o diagnóstico diferencial, além da terapêutica que tínhamos escolhido entre as mais racionais, médica por excelência, demonstrando radiologicamente os resultados extraordinários que tínhamos obtido. Já nos preocupava a constatação da ENORME FREQUÊNCIA DAS SINUSITES ENTRE OS ESCOLARES. Encarregados do SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA do CENTRO MEDICO PEDAGOGICO OSWALDO CRUZ, tivemos ocasião de proceder a uma série de exames de saúde em uma grande massa de crianças, adolescentes e raros adultos, não podendo modificar nossa impressão anterior. São os dados que obtivemos da análise de nosso fichário, que vimos trazer-vos, sem nos prolongarmos em comentários teóricos.

No decurso deste primeiro ano de atividade, ainda incompleto, passaram pelo nosso Serviço e foram fichadas, 1830 crianças. Destas, 729 classificadas como NORMAES. Assim restam 1.101 crianças que apresentavam qualquer alteração, desde a mais simples máformação, da rolha de cerumen até á otite média crônica complicada e o tumor maligno. A nossa base estatística é portanto de MIL CENTO E UM DOENTES. OS CASOS, CONFIRMADOS RASIOLOGICAMENTE, DE SINUSITE, MONTAM A NOVENTA E TRÊS (93), o que dá uma PORCENTAGEM 8,4%.

Quanto á idade dos pacientes, obtivemos os seguintes dados:

5 anos	.....	1 caso
6 "	.....	4 casos
7 "	.....	29 casos
8 "	.....	18 casos
9 "	.....	10 casos
10 "	.....	12 casos
11 "	.....	7 casos
12 "	.....	3 casos
13 "	.....	2 casos
14 "	.....	3 casos
15 "	.....	2 casos

A predominância dos 7 aos 10 anos é nítida, mas devemos levar em conta que é neste grupo que está a grande maioria dos indivíduos examinados.

Fazemos notar, para pleno conhecimento dos colegas, que, POR DEZESÊTE (17) VEZES, radiografias procedidas em crianças que apresentavam o nariz obstruído por massas de vegetações adenoides, ou

abundante secreção catarral de origem gripal, assim, como, em casos de rinite luetica, de rinite atrofica ozenosa e até de dismorfia maxilo-facial por adenoidismo,, mostraram seios perfeitamente permeaveis aos Raios X, demonstrando que a entidade morbida por nós catalogada como SINUSITE, NÃO É A SIMPLES PARTICIPAÇÃO TRANSITORIA, DAS CAVIDADES PARA-NASAES, EM ESTADOS PATOLOGICOS DE OUTRA NATUREZA, NO NARIZ.

* * *

Em resumo, PODEMOS CONSIDERAR A FREQUENCIA DA SINUSITE NA IDADE ESCOLAR COMO MUITO ELEVADA: — OITO E QUATRO DECIMOS POR CENTO —, pois aproxima-se de dez por cento no estudo que procedemos no material arquivado, no primeiro ano incompleto de trabalho do SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO CENTRO MEDICO PEDAGOGICO OSWALDO CRUZ. Não é possível satisfazermos-nos com a explicação classica de que estes casos são raros, e, dependentes de estados patologicos banaes do nariz.

Terminamos declarando que o resultado obtido com o tratamento que vimos ha um lustro empregando nas sinusites — O METODO DE PROETZ, empregando como agente medicamentoso a solução de efedrina a 1/2, 1 e até 2%. Até hoje não tivemos necessidade de recorrer aos metodos cirurgicos no tratamento da sinusite na criança.

* * *

Aproveitamos a ocasião para declararmo-nos penhorados pela colaboração que vimos tendo, no estudo do PROBLEMA DA SINUSITE NA INFANCIA, dos Snrs. Radiologistas do CENTRO MEDICO PEDAGOGICO "OSWALDO CRUZ", Drs. FLAVIO RANGEL e RENATO CORTES.

G O P H E
E P H E

IMPORTÂNCIA DA RESPIRAÇÃO NASAL NA CRIANÇA.

DR. ROBERTO OLIVA

Assistente de Clínica do Instituto de Higiene da Universidade de S. Paulo.

Considerada como elemento de grande importância, desde muito tempo, para a realização do fenômeno básico da vida — a hematose —, a respiração nasal tem sido assunto de acurados estudos por parte de rinologistas e de fisiologistas, que lhe têm acrescido contribuições valiosas. Até há pouco tempo, o umedecimento e o aquecimento do ar inspirado eram tidos, por assim dizer, como as únicas funções respiratórias do nariz, desde que Aschenbrandt, Kayser e principalmente Bloch provaram experimentalmente a realidade desses fatos.

Estudos mais recentes, porem, focalizam novos fatos, que são tidos por vários autores (Uddströmer, St. Clair Thomson) como muito mais importantes do que os já apontados. Refiro-me ao papel de defesa, que exerce a mucosa nasal contra os germes e substâncias estranhas, e à correlação entre o nariz e os pulmões, isto é, à mecânica naso-pulmonar. "Se o recém-nascido respira pelo nariz", diz Schutter, "é preciso convir que é essa a respiração normal".

E' claro que tudo o que vai aqui escrito, refere-se não só às crianças, como também aos adultos, mas àquelas mais que a estes aproveitam os ensinamentos. A repercussão que a insuficiência nasal exerce sobre a criança, em todo o seu organismo, ainda em formação, exige intervenção pronta e eficaz, antes que as sequelas se apresentem irremediáveis. O tipo adenoideano é bastante conhecido de todos e desnecessário se torna traçar com as suas cores características o perfil clássico, que em muitos casos desperta compaixão. Basta lembrar seu torax achatado, sede de movimentos dispnéicos, com as costelas à mostra, numa ânsia de obter o ar que sempre e cada vez mais lhe falta: as noites mal dormidas, o sono agitado entre-cortado de estremeções, reflexo de pesadelos: consequência indiscutível da falta de permeabilidade nasal.

AQUECIMENTO E UMEDECIMENTO DO AR

A cavidade nasal, cheia de saliências e de reintrâncias, revestida de mucosa provida de cílios e de glândulas, parece indicada, primordialmente, a desempenhar esses dois papeis: aquecer e umedecer o ar inspirado. Em quasi toda a sua extensão, com exceção de pequenos trechos, vêm-se sob a mucosa nasal corpos erécteis, que tornam maior ou menor a ventilação da cavidade. Sob esse ponto de vista os cornetos médio e inferior exercem papel muito importante. Assim, o nariz funciona como uma verdadeira válvula, fornecendo maior ou menor quantidade de ar aos pulmões, aumentando ou diminuindo a pressão intra-

nasal. P. J. Mink, de Utrecht, provou que mesmo dentro da cavidade nasal, há diferenças de pressão, segundo se considera sua parte mais superior ou o meato médio. São esses corpos eréteis que promovem o aquecimento do ar inspirado, graças à sua abundante irrigação. A capacidade de aquecimento do nariz foi provada experimentalmente por Aschenbrandt, Bloch e outros. Kayser, medindo a temperatura do ar na traqueia, verificou as cifras de 25-28° no inverno e 30-35° no verão. E' preciso notar que a capacidade de aquecimento do nariz varia segundo a temperatura exterior, cresce proporcionalmente com a queda termométrica. O frio é, pois, um excitante da mucosa nasal, o que se pode provar pela simples inspecção: provocando-se a penetração de um jacto de ar frio sobre a pituitária, verifica-se o aparecimento de uma congestão mais ou menos intensa, segundo a baixa da temperatura usada. Aliás, é fato banal e observado constantemente, que o ar frio, em corrente, provoca o espirro, que nada mais é que um reflexo nasal.

Para o umedecimento do ar inspirado, parecem desempenhar um papel muito importante as amígdalas. Refiro-me a todas as tonsilas; às de Luschka ou faringéas, às palatinas e às linguais. Suas superfícies, extraordinariamente cheias de anfractuosidades, recobertas de camada líquida, põem-se em contacto com o ar, saturando-o de umidade. Mink frisa que as tonsilas pertencem ao tecido linfóide e que, por esse motivo, têm uma grande reserva d'água em seu interior; não deve haver dúvida sobre sua propriedade de fornecer umidade; é, segundo esse autor, um fato incontroverso. Algumas vezes, viu Mink uma corrente líquida escurrer da amígdala de Luschka pela parede posterior da faringe. Habitualmente se vêem uma umidade brilhante sobre as tonsilas. E a significação fisiológica dessa umidade é fornecer vapor d'água ao ar inspirado. A mucosa nasal também contribui para esse umedecimento: a presença de muco sobre sua superfície é um fator poderoso para umedecer o ar inspirado.

DEFESA DAS VIAS AÉREAS

E' fato já sabido, desde os tempos de Lister, que o ar inspirado chega aos alvéolos completamente livres de germes. Ainda mais, St. Clair Thomson provou que, já ao atingir a traqueia, o ar se acha esteril. Fez, esse autor, experiências em animais, examinando neles o muco desse órgão, que encontrou assético. No homem conseguiu, por meios livres de qualquer suspeita, provar a inexistência de microorganismos na rino-faringe. Levando mais adiante seus estudos, semeou no septo nasal de um de seus assistentes, cultura pura de bacilos prodigiosos. Escolheu esses germes, em primeiro lugar porque eles não são patógenos e, em segundo lugar, porque sendo vermelhos, torna-se fácil seguir sua marcha. Após 5 minutos, as culturas deram em resultado um crescimento abundante de germes; no espaço de 15 minutos, outra cultura mostrou um crescimento menos abundante; no fim de uma hora, o decrescimento chegou a 75% e, após 80 minutos, não havia mais traços do germe semeado.

Como foram esses germes retidos e expelidos? O primeiro fator foi a secreção de muco. Este atua não só prendendo os germes, à moda de visgo, mas também, de acordo com certos observadores, exercendo sobre eles uma ação bactericida. Fleming encontrou no muco nasal de indivíduos atacados de forte resfriado, uma cultura na qual foi observado um extraordinário fenômeno bacteriolítico. A esse agente foi dado o nome de "lisozone". Trata-se de um fermento largamente distribuído

no organismo e não apenas peculiar ao nariz, como se pensou a princípio, embora o muco e o escarro sejam dele providos em abundância. As lágrimas também contem grande porção de lisazone. Nota-se, já, o papel, e esse muitíssimo importante, que desempenha o muco nasal de promover a esterilização do ar inspirado.

Como são os germes e certos corpos estranhos espulsores do nariz? Agora intervêm os cílios. Com exceção de uma pequena área, situada no septona frente dos cornetos médio e inferior e por esse motivo chamada zona neutra, toda a mucosa nasal é provida de cílios. Esse fato é reconhecido por todos e já tinha sido observado por Loewenhoek, em 1695. Os cílios movem-se todos no mesmo sentido, como um campo de trigo, em direção aos orifícios naturais das cavidades que os contêm. Assim, dentro dos antros para-nasais, eles se dirigem para o ostium; no nariz, para traz, para a rino-faringe; na traqueia, brônquios e bronquíolos, para cima, para a laringe.

Esses são os movimentos normais dos cílios; mas eles podem apresentar uma ação reversiva, que importa conhecer para a explicação de certos fatos que dizem respeito à expulsão dos corpos estranhos... St. Clair Thomson fez uma experiência muito interessante com a anêmona marinha: colocou partículas de alimentos em seus cílios e logo estes encaminharam as substâncias alimentícias para a boca do animal; a seguir, depositou pequena porção de carmim no mesmo lugar e verificou que essa substância corante era expulsa por movimentos reversivos dos cílios.

Vê-se, pelo exposto, a enorme importância que representam, para a defesa da saúde do indivíduo, esses dois elementos: cílios e muco. Revela notar que eles só agem quando unidos em suas funções; separadamente, de nada valem. Diz St. Clair Thomson, pitorescamente, que sua ação só se faz sentir quando estão casados e que o divórcio é impossível.

Passada, assim, em revista a importância do nariz na defesa das vias aéreas, exporei, a seguir, seu papel sobre a respiração pulmonar, tão bem estudado por Uddströmer de Helsingfors.

CORRELAÇÃO ENTRE O NARIZ E OS PULMÕES

Os trabalhos de Uddströmer baseiam-se em estudos já antigos de Chauvet (1909) e em outros mais recentes de Pietrantonì (1928). Chauvet fez experiências em animais jovens, nos quais ele obliterou uma das narinas, durante um mês; notou, entre outras perturbações, que o animal apresentava um torax assimétrico: o hemitorax do lado da obliteração nasal, achava-se achatado, diminuído de volume, o raquis apresentava uma escoliose dorsal, com seio aberto do lado da obliteração. Pietrantonì baseou seus estudos em exames não só clínicos, como também radiológicos, acompanhados de experiências em animais. Ele pode falar de uma relação funcional; entre a cavidade nasal e o hemitorax correspondente. Em toda obstrução nasal unilateral, existe uma disfunção tóraco-pulmonar que, embora não limitada a um só lado, prepondera sobre o hemitorax correspondente. E' esse um fato constante nas crianças e quanto mais jovem for o pequeno doente, mais pronunciada será a perturbação tóraco-pulmonar. Ao exame radiológico nota-se diminuição dos movimentos diafragmáticos.

Sercer acha que o reflexo passa através do trigêmeo para o frênico e Lewy assevera: a parte sensível do mecanismo respiratório decorre pelas fibras sensitivas do vago e do trigêmeo. E' fato sabido que indivíduos submetidos à traqueotomia, embora recebam muito mais ar

pela cânula, queixam-se de dispnéia e conseqüentemente de perturbações do ritmo cardíaco; doentes atacados de rinite atrófica vêm frequentemente ao consultório do especialista, com a queixa de que respiram mal pelo nariz, não obstante suas fossas nasais se achem livres de crostas, que poderiam embaraçar a passagem do ar e, ainda mais interessante, a amplitude da cavidade nasal contradiga aquela asseveração anamnésica. No caso do portador da cânula traqueal, o trigêmeo foi afastado do reflexo respiratório e no doente de rinite atrófica, a lesão da mucosa nasal, atingindo também as origens periféricas do 5.º par, não permite se faça suficientemente a excitação do nervo.

A perda da respiração nasal significa um grande mal para o organismo todo. Além da desvantajosa influência sobre o ato respiratório, é preciso chamar a atenção para suas relações com outros territórios nervosos. O indivíduo que respira pelo nariz vive sempre em uma atmosfera inexcitável e isso não favorece, absolutamente, sua debil constituição, diz Mink. E' compreensível que esse estado repercuta sobre o seu psiquismo e nesse sentido pode aparecer a aprosexia (Guye).

Aí estão as notas que achei conveniente trazer ao conhecimento deste Congresso, que com tanto entusiasmo quer contribuir para a formação de uma raça cada vez mais forte, melhorando as condições de saúde da criança brasileira.

Como rinologista, sinto-me na obrigação de chamar a atenção para esse importantíssimo tema — a respiração nasal — tanto mais quanto, em muitos casos, senão na maioria deles, a intervenção do médico é sempre eficiente.



AS AMIGDALITES NO DESENVOLVIMENTO DO ESCOLAR

DR. SÍLVIO MARONE

CONCLUSÕES

1) As amigdalites palatinas e faringéia representam, principalmente em nosso meio, fator de grande importância no retardamento do desenvolvimento físico e mental de nossas crianças;

2) O professor, pelo contínuo contacto com os escolares, representa, de maneira mais eficiente e segura, importante auxiliar do médico, revelando e encaminhando-lhe as crianças que necessitam do tratamento do especialista que, apesar de simples e inofensivo, lhe é benéfico, pois permite ao organismo pre-púbere o desenvolvimento de uma puberdade sem infecção, fisiológica, normal;

3) Dado a grande relevância do problema, instituir nos cursos das Escolas Normais noções práticas e teóricas de Higiene médico-pedagógica, principalmente com relação às moléstias da garganta;

4) Instituir o exame oto-rino-laringológico semestral nas várias séries dos cursos pré e primário, e obrigar a operação das amígdalas, sempre que for indicado, por ocasião da matrícula no primeiro ano;

5) Instituir por todos os meios (cartazes, rádio, cinema) a *profilaxia infantil* das moléstias da garganta e suas conseqüências.

G O P H E
E P H E

PROFILAXIA DA SURDEZ

DR. S. E. DE PAULA ASSIS,
da Santa Casa de S. Paulo

...Resumindo podemos, pois, condicionar a profilaxia da surdez nos seguintes itens:

- 1) Profilaxia pre-concepcional.
- 2) Higiene da infância.
- 3) Defesa contra os resfriados e moléstias eruptivas e infecciosas.
- 4) Cuidados necessários com a boca e tratamento precoce das moléstias do ouvido, nariz e garganta.
- 5) Resguardo do ouvido contra traumatismos mecânicos ou sonoros.
- 6) Romeção de focos infecciosos.

* * *

São estas, Snrs., as diretrizes a seguir para alcançarmos o fim colimado pela nossa modesta contribuição. Os poderes públicos trabalham ativamente neste sentido; é necessário, porém, ir mais adiante.

E' de uso corrente, Snrs. Congressistas, ouvir-se a expressão sonora, que a criança constitui o *futuro da pátria*. Não consintamos que esta denominação seja uma pura e simples figura de retórica. Façamos do infante o centro para o qual se convirjam todas as forças vitais da nossa energia; afim de que ele — com a colaboração da mãe, do médico e do educador — venha a constituir mais tarde o *cidadão útil à Pátria*, de quem depende no futuro "a potência militar, a potência espiritual e a potência reprodutiva da raça".

CARDIOPATIAS ENTRE AS CRIANÇAS DOS PARQUES INFANTIS DE S. PAULO — PROFILAXIA DO REUMATISMO

DR. JOSE' MARTINS FERREIRA

NOTA: — No final de seu interessante trabalho apresenta as seguintes conclusões:

1.^a — Vantagens dos exames médicos periódicos, pelos quais ser-nos-á possível descobrir, em seu início, lesões dos aparelhos circulatório e respiratório.

2.^a — Tratamento mais eficiente das lesões referidas, em virtude de diagnóstico precoce.

3.^a — Necessidade de se fazer, entre os escolares, uma propaganda higiênico-sanitária, com referência às anginas, amidalites, afecções dentárias e outras, causas frequentes que são de reumatismo.

4.^a — Pesquisa sistemática entre os escolares, de reumatismo e coréia, doenças estas passíveis que são de reedivarem.

5.^a — Profilaxia do reumatismo, com a eliminação de focos primários, frequentemente causadores de cardiopatias.

6.^a — Sendo ainda o salicilato de sódio o remédio heróico, não só do reumatismo, como também de dores reumatóides frustas, mialgias etc., que, apesar de sua benignidade poderão deixar sequelas no aparelho cárdio-vascular, deve-se instituir com este sal, um tratamento intensivo, profilático-curativo, nos casos que se apresentem, acompanhando-se a evolução da moléstia com eletrocardiogramas e radiografias.

7.^a — Melhoria das condições higiênico-sanitárias das habitações, quanto à umidade, cubagem, luz etc..

8.^a) — Alimentação racional, com distribuição sistemática de cardazes, acompanhada de conselhos sugestivos e acessíveis aos escolares.

O PAPEL DA MEDICINA ESCOLAR NA ASSISTÊNCIA AOS CARDIOPATAS

DR. CRUZ LIMA

Chefe do Serviço de Cardiologia — Rio.

Em um congresso de Saúde Escolar deve merecer a mais cuidadosa atenção o estudo das afecções cardiovasculares em seus múltiplos aspectos: médico, pedagógico, social etc..

Em nosso meio não é pequena a incidência das afecções cardiovasculares, tanto em adultos como em crianças, quer consideremos as afecções inicialmente cardíacas, quer os estados mórbidos cardiovasculares secundários.

Esta frequência não tem passado despercebida. Oscar Ferreira Junior, Genival Londres, Helion Povia e outros têm procurado focalizar a situação, sugerindo aos poderes competentes a necessidade de começar a agir com o fim de amparar os cardiopatas existentes e estabelecer medidas capazes de eliminar, dentro do possível, as causas de cardiopatia.

A primeira vista qualquer plano de grande envergadura visando a assistência aos cardiopatas e a prevenção às cardiopatias parecerá de execução difícil e dispendiosa. Não há dúvida que no início, estando tudo por fazer, serão grandes as dificuldades. A instalação de serviços destinados à investigação e ao amparo dos cardíacos necessitará de grandes verbas.

Se atentarmos, entretanto, nos prejuízos determinados pelas cardiopatias, com a perda de valores humanos, morte precoce, invalidez, hospitalização, tratamento dispendioso e prolongado, veremos que sob o ponto de vista econômico os resultados colhidos compensarão largamente o esforço empregado. Não é humano e não é econômico, portanto, continuar no atual estado de cousas. E' necessário não hesitar diante da magnitude do problema. De início serão feitas experiências de pequena amplitude que pouco a pouco serão reforçadas.

Um dos aspectos difíceis da questão reside na necessidade de estabelecer uma *continuidade* de ação no acompanhar o indivíduo, cardiopata declarado ou apenas predisposto ou potencial, durante toda sua vida.

As diferentes organizações de assistência escalonadas na trajetória da vida do indivíduo (pre-natal, pre-escolar, de serviço militar, de caixas de aposentadoria etc.), algumas ainda praticamente não existentes, são todas compartimentos estanques sem ligação. Ora, nenhuma organização de assistência a cardiopatas pode estar limitada a um período de vida. É necessário que o cardiopata seja assistido durante *toda a vida*, ou desde o momento em que a cardiopatia foi reconhecida. Essa assistência, que em certos casos será prolongada por muitos decênios, poderá ser exercida por uma única organização? Na prática isto parece muito difícil.

É pois necessário, preliminarmente, resolver este problema.

Julgamos que a assistência contínua pode ser estabelecida com a adoção da "Caderneta de Saúde". Esta de acordo com o ponto de vista da Secretaria Geral de Educação e Cultura do Distrito Federal, patrocinado pelos Drs. José Pio Borges de Castro e Alcides Lintz, deverá conter os dados dos períodos pre-natal e pre-escolar e acompanhará o indivíduo durante toda sua existência, devendo conter as anotações correspondentes aos diversos serviços de assistência, com os quais entra em contacto o indivíduo. Representará a Caderneta de Saúde a *continuidade de ação*. Será o elemento de ligação entre os diferentes sectores da assistência ao indivíduo. Poderá ser, também, o elemento de ligação na assistência aos cardíacos. Anotados pelas organizações competentes os dados correspondentes ao período pre-natal, passará a Caderneta a receber as observações colhidas no período pre-escolar. Ao atingir a idade escolar ficará a criança durante longo período sob as vistas das organizações médico-escolares (curso primário, escolas profissionais, curso secundário). Ao deixar o curso primário ou as escolas profissionais ou de professores o indivíduo será novamente colocado sob vistas médicas ao ingressar no Exército ou ao fazer parte de uma organização para-estatal de assistência. Há, geralmente, nessa ocasião um período mais ou menos longo de tempo em que o indivíduo fica fora de observação médica, principalmente em se tratando de mulheres. De acordo com as circunstâncias essa falta de assistência poderá ser definitiva. Mais adiante voltaremos a este ponto para resolvê-lo.

Adotando a "Caderneta de Saúde" como elemento essencial à continuidade de ação na assistência aos cardiopatas é necessário estabelecer um órgão coordenador. Julgamos que o órgão coordenador deve ser colocado no período escolar, devendo fazer parte dos serviços médico-escolares. Razões muito fortes apoiam este ponto de vista: 1.º O indivíduo é submetido à fiscalização dos serviços médico-escolares durante vários anos seguidos; 2.º O indivíduo entra em contacto com os serviços médico-escolares precocemente, isto é, em fase inicial de doença; 3.º O indivíduo será assistido antes de escolher a profissão, evitando assim a escolha de profissões inconvenientes.

A criação, dentro dos serviços Médico-Escolares, de um órgão de assistência a cardiopatas não exclue nem colide com a criação de outras organizações visando o amparo e estudo de cardiopatas.

De acordo com as idéias acima expostas é possível esboçar um plano de assistência a cardiopatas a cargo do Estado. Este plano deve ser desenvolvido, com as necessárias correções ou modificações, harmonicamente, em todos os Estados e comportará em primeiro lugar a criação dentro dos serviços médico-escolares de um órgão central coordenador.

Este órgão terá sob suas vistas além das crianças das escolas (públicas e particulares fiscalizadas), todos os indivíduos (crianças ou adultos) que o desejarem antes ou após o período escolar. Este órgão compreenderá:

- 1.º Sector de registro e estatística.
- 2.º Sector de diagnóstico.
- 3.º Sector de orientação terapêutica ou tratamento aos necessitados (inclusive hospitalização).
- 4.º Sector de pesquisas.
- 5.º Sector de educação sanitária, orientação profissional e profilaxia das doenças cardiovasculares.

Em segundo lugar estabelecerá o plano a criação da Caderneta de Saúde com espaço apropriado para anotar os dados colhidos nos períodos

pre-natal, pre-escolar, escolar, post-escolar, de serviço militar, profissional etc.

Conterá a Caderneta, também, local apropriado onde serão assinaladas as condições do paciente, suas possibilidades funcionais e o gênero de profissão que deverá adotar.

A continuidade de ação estabelecida pela Caderneta não exclue a vantagem de serem os cardiopatas, sempre que possível, anualmente, por exemplo, examinados pelo órgão coordenador, principalmente quando não estiverem sob fiscalização médica estatal ou para-estatal.

Seria interessante estabelecer que por morte do indivíduo fossem o diagnóstico e a data do óbito registrados na Caderneta de Saúde que seria, então, devolvida ao Sector de registro e estatística do Órgão Coordenador.

Procuramos em poucas palavras estabelecer as bases de um plano de assistência a cardiopatas. Melhoramentos deverão ser introduzidos. Para isso o submeteremos ao estudo dos ilustres congressistas, fazendo notar, entretanto, a necessidade de manter certos pontos que julgamos fundamentais:

- 1.º) Sua extensão (respeitadas as condições particulares a cada Estado);
- 2.º) A continuidade de ação através da Caderneta de Saúde;
- 3.º) Coordenação de assistência pelos serviços médico-escolares dos Estados;
- 4.º) Autoridade da organização, reconhecida pelo Estado, no que diz respeito à orientação profissional dos cardiopatas.



AS CARDIOPATIAS NOS MEIOS ESCOLARES E SUA PROFILAXIA

DR. REYNALDO KUNTZ BUSCH
Da Esc. Normal "Pe. Anchieta" — S. Paulo

CONCLUSÕES

- 1 — Investigações bem conduzidas em meios estrangeiros revelam que as cardiopatas congênitas e adquiridas alcançam englobadamente cerca de 1,5 a 2,5% das crianças em idade escolar. Embora haja falta de estatísticas ou de investigações em larga escala, em meios nacionais, os resultados provavelmente não serão inferiores.
- 2 — Nas investigações conhecidas, a etiologia reumática é prevalente para as cardiopatas infantís adquiridas, estimando-se a mesma em 90% para as crianças até 10 anos e em 80%, entre 10 e 20 anos.
- 3 — Embora a etiologia do reumatismo seja ainda desconhecida, as infecções focais, mormente de dentes e amígdalas, são consideradas como responsáveis ou coparticipantes causais dessa doença.
- 4 — As escolares primárias da Escola Normal "Padre Anchieta" constituem um grupo representativo dos escolares paulistanos de todas as camadas sociais. Nelas o mau estado dentário e a hipertrofia de tonsilas acusam altas porcentagens de frequência, pelo que se faz necessária uma intensiva campanha profilática desses focos em nosso meio e em todos os meios nacionais.
- 5 — Aos serviços de saúde escolar de cada unidade da Federação cumpre exercer função de assistência à saúde das crianças sob os seus variados aspectos. Dentro dessa compreensão, é imprescindível que cada Serviço de Saúde Escolar venha a possuir uma clínica cardiológica, com o devido aparelhamento e provida de médicos especializados para a verificação, nos meios escolares, de todos os casos de crianças cardíacas, por causas congênitas e adquiridas, para seu tratamento e instrução dos educadores, das crianças e de seus pais sobre medidas profiláticas.
- 6 — O reumatismo poli-articular deve merecer carinhoso interesse da parte dos médicos escolares, cumprindo-lhes encaminhar todos os casos para a clínica cardiológica do Serviço de Saúde Escolar a que pertencerem.
- 7 — Cada Serviço de Saúde Escolar precisa instituir seu hospital de crianças, no número de cujas secções deverá haver uma exclusivamente para tratamento de escolares portadores de cardiopatas, ou com reumatismo.
- 8 — Lembramos a conveniência de se instituir uma Caixa de Assistência ou um Seguro Escolar em favor dos escolares organicamente incapazes para o trabalho, alcançando especialmente os cardíacos.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O VALOR DO EXAME MÉDICO NA PROFILAXIA DAS CARDIOPATIAS NO ENSINO SECUNDÁRIO

DRA. CARMELA JULIANI

NOTA: O seu trabalho, que consta de vinte e seis páginas, está dividido da seguinte forma: 1 — considerações de ordem geral; 2 — importância do exame médico em cultura física; 3 — profilaxia das cardiopatias; 4 — provas funcionais do aparelho circulatório; 5 — efeitos da contração muscular sobre a circulação; 6 — nossas observações; 7 — resumo.



DA FREQUÊNCIA DAS DOENÇAS ALÉRGICAS NOS ESCOLARES DE S. PAULO

DR. CELSO BARROSO

NOTA: — O trabalho do dr. Celso Barroso, intitulado "Da frequência das doenças alérgicas nos escolares de S. Paulo" e desenvolvido em vinte páginas, está assim dividido: moderna concepção de anafilaxia e alergia, comportamento da temperatura, do pulso e da pressão arterial após a injeção de histamina, frequência das doenças alérgicas nos escolares de S. Paulo, tratamento das doenças alérgicas pela histamina, técnica do emprego da histamina nas doenças alérgicas e observações.



VACINAÇÃO DIFTÉRICA

DR. CARLOS PRADO

Médico pediatra do Serviço de Saúde Escolar — S. Paulo.

NOTA: O presente trabalho é longo e interessante (51 páginas). Dele extraímos as seguintes conclusões:

I — A difteria endêmica, entre nós, mantém-se, há longos anos, em caráter benigno e permanente, com a responsabilidade de um coeficiente letal, de 8 para 100.000 habitantes.

II — A difteria não é um problema escolar, mas sim da primeira infância. Lidando, muitos anos, com os alunos das escolas públicas de Nova York, Park e Zingher verificaram que o coeficiente de letalidade conserva-se estacionário, melhorando, entretanto, repentinamente, quando os experimentadores atacaram a população infantil mais receptível.

III — Mais ou menos presente de Janeiro a Dezembro, ela ganha mais difusão e gravidade em Abril e Maio, incidindo, particularmente, sobre as crianças abaixo de cinco anos (62,92%).

IV — A difteria é uma enfermidade dominada completamente pela ciência, com profilaxia segura (a vacina), e terapêutica específica (sôro).

V — Uma boa vacina, aplicada em duas ou três doses, (tudo depende do poder antigênico intrínseco), confere imunidade efetiva ou duradoura a 95%, pelo menos, dos vacinados.

VI — A profilaxia, pela vacinação em massa, só dá resultados positivos, entretanto, quando atinge 40% dos pré-escolares e 60% dos escolares.

VII — A Anatoxina do Butantan, titulada em 20 unidades antitóxicas, é um preparado praticamente inócua e eficaz.

VIII — Para a profilaxia de larga envergadura, convenio que o método de 3 injeções não representa um instrumento mais prático e mais comodo.

IX — Mas enquanto não dispusermos de um toxoide mais concentrado, (30 ou 40 unidade por c.c.), para sustentar, eficientemente, com duas picadas só, qualquer campanha de vacinação, fiquemos com a nossa toxina e fiquemos com as 3 doses.

X — A vacinação, feita na primeira idade, (6 meses a 2 anos), deve sofrer, apenas, uma reimunização conveniente, com injeção de recall (reativadora), de 1 c.c. a 2 c.c. de Anatoxina forte, por ocasião da matrícula escolar.

XI — Acima de 10 anos, é aconselhavel, sempre, consultar previamente Schick, vacinando-se, apenas, as crianças receptíveis.

XII — A vacinação facultativa, que já fracassou em muitos países, reclama uma intervenção legislativa oficial para se tornar realmente eficaz.

VACINAÇÃO ANTI-DIFTÉRICA

DR. ARNALDO GODOY

Assistente da Secção de Higiene da Criança.

NOTA: Da sua tese subordinada ao título "Vacinação anti-diftérica" publicamos as conclusões que são as seguintes:

1 — No estado atual dos nossos conhecimentos, a vacinação anti-diftérica em massa deve ser considerada a melhor arma no combate contra a difteria.

2 — A condição básica para a eficiência de uma campanha de imunização está na qualidade do material empregado. Podemos assim bteor as mais variadas porcentagens na negatificação da reação de Schick, dependendo isso tão somente do poder antigênico da vacina que escolhermos.

3 — Para sabermos se a vacinação está sendo útil, precisamos controlar os seus resultados, usando a reação de Schick feita com material de absoluta eficiência. A idéia de que a imunização está sendo útil à coletividade infantil, não passará de mera suposição, até o momento em que tenha sido praticado o controle científico do processo, por meio dessa reação biológica.

4 — A idade de maior disposição à difteria é a do pre-escolar. O primeiro grupo etário mais vitimado pela moléstia é o que vai de 0 a 5 anos, vindo em segundo lugar o de 5 a 9.

Daí a conclusão lógica de que a vacinação deve incidir por mais forte razão na idade pre-escolar. Presentemente a medida vem sendo praticada em dezenas de milhares de escolares sendo completamente esquecida na idade pre-escolar.

Esta enorme lacuna na recente campanha de imunização, é consequência talvez da falta de articulação entre os diversos serviços aos quais está afeta a proteção e assistência à nossa infância.

5 — O pessoal incumbido da vacinação deveria ser constituído principalmente pelos médicos que nos Centros de Saude atendem aos lactantes e aos pre-escolares e bem assim pelos médicos do Serviço de Saude Escolar. É indispensavel um severo controle médico para que dentre as crianças, sejam excluidas da medida aquelas que constituem contra-indicações temporárias ou permanentes.

6 — A vacinação em massa deve ser praticada sem prejuizo de outras medidas complementares na campanha contra a difteria. Entre estas medidas, culminam em importância a questão dos portadores de bacilos virulentos nas coletividades infantís, a necessidade de ser feito um diagnóstico o mais precoce possivel e o aumento da resistência orgânica geral, não específica, que indubitavelmente representa um grande papel na defesa do indivíduo contra a moléstia.

7 — Para que a campanha antidiftérica se realizasse com perfeição, seria aconselhavel que os poderes competentes facilitassem o mais possivel a distribuição de material indispensavel ao diagnóstico precoce, ao tratamento e à vacinação ativa contra a difteria.

PORTADORES DE BACILO DIFTÉRICO NOS MEIOS ESCOLARES

DR. TRAJANO PUPO JUNIOR

Na órbita da Higiene Escolar, os portadores de bacilo diftérico oferecem um vasto e interessante campo de pesquisas.

Atendendo a uma sugestão que apresentamos, obtivemos do Exmo. Sr. Dr. Humberto Pascale, eminente Diretor do Departamento de Saúde, o seu consentimento para realizarmos um trabalho nesse sector, investigando a presença de portadores de bacilo diftérico nas escolas primárias. Como campo propício escolhemos Botucatu, que é, sem dúvida, um grande centro escolar. Nessa cidade iniciamos os trabalhos que aqui apresentamos aos debates deste Congresso. São os primeiros resultados de nossas atividades que relatamos despretenciosamente, apenas com o fito de nos tornarmos uteis à coletividade e dignos da confiança e da consideração que nos vem dispensando o ilustre chefe a cujo gabinete nos encontramos adido.

A difteria é por excelência, moléstia da infância. Se na sua terapêutica os fracassos só se contem nos casos tardiamente diagnosticados e tratados, onde o soro já não é capaz de neutralizar o quantum de toxinas fixadas no organismo doente, a sua profilaxia é problema de grande monta. Não são apenas os doentes declarados os veiculadores do germe desse terrível mal. Existem também crianças que não se apresentando com o quadro de morbidez, abrigam em seu organismo o germe e se tornam disseminadores do agente microbiano responsável por essa entidade mórbida.

Se na sua terapêutica o problema se resolveu pelo emprego do soro, a sua profilaxia se resolverá, principalmente, pela identificação e tratamento dos portadores e pela intensa vacinação específica.

Pedimos licença para transportar literalmente nesta página o conceito exarado pelo Dr. Carvalho Lima, ilustrado diretor do Instituto Adolfo Lutz: "Os portadores desempenham papel saliente na transmissão da difteria. São verdadeiros reservatórios de bacilos. Nichols afirma que se não fôra a questão dos portadores, a difteria não seria um problema".

A transmissão da difteria se faz diretamente de indivíduo a indivíduo, e através de gotículas de saliva contendo germes. E, assim, a escola, que abriga centenas e centenas de crianças, muitas das quais portadoras de germe, proporciona, pelo estreito convívio em que se mantem os alunos, as mais favoráveis condições de contágio.

A indagação da virulência dos germes abrigados pelos portadores, parece-nos questão secundária. É fato indiscutível que uma virulência atenuada ou entorpecida, pode exaltar-se na passagem de um para outro organismo. A vigilância sanitária dos portadores representa, por um lado a resolução do problema, enquanto a vacinação resolverá a outra face da questão.

Os nossos trabalhos foram realizados nos grupos escolares "Dr. Cardoso de Almeida" e "Gomes Pinheiro". Em cada um desses estabeleci-

mentos de ensino examinamos, em prova bacterioscópica, material colhido em 200 crianças, sendo 100 meninos e 100 meninas, num total de 400.

Nos demonstrativos que apresentamos estão evidenciados detalhadamente, por grupo, por sexo, por idade e num apanhado geral, os dados referentes aos exames praticados. Patentemente manifesta é a predileção de portadores para a idade de 7 anos, em que 17,1% dos alunos examinados puderam ser positivamente identificados. No conjunto geral, abrangendo os dois grupos escolares e o total das crianças examinadas, encontramos portadores representando 9,75% dos escolares. Procuramos fazer uma demonstração bem explícita, no sentido de, continuando os nossos trabalhos, poderemos melhor aferir as conclusões que estas primeiras indagações permitiram levantar.

CONCLUSÕES

1.^a — Os portadores de bacilo diftérico, em idade escolar, representam 9,75% dos alunos examinados.

2.^a — A incidência máxima de portadores se verifica aos 7 anos, com uma relação porcentual de 17,1.

3.^a — As escolas primárias que são, em virtude de sua função, núcleos de aglomeração de crianças — entre as quais se encontram muitos portadores de bacilo diftérico — possibilitam, por essas circunstâncias, as mais favoráveis condições de contágio.

4.^a — Compensadoramente, devem essas mesmas escolas transformar-se em centro de educação sanitária, principalmente nas campanhas de profilaxia das moléstias infecciosas.

5.^a — Devem constituir prática sanitária de observância obrigatória:

a) a vigilância sanitária dos portadores identificados de bacilos diftérico;

b) a exigência de atestado de vacinação anti-diftérica aos candidatos à matrícula, nos cursos primários e jardins de infância.

São estas as conclusões que apresentamos à discussão do Congresso de Saúde Escolar.

O PAPEL DO MÉDICO ESCOLAR — NO COMBATE À “COQUELUCHE”

DR. OSCAR TEIXEIRA DA MATTA
Médico-Pediatra — Limeira.

A coqueluche é, como sabemos, uma afecção contagiosa, de notificação obrigatória, tendo como agente causador o bacilo em bastonete, ovóide, gran-negativo, de difícil coloração (1). É o conhecido bacilo de Bordet-Gengou, o qual encontra-se nas secreções laringeas e brônquicas dos doentes. É uma doença de inverno, pois conforme temos tido ocasião de observar, costuma aparecer nos meses — para nós, frios, de abril, maio e junho, regredindo, em surtos, com a chegada da primavera (2). Achamos que depois das perturbações gastro-intestinais, erros de alimentação e sarampo, a coqueluche acompanha de perto os passos de nossas crianças, ceifando vidas preciosas e trazendo a desolação em muitos lares (3).

Fato paradoxal! — a amenidade de nosso clima tropical, a vitalidade de nossas manhãs de sol e a separação bem nítida de nossas estações, parecem provar o contrário. Entretanto, nós que morejamos pelo “hinterland” de nosso São Paulo dinâmico e progressista, onde apesar dos conselhos, orientações e uma imensa boa vontade em pugnar por uma infância sadia e, ipso facto, uma adolescência melhor, — nós compreendemos que a Higiene Escolar deve representar um notável papel no combate a essa afecção.

Para isso mistér se faz uma íntima e sincera colaboração entre o médico-escolar e os professores, que do nosso acanhado ponto de vista pessoal, vão aos poucos percebendo que a educação é mais facil e suave em terreno sadio, sem taras e moléstias, pois o trinômio EDUCAÇÃO — INSTRUÇÃO — SAUDE já pesa na balança do coeficiente escolar (4).

É, como sabemos, devido ao contacto direto dos coqueluchentos portadores de bacilos de Bordet-Gengou, que se dá o contágio direto com os sãos, pois a virulência microbiana desse bacilo é pequena. A proximidade do doente é necessária, pois Czerny calcula em metro e meio a distância dentro da qual se pode dar o contágio (5). O período de incubação é de oito a quinze dias.

Todo escolar em contacto com coqueluchento deve ser considerado suspeito durante quinze dias (6). O período de invasão começa com fenômenos catarrais, lascidez, inapetência, rino-faringite, raras vezes febre. Se existir febre, quasi sempre temos observado ser máu sinal de prognóstico. Um sinal patognomônico que nos tem sido util, é uma pequena irritação que se nota no globo ocular, deixando a conjuntiva hiperemiada e congesta. Outro interessante sinal que o professor Raul Carneiro, catedrático de higiene infantil e clínica pediátrica, da Faculdade de Medicina do Paraná, dá muito valor — é a compressão da região tiroi-diana, que provoca uma tosse tipicamente coqueluchoide, em os casos suspeitos.

O afastamento do escolar portador de uma coqueluche como muito bem relata o Dr. Vieira de Mello, deve ser de trinta dias, a contar do ultimo acesso, e os irmãos ou outros meninos, que tenham tido contacto com o coqueluchento, de vinte um dias a contar da data do contágio.

Sobre o fechamento da escola, quer urbana ou rural, achamos ser desnecessário, pois é o bastante afastar os suspeitos ou afetados, desinfetando-se os locais que foram por eles ocupados, o que se consegue com certa facilidade, usando lisoform bruto, na dose de cinco gramas por um litro de água, arejamento do prédio escolar diariamente, limpeza rigorosa das salas e vacinação precoce nos alunos.

Cita o Dr. Octavio Gonzaga que o primeiro poema de Milton foi inspirado na coqueluche que vitimou sua sobrinha, trazendo o sugestivo titulo: "A morte de uma bela criança vitimada pela tosse". Ainda mais tarde, contam as crônicas, em 1652, ao compôr "The lost paradise", o celebre poema em 12 cantos, Milton referia-se a coqueluche "como ao feroz catarro que o anjo Miguel aponta entre as muitas misérias que a falta de abstinência de Eva trouxe aos Homens"... Com o correr dos anos e a sucessão vertiginosa dos dias em que vivemos, onde tudo vai evoluindo num crescendo assustador e fantástico, onde a Medicina e a higiene vão se glorificando na solução de notáveis problemas, julgados pelos nossos avoengos como insolúveis, ainda hoje, nos mais cultos e civilizados países do Globo, nos quais diminuem a difteria e a escarlatina, a coqueluche aumenta em incidência e mortalidade.

Nos Estados Unidos, essa terrível moléstia vitimou nos dez últimos anos, mais de 100.000 crianças. Na Grã Bretanha 60.000 aproximadamente.

Ela é como acima referimos uma moléstia própria da infância, apesar de atacar adultos também. Dos 10.000 doentes observados em New York, houve a seguinte proporção de idade: até 1 ano — 19,4%; de 1 a 2 anos, 20,1%; de 2 a 5 anos, 40%; de 5 a 15 anos, 17,9%; resumindo, finalmente 80% de casos até 5 anos.

Fato algo curioso é a frequência e predileção para o sexo feminino, pois temos verificado que, quasi sempre, até mesmo nas escolas, as meninas são as primeiras a serem atacadas (7). Como acontece com outras infecções, há crianças sujeitas e outras refratárias. Devemos levar em conta que o leite materno confere uma elevada imunidade, sendo frequente os casos de dois ou três filhos com coqueluche e o garotinho ou caçula que ainda mama parece reagir bem contra essa terrível moléstia. Outras vezes citam-se casos de recém-natos com coqueluche que lhes veio congenitamente. Em geral — a coqueluche protege para toda vida (excepções sempre existem), mas os umerosos casos citados como reencidivas da moléstia devem ser levados em conta mais por erros de diagnósticos, entre a verdadeira coqueluche e a tosse paroxística, do que a gripe ou rino-faringite podem trazer. Como podeis verificar, a coqueluche tem curiosa e interessante sinonímia. Vejamos: tosse comprida — S. Paulo, Paraná e Minas; tosse de cachorro — Baía e Nordeste. Tos ferina — Espanha, Argentina e Uruguai. Coqueluche — França. Whooping cough — Inglaterra. Kenchusten — Alemanha. Pertossi ou tosse canina, — Italia.

Tanto a patogenia da coqueluche como o mecanismo do acesso são ainda desconhecidos. Como relatamos acima, febre mesmo ligeira no período prodômico e lesões para o lado do sistema nervoso central, falam em favor de uma afecção geral. É preciso notar, entretanto, que os bacilos de Bordet-Gengou podem produzir toxinas cuja influência sobre o organismo não foi ainda comprovada. As proteínas desse bacilo são tóxicas como todas as albuminas bacterianas; todavia, seu grau de toxidês é

pequeno. O mecanismo do acesso de tosse ainda permanece obscuro, apesar de um sem número de teorias para explicá-lo, tais como a excitação do laríngeo superior, trazendo espasmo da glote e apnéia seguida de inspiração profunda, quer por inflamação, compressão ou irritações terminais pelo muco, quer então por ação direta da endotoxina sobre as terminações do pneumogástrico. Também os dados de anatomopatologia observados poucas explicações trazem...

Como sabemos, o agente causador da coqueluche é espalhado por disseminadores ignorados, por meio de gotinhas salivares, e as leis que regulam a epidemiologia e endemiologia do sarampo e a coqueluche são as mesmas. Ela constitue uma das afecções inevitáveis dos meios civilizados, atacando todo indivíduo não imune. Como nos casos de varíola, sarampo, a varicela, a invasão é tanto mais segura quanto mais civilizado for o meio, e tanto mais precoce quanto maior a densidade das habitações. A respeito da classificação dos três períodos a saber, catarral, convulsivo e declínio, não iremos sobre eles falar, pois escasso é o nosso tempo e limitada é a paciência vossa!

Vamos finalizar nossa mui insignificante contribuição a este grandioso Congresso de Saúde Escolar, sugerindo as considerações de ordem prática que nossa observação nos tem ensinado quanto ao tratamento. É fato muito conhecido de nós pediatras que a Escola Alemã tem se mostrado incrédula com a vacinoterapia. Em setembro de 1930, Estevam Kramztyk, de Varsóvia, em artigo no "Monatsschrift fur Kinderhaekund" chamava a atenção para essa incredulidade dos pediatras teutos achando-se deveras surpreso desse fato, pois nos meios pediátricos franceses, italianos e americanos, a vacinoterapia encontrava estremados adeptos. Todavia, atualmente essa oposição vai aos poucos desaparecendo diante dos trabalhos que têm surgido, de 1931 para cá, em favor dessa terapêutica. É assim que o prof. Hans Rietschel, de Wurzburg, em outubro de 1930, no "Kinderartzliche Praxis", traz ótima contribuição, assinalando o sucesso dos autores holandeses, russos, gregos e dinamarqueses e de alguns alemães como Reiche, V. Bernuthe Bendix, terminando o citado trabalho dizendo textualmente: "Os resultados foram chocantes. A epidemia de coqueluche decorreu tão suavemente como jamais observara e todos curaram-se em curto prazo". Em maio de 1931, no "Kinderartzliche Praxis", o dr. Friedrich Mielke relata os seus bons exitos com quinze crianças tratadas com certa vacina mista. Conclue o dr. Mielks "que a vacina, como meio profilático, constitue para os pediatras que trabalhem em hospitais, o mais seguro recurso contra a disseminação dessa infecção". Com a competência que o seu nome impõe, o prof. Leonel Gonzaga admira-se que somente nessa época os autores alemães estivessem se ocupando de uma questão que entre nós já constituía velharia. É assim que, em 28 de maio de 1918, o dr. Aleixo de Vasconcellos apresentou um trabalho com o título "Contribuição para o estudo da Bacterioterapia da coqueluche", trabalho aliás excelente, lido à Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Após apresentar um magnífico relato do assunto de elevado cunho científico, chegava às seguintes conclusões: "1.º — as pesquisas que temos realizado com relação ao papel eficiente do bacilo de Bordet-Gengou, na gênese da coqueluche, nos autorizam a admiti-lo sem hesitação. 2.º — Usando suspensões desses germes convenientemente preparadas, obtem-se o tratamento regular e constante da coqueluche. Desse modo fica demonstrado que o problema da terapêutica na tosse convulsiva encontra a solução na bacterioterapia.

3.º — O extrato etéreo de escarro de coqueluchosos, manipulado segundo o processo de Krauss, representa, na terapêutica da coqueluche, um notável papel quando coincide a sua preparação com a presença de grande número de bacilos de Bordet-Gengou. 4.º — A aplicação da vacina é inofensiva e pode ser usada em crianças de baixa idade”.

Pelos modernos tratados de terapêutica infantil e pelo que temos observado, a vacinoterapia na coqueluche ocupa plano superior. E' natural que em relação à eficácia dessa terapêutica seja ela a mais precoce possível, pois quasi sempre tosses rebeldes dos escolares, simulando laringo-traqueites, nada mais são do que uma coqueluche prestes a surgir. Notadamente em meninos neuropatas, espasmofílicos, nos portadores de lues congênita, taras e alcoolismo dos ascendentes, essa infecção assume uma forma mais grave, durando mais tempo os acessos e ficando os doentes com tosse paroxísticas de semanas ou meses.

Como cita o dr. Martinho da Rocha em “nenhuma outra doença a abundância de remédios significa tanto — “penúria” — como na coqueluche”. Porém, uma coisa é tratar de meninos em luxuosos hospitais, onde a enfermagem atingiu um progresso sem par, como Rio e S. Paulo, mercê das organizações hospitalares e instalações modernas que lá existem. Outra, bem diversa, é a nossa luta em novo sector e em “front” diferente...

A “entourage”, mesmo em famílias de mediana cultura, recebe mal qualquer tratamento por injeções. As simples imunizações anti-variólicas ou antitíficas, são recebidas com motejo e ironias (8).

Entretanto, a opinião do curandeiro ou da benzedeira, ou ainda de “dona fulana”, “aparadeira” de longa prática nas fazendas tais e tais, é obedecida niponicamente!...

Papel notável podem desempenhar os professores e professoras, esses abnegados bandeirantes da nova cruzada educacional, que a mercê de Deus e idealismo sadio de nossos patrícos, ainda existem por aí... Alviriamos que a secção especializada do Instituto Butantan fizesse folhetos, dísticos, gráficos sugestivos, enviando ainda, ampolas de vacinas contra coqueluche aos Centros de Saude do Interior, os quais orientados pelos médicos consultantes, procurariam fazer imunizações em massa, à semelhança feita com a infecção de Erberth, febre maculosa, variola etc. Das diversas vacinas, usadas por nós, umas deixaram de produzir efeitos ou por já estar invadido o organismo do doente pela infecção, ou por incuria da “entourage”. Não nos foi possível usar os produtos peteína, ou vacina Bhering, aetone, cardiazol dicodid-cardiazol-quinino, pelas razões do conflito que toma conta do velho mundo.

Usamos “nossas vacinas, para nossa coqueluche”, como já disse alhures o prof. Raul Carneiro, aplicando os produtos de Pinheiros, Silva Araujo, Raul Leite e outros. Atualmente, na Argentina estão usando, com excelentes resultados, as aplicações de ozonoterapia, que está na ordem do dia. Os americanos do norte de há muito aconselham vôos de aviões para o tratamento da “whoopingcough”. Tendo instalado em nossa cidade um aparelho de ozona, já inciamos nossas primeiras observações sobre tal terapêutica, que deixam de ser citadas no presente trabalho por absoluta falta de tempo.

Finalizando este desprezencioso trabalho, fazemos nossas as palavras que sinceramente exclamamos: “FECI QUD PUTUI; FACIANT MELIUS POTENTIORES!”.

CONCLUSÕES

1) Modernamente discute-se esse assunto, achando ser um vírus o agente causador.

2) Fato curioso observamos em dezembro, janeiro e fevereiro de 1940 e 41, em nossa cidade. De 20 casos que tivemos oportunidade de fichar no nosso serviço de clínica pediátrica, todos vieram com um início enganador, simulando síndromes disenteriformes. Após 3 ou 4 dias, surgiam as tossinhas coqueluchoides, com seu cortejo típico de sintomas claros: inapetência, ulcera, freio lingual, expetoração tráquio brônquica etc. Não observamos nos casos fichados nenhuma perturbação ou anormalidade para o lado do aparelho respiratório. Todavia, no caso de L. Am., ficha 1064, de início descobrimos um foco pneumônico unilateral esquerdo, o qual cedeu com sulfanilamida — (dagenan) e transpulmin.

3) A coqueluche em nosso meio. Terapêutica e Tratamento. Rev. Publ. Medicas, set. 1933 — Dr. Teixeira da Matta.

4) Já em novembro de 1919, Adalbert Czerny dizia, no prefácio de um de seus livros, "que a educação é um processo de adaptação contínuo da criança a seu meio social".

5) Higiene Escolar e Pedagógica, pag. 134 — Dr. Vieira de Mello, 1917, São Paulo.

6) A Criança, noções de medicina e higiene — Dr. Octavio Gonzaga, pag. 477, 1935, São Paulo.

7) Em Viena, de 1908 a 1912, de 10.000 casos figuram 4.424 meninos e 5.576 meninas (Knoepfelmacher).

8) Mas, dirão alguns, é preciso educar o povo a ter hábitos sadios. Mas... a obra de catequese do venerável Anchieta data de 1540... e estamos no século trepidante do rádio, televisão, estratosfera, super-clippers transoceânicos etc....

G E P H E
E P H E

A CIRURGIA BUCO-DENTÁRIA NOS ESCOLARES — O VALOR DA APICETOMIA

DRS. E. DANTÉS DE CARVALHO E J. E. ABRANCHES

da Insp. Geral do Serviço Dentário Escolar do Departamento de
Educação — S. Paulo.

Convidados a participar deste Congresso, os cirurgiões-dentistas do Serviço Dentário Escolar, animados de um espírito leal de cooperação que sempre julgámos devesse existir entre os serviços afins, mantidos pelo Estado, aqui vimos, prontos a trabalhar pelo bem da nossa juventude, a mais justa esperança de uma Pátria.

É sabido que só pode ter boa saúde quem bem se alimenta, que para alimentar-se bem é preciso bem mastigar e que para bem mastigar é preciso bons dentes...

Só isso justificaria a nossa presença aqui.

As sábias palavras do ilustrado professor Austregésilo: "*O brasileiro não sabe nutrir-se...*" acrescentariamos: O brasileiro de hoje não sabe nutrir-se e nem pode nutrir-se porque não tem dentes... Justificamos tal afirmativa com estatísticas do Serviço Dentário Escolar, que revelam a existência de dez cáries dentárias em cada boca de criança examinada nas Escolas Públicas do Estado.

Assim sendo, é de ver-se que o papel do dentista assume relevância, nessa grande e patriótica campanha médico-social que ora se avoluma no Brasil.

Aliás, muitos médicos já reconhecem o valor do tratamento dentário na preservação da saúde, e um deles disse algures: "*A boca pode ser declarada um importante espelho diagnóstico na interpretação de um vasto grupo de moléstias do organismo*". Por isso é que dizemos: "*o dente é uma pequena sede de grandes males*".

Feitas estas considerações, é tempo de entrarmos no assunto que aqui nos trouxe. Preambularmente diremos, entretanto, que a Inspeção Geral do Serviço Dentário Escolar tem por norma praticar, tanto quanto possível, uma odontologia conservadora. Em se falando de dentes labiais, então a sua exigência chega às ráias da intransigência. Assim o faz pelas seguintes razões:

1.º — FACILIDADE DE TRATAMENTO. De fato, os dentes anteriores não só por possuírem apenas uma raiz, como devido à sua colocação na arcada, são mais acessíveis e oferecem ao tratamento maiores possibilidades de sucesso.

2.º — ESTÉTICA. Os dentes labiais são os melhores ornamentos de uma boca e, dificilmente, os clientes, principalmente do belo sexo, se conformam com a avulsão de um incisivo ou de um canino, pois os aparelhos protéticos, além de serem anti-higiênicos, não substituem a beleza dos dentes naturais. Ademais, se houver a falta de uma coroa em dentes anteriores, é aqui mais fácil e mais econômico colocar um pivot do que fazer um bridge.

3.º — COMPLEXO DE INFERIORIDADE. A falta de dentes labiais produz um complexo de inferioridade. Podemos comprovar esta assertiva com diversos fatos, dentre os quais destacamos os seguintes: a) E. C. de 14 anos, aluna do Grupo Escolar "Osvaldo Cruz", nesta Capital, tendo perdido os incisivos, tornou-se uma criança quieta, tristonha mesmo, de pouco falar e menos rir. Depois de procurar a dentista do grupo, foi encaminhada à sede da Inspetoria. Tratados os seus dentes, com a respetiva eliminação de focos, foram colocados pivots e E. C. mudou de gênio. Hoje é uma menina que brinca, que fala, que ri, que canta como toda a criança dessa idade; b) A. E., até aos 12 anos, ainda não possuía os incisivos superiores, porque a presença de dois extra-numerários inclusos lhes impatava a evolução normal. Por isso, os colegas de Antoninho chamavam-lhe *Banguela*, e o rapaz tornou-se irritado, mal humorado, briguento e mau aluno. Extraídos que foram os dentes inclusos, desenvolveram-se os incisivos e, com eles, voltou o menino ao seu estado normal, pois perdeu o apelido.

Na luta pertinaz, constante, quotidiana, em que nos empenhámos para a conservação dos dentes labiais, esbarrámos com sérios obstáculos. Aquí, dentes inclusos, muitas vezes extranumerários, impedindo a evolução normal dos outros dentes e produzindo perturbações que por influenciarem no estado geral da criança, precisavam ser removidos. Alí, osteites rebeldes, não raras vezes traumáticas, consequentes de quedas, desafiavam a nossa terapêutica. Acolá, kistos e granulomas, constituindo focos que por meio de suas toxinas poderiam ser responsáveis por males outros, mesmo produzidos à distancia e que, por isso, deveriam ser extirpados.

Nesse afan, verificando que os meios químicos eram ineficazes, e ante a improficuidade dos agentes físicos, é que lançámos mão da cirurgia buco-dentária e muito especialmente da apicetomia. Com ela realizamos uma verdadeira *guerra relâmpago* contra todos esses inimigos do bem estar e da saúde dos nossos escolares. E vimos osteites rebeldes, que resistiram meses de tratamento, serem debeladas numa hora; kistos e granulomas que zombaram longo tempo da nossa terapêutica, desaparecerem como por encanto...

Provemos, entretanto: CASO N.º 1 — P. F. V. aluna do Grupo Escolar "Eduardo Carlos Pereira", tendo iniciado o tratamento dentário no gabinete desse grupo, completou-o na sede da Inspetoria. Era, nessa época, doentia e, como tal, não podia ser boa aluna. Radiografados os seus dentes, encontrámos no incisivo central direito, uma área de osteite com formação de tecido granuloso, atingindo o ápice do incisivo lateral do mesmo lado (Radiografia número 1). Feita a apicetomia, em 9 de maio de 1940, (Radiografias n.ºs 2 e 3), já no segundo semestre sua professora afirmava: "*P. F. V., após a operação nos dentes, apresentou sensível melhora na saúde e melhor disposição para os estudos*" (Documento n.º 1). Promovida para o ano seguinte, esta menina continua normalmente sua vida escolar, e é a sua nova professora quem nos declara: "*P. F. V., depois de operada, goza boa saúde e é aluna de boa aplicação e comportamento normal*".

CASO N.º 2 — Enviada pela dentista do Grupo Escolar "Osvaldo Cruz"; apresentou-se à clínica central da Inspetoria a menor E. C., de 14 anos, para exame dos dentes. Notámos que a paciente era alta, magra, muito pálida e apresentava um profundo abatimento. Feito o exame radiográfico dos dentes, encontrámos no incisivo central direito, um granuloma; no lateral do mesmo lado, um grande kisto; no incisivo esquerdo, um kisto e, no lateral do mesmo lado, outro kisto já supurado.

Em 8 de março de 1940, foi feita a apicetomia nos incisivos central e lateral direitos e, em 23 de abril do mesmo ano, nos incisivos central e lateral esquerdos.

Sua saúde melhorou, consideravelmente e em novembro concluiu o curso primário. Não nos foi difícil encontrá-la novamente, para tirar-lhe radiografias de controle. Desta vez, porém, E. C. apresentou-se completamente outra. Aumentou de peso, sua palidez, seu abatimento e sua tristeza desapareceram.

CASO N.º 3 — O. C., aluna do 4.º ano do Grupo Escolar “Roca Dordal”, fez o tratamento dentário na clínica central da Inspeção, no 1.º semestre de 1940. Pelas radiografias dentárias encontramos, no incisivo central inferior direito, uma grande zona de osteíte, com formação de tecido granuloso e no incisivo lateral esquerdo, superior, um granuloma. Em 25 de abril do mesmo ano, foi operado no incisivo central inferior direito e, em 31 de maio, no incisivo lateral superior esquerdo, tendo obtido grande melhora em sua saúde e nos estudos.

Como estes, centenas de casos foram resolvidos na sede da Inspeção Geral do Serviço Dentário Escolar, todos com resultados satisfatórios e, se para aqui não os trazemos, é para que esta comunicação não se torne por demais extensa.

Eis, senhores congressista, o grãozinho da areia que nos tocou trazer para esta grande obra que realizamos pela eugenia da raça pela valorização do homem, pela glorificação da nossa Pátria.

E oxalá possamos, com isso, nunca mais ouvir de estrangeiros descortezes que *no Brasil tudo é grande, menos o homem.*

CONCLUSÕES

1 — O serviço dentário escolar concorre para a saúde da juventude e eugenia da raça, porque sem dentes não se concebe boa nutrição.

2 — Uma clínica dentária escolar não pode prescindir da cirurgia buco-dentária porque há casos que só podem ser resolvidos com o seu auxílio.

3 — Só ela pode eliminar focos muitas vezes causadores de moléstias tais como: perturbações oculares, nevralgias, neurastenias, artrites, sinusites, surdez e até pneumonia, tuberculose, epilepsia e outras moléstias graves.

4 — Na cirurgia buco-dentária, a apicetomia ocupa o primeiro lugar.

5 — Da apicetomia pode se esperar um resultado absolutamente satisfatório, quasi na totalidade dos casos.

O TRATAMENTO DA CÁRIE DENTÁRIA — FATOR PREPONDERANTE NO DESENVOLVIMENTO FÍ- SICO E MENTAL DO ESCOLAR

DR. AGNALDO GODOY RAMOS

da I.G.S.D.E. do Departamento de Educação — S. Paulo.

CONCLUINDO:

Os pediatras dizem: — Bons alimentos para as crianças!

E nós, Odontopediatros, dizemos: — Antes de bons alimentos, bons dentes! E parodiando o provérbio latino: — “PRIMO EDERE E DEINDE PHILOSOPHARE”, traduzido em palavras chãs: — primeiro alimentar-se e depois estudar, afirmamos:

PRIMEIRO BONS DENTES! PARA QUE OS BONS ALIMENTOS POSSAM AJUDAR O ORGANISMO INFANTIL, NO SEU CRESCIMENTO FÍSICO, NO SEU DESENVOLVIMENTO MENTAL E INTELECTUAL E NA LUTA CONTRA OS BACILOS QUE OS ATACAM!

Nesta luta patriótica em prol de um Brasil melhor, é mister que se deem aos Odontopediatros, para que eles, na primeira linha de batalha e de combate, isto é, nos Dispensários Pre-Escolares e Escolares, possam ajudar a vencer a grande batalha da Eugeniização da raça, de uma raça que está talhada pela vestidão e riqueza de seu território, a dominar o mundo de amanhã.

Propomos ao 1.º Congresso nacional de saúde escolar o seguinte:

1.º — Odontologia preventiva nos orfanatos, hospitais infantís, nos jardins de infância de todo o Brasil, e em S. Paulo, ampliação desses serviços, já existentes e mantidos pela Inspeção do Serviço Dentário Escolar;

2.º — Instalação de consultório dentários em todos os grupos escolares ou núcleos escolares, do Estado de S. Paulo e do Brasil.

3.º — Exigir atestado de tratamento findo, ou de higidez bucal, a todos os candidatos ao ingresso nos cursos ginasiais, comerciais e técnicos; e atestado de higidez bucal a todos os candidatos aos cursos pres e superiores, como já é de praxe para o ingresso nas Escolas e Colégios Militares;

4.º — Exigir atestado de tratamento findo ou de perfeita higidez bucal a todos os atletas infantís ou juvenís, em vésperas de qualquer competição.

5.º — Propor ao departamento de Imprensa e Propaganda, quer Federal quer Estadual, a intensificação de propaganda por impressos, jornais e rádio, da necessidade de bons dentes para que haja perfeita alimentação.

CONTRIBUIÇÃO AO PROBLEMA DA ASSISTÊNCIA DENTÁRIA ESCOLAR

DR. C. D. EDWAIDO BRANDÃO CORREIA

Inspetor Técnico de Higiene e Assistência Dentária na Bahia.

.....

CONCLUSÕES

- a) Os serviços de Assistência Odontológica devem ser padronizados para todo território nacional;
 - b) todos os escolares devem ter assídua assistência odontológica;
 - c) o Estado deve incumbir-se da alimentação dos pequenos escolares, estabelecendo padrões de alimentação compatíveis com a região, o clima etc., como uma ajuda eficiente ao combate à carie e um prêmio aos pais que enviam à alfabetização seus filhos;
 - d) ao lado de obrigatoriedade de frequência dos escolares deve ser tornada obrigatória a inspeção buco-dentária, periódica.
- E para a consecução dessas finalidades:
- e) votará o Congresso uma indicação aos Srs. Interventores Federais;
 - f) nomeará uma comissão, a cujo cargo ficará a elaboração de amplo projeto, colhidos dados censitários e opiniões da classe em todo território brasileiro;
 - g) incluirá nos programas dos cursos de enfermagem e de professores primários, ensinamentos de Higiene buco-dentária ao lado de outros de saúde pública.

REIMPLANTAÇÃO NA ODONTOPEDIATRIA

DR. JOSÉ DE GODOY RAMOS

I.G.S.D.E, do Dep. Educação — S. Paulo.

Apresentamos ao 1.º congresso de saúde escolar, as seguintes condições:

a) Tratamento dentário intensivo em todas as crianças de pré-escolar e escolar.

b) Incluir nos programas, meia hora de aula semanal sobre higiene dentária.

c) Promover entre os cirurgiões dentistas o aperfeiçoamento da reimplantação para torná-la de prática corrente, como aconteceu com outras modalidades do tratamento dentário, tidas e havidas como verdadeiras utopias e que hoje são dogmas da profissão dentária.

d) Como meio de se evitar esta medida de reimplantação, evitar antecipadamente o desenvolvimento da cárie por meio de propaganda eficiente dos cuidados dos dentes da criança.

e) Exigir dos responsáveis pela formação educacional da criança, dentes em condições de perfeita higidez.

G O P H E
E P H E

A IMPORTÂNCIA DA RADIOGRAFIA NOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA DENTÁRIA ESCOLAR.

LADHYR ASSUMPÇÃO

E

CARMO SERRANO

Cirurgiões Dentistas da Inspeção Geral do Serviço Dentário
Escolar do Estado de São Paulo.

Digna dos maiores elogios a idéia de se fazer realizar um Congresso de Saude Escolar. Sim, digna dos maiores elogios, pois já era tempo de os responsáveis de zelar pela saúde do nosso pequeno escolar se congregarem, afim de, reunidos, e com a elevada comunhão de pensamentos que é de bem servir o nosso grande e querido Brasil, trocarmos idéias de como melhor agir para tornar nossa criança escolar de hoje (na maioria das vezes doentia) no homem forte e sadio de amanhã para bem defender esta terra abençoada pela Natureza, quer no campo de luta como um valoroso soldado, no laboratório como um cientista, ou na tribuna como um político íntegro para elevar bem alto o bom nome de que gozamos no conceito do mundo civilizado.

A Inspeção Geral do Serviço Dentário Escolar do Estado de São Paulo, encarregada de cuidar dos preciosísimos dentes do pequeno escolar, não poderia se furtar ao dever de cooperar para que o Congresso tivesse o grande êxito a que está destinado, para isso aceitando o honroso convite que lhe foi dirigido pelo Departamento de Educação.

Sendo os dentes, como ninguém hoje deve ignorar, condição "*sine qua non*" para boa saúde, não podíamos ficar indiferentes a este brado de arrigementação, para reunidos serem estudados os pontos nevrálgicos, afim de melhorar a condição física e, portanto, intelectual do pequeno que frequenta os bancos escolares.

Não havendo bons dentes, não poderá haver boa saúde; e disto nos dão provas os médicos que não poucas vezes encontram nos dentes infectados solução para um caso difícil de sua clínica.

É sobre a necessidade da radiografia na Assistência Dentária Escolar que vamos falar alguma coisa, se bem não tenhamos a pretensão de apresentar algo inédito, pois da sua utilidade ninguém poderá em nossos dias duvidar.

Sobre o Raio X em geral, a sua grande e indispensável difusão na na classe médica por si só demonstra o seu imprescindível auxilio. Alguma coisa sobre a radiografia dentária em geral e sobre sua aplicação na Assistência Dentária Escolar em particular é que vai ser objeto deste pequeno trabalho.

Incontestavelmente a odontologia hodierna inverteu para uma nova fase que visivelmente faz ressaltar às nossas vistas o quanto está a altura de ser considerada uma verdadeira ciência, pois a odontologia de hoje não se limita à confecção de dentaduras, pontes, pivots, obturações; em extrações empíricas de dentes na maioria das vezes aproveitáveis.

Hoje ela é uma ciência que caminha de braços dados com os progressos da medicina e da cirurgia e como tal deverá ser tratada e respeitada.

O dentista de hoje ao receber um cliente, desde que se capacite da grande responsabilidade que assume, reveste-se de uma função nobilíssima, que faz dele, não um simples aliviador de odontologias, um restaurador de estética, mas um profissional cômico dos seus deveres, possuidor de conhecimentos científicos, que irá agir com o necessário conhecimento de causa. Para isto terá de lançar mão de um auxiliar absolutamente indispensável: — o Raio X.

O Serviço Dentário Escolar é uma instituição que honra o Estado de São Paulo, pois a ninguém é lícito duvidar da grande influência benéfica que trouxe a instalação de gabinetes dentários em nossos grupos escolares, onde são atendidas com zelo e carinho dezenas de milhares de crianças anualmente. Os dentistas escolares como sombra protetora, estão sempre alertas no cumprimento de suas obrigações, prontos para fazer cessar uma horrível odontologia, para praticar uma exodontia urgente, para estancar uma hemorragia primitiva ou secundária, para aproveitar um precioso dente em vias de ser perdido, para acompanhar o desenvolvimento, na maioria das vezes, do ignorado molar dos 6 anos, enfim, para cuidar da sentinela avançada da saúde; os dentes. Desta maneira concorre também para melhorar o aproveitamento escolar da criança, contribuindo, portanto, para diminuir a porcentagem de repentes, o que trará um grande benefício ao governo, pois cada repetente de grupo escolar dá um prejuízo para os cofres públicos, de cerca de 480\$000.

A Assistência Dentária Escolar de São Paulo está bem próxima de atingir o grau de perfeição a que está destinada, e isto devemos, em grande parte, à clarividência e espírito fecundo do nosso digníssimo chefe de Estado, Dr. Adhemar de Barros, coadjuvado pelo então Secretário da Educação Dr. Alvaro Guião a quem a morte, num dos seus implacáveis destinos, tão cedo veio roubar do nosso convívio.

A memória do Dr. Alvaro Guião, a quem a Assistência Dentária Escolar de São Paulo muito deve, rendemos o nosso preto de gratidão e de imorredoura saudade.

Foram estes dois baluartes da Assistência Social em nosso Estado que, compreendendo a necessidade da assistência dentária infantil, trataram de melhorar as condições técnicas da Assistência Dentária, dotando-a dos mais modernos aparelhamentos, como equipos, Raio X, Ozonoterapia, Diatermo-coagulação, além de um ótimo e confortável prédio para a instalação de sua sede.

Conforme é de domínio geral, grande parte dos casos de infecção (teoria focal) tem etiologicamente falando, sua genese num fóco dentário. A teoria focal é soberbamente rica em ensinamentos nesse sentido, pois em nossas clínicas escolares e particulares, verificamos *de visu* tal asserção, constatando clientes que se queixam ora de uma endocardite, ou de uma afecção ocular, distúrbios gástricos, reumatismo e uma longa serie de enfermidades. Pois bem, não poucas vezes esses clientes, a conselho médico, mandam tirar radiografias dos dentes desvitalizados e então encontramos focos diversos que, removidos, trazem como consequência e como por encanto a cura radical da moléstia. É por esse motivo que vemos o odontólogo de hoje cooperando ao lado da medicina, para a elucidação de um diagnóstico ou na cura de uma enfermidade, entrando para isso com a sua apreciável colaboração. E para auxiliar o médico em seus misteres a odontologia por sua vez não pode prescindir do auxílio do Raio X.

Nestes momentos de dúvidas e incertezas em que as condições físicas do cliente são periclitantes e que devemos agir com eficiência e segurança, é que ressalta a importância do Raio X. Muitas vezes um dente que se apresenta exteriormente sem nenhuma alteração e que sem dúvida passaria despercebido aos olhos do cirurgião dentista, é exatamente o portador de uma afecção, talvez causadora de moléstias e que neste caso só lançando mão do Raio X poderíamos agir com conhecimento de causa.

Quantas vezes um aparelho protético de bela aparência está colocado sobre um verdadeiro lençol de puz, uma vez que estes dentes não foram devidamente submetido ao Raio X antes da colocação do referido aparelho. Sem o auxílio do Raio X o dentista não tem elementos para afirmar o que se passa na região além do foramen radicular. O cirurgião dentista escolar tem no Raio X um grande cooperador, para que seu trabalho seja sempre eficiente e seguro.

O trabalho odontológico na Inspeção do Serviço Dentário Escolar de São Paulo é feito com o maior capricho possível, dispendendo os cirurgiões dentistas o máximo dos seus esforços para melhor servir à criança que necessita de seus serviços profissionais e é digno de obrevação que cerca de 90% das crianças têm necessidade de assistência para os seus dentes, pois na maioria das vezes têm suas arcadas em péssimo estado e não poucas vezes encontramos um aluno, de 12 ou 13 anos, com falta de 4 ou 5 dentes e uns outros tantos com corças destruídas, raízes inaproveitáveis, dentes portadores de fistulas, abscessos, granulomas, kistos etc.. Segundo o emérito bacteriologista Claud Bernard, a "boca é a flora microbiana"; e uma boca nas condições acima tem que ser um paraíso para os micróbios, o que implica em afirmar que esta criança fatalmente, ou será doentia ou está com as portas abertas para uma enfermidade talvez fatal, pois sua vigilante sentinela avançada foi destruída.

O ilustre corpo clínico do Departamento de Saúde, em eficiente trabalho de colaboração, encaminha com frequência, escolares para o Serviço Dentário, solicitando com urgência o tratamento dos dentes, afim de submeter a criança a uma amigdalotomia ou outras intervenções e ainda para o tratamento de determinadas moléstias, originando daí a estreita e imperiosa cooperação do cirurgião dentista. Imediatamente à criança é dispensado um exame dentário rigoroso, sendo radiografados os dentes despolpados; e de posse dessas radiografias submete-se a mesma a um tratamento eficiente e seguro, sem receio e consequências desagradáveis futuras. Nestes casos todos, o Raio X ocupa lugar de destaque, pois seu auxílio para o diagnóstico e por conseguinte tratamento dos dentes é indispensável. Onde mais se revela a necessidade do Raio X é num exame periradicular, especialmente periapicalar, para o diagnóstico das periapicopatias, ponto de partida de todas as moléstias do organismo em geral, segundo está suficientemente esclarecido. Oportunamente citaremos alguns casos em que a pronta intervenção nos dentes trouxe os resultados mais benéficos possíveis.

Não fosse, entretanto, a única e insubstituível ação do Raio X, não poderíamos notar a presença de um granuloma, de um cisto, de uma osteíte, de uma hipersementose, de um dente incluso etc.. Ainda através desse maravilhoso Raio X podemos verificar a presença de corpos estranhos nos canais radiculares, se houve a abertura de um falso canal, ou se um canal radicular foi obturado convenientemente, isto é, preenchendo os requisitos da boa técnica. Além do mais existe a necessidade do profissional acompanhar pari-passu o tratamento de um determinado foco, controlando, observando e seguindo o processo da cura ou da ineficiência do tratamento que está sendo feito, afim de tomar as medidas que o caso

requer, ou seja a exodontia do órgão em questão ou de uma cirurgia imediata, afim de se eliminar por vez o referido fóco. E como fazer essa observação? Uma resposta imediata se faz sentir: — lançando mão do Raio X.

O cirurgião dentista da Assistência Dentária Escolar de hoje, graças ao Raio X, pode fazer um trabalho consciencioso, pois antes de iniciar um tratamento tem por obrigação submeter os dentes a um exame radiográfico. O rádio diagnóstico então nos irá indicar o caminho a seguir. Encontrado um fóco apicilar providenciaremos imediatamente seu devido tratamento. Suponhamos seja necessário uma apicetomia. Feitos os preparativos para tal intervenção, obturamos o canal radicular respectivo e então submetemos o dente ao Raio X, afim de verificar se a obturação foi feita devidamente. Verificado estar tudo em condições, procedemos a operação. Terminada a apicetomia imediatamente levamos a criança para tirar uma radiografia de controle, para ver se a intervenção foi bem executada. Para maior segurança mandamos o pequeno paciente voltar decorridos alguns meses para comprovação radical da cura.

Por estas razões e por outras que seria longo enumerar, observa-se a cooperação indispensável do Raio X na clínica dentária em geral e da sua necessidade nas Assistência Dentárias Escolares.

Terminando queremos deixar evidenciada a importância de serem os tratamentos nos gabinetes dentários escolares executados sob constante controle radiográfico, o que aliás vem sendo realizado sistematicamente pela Inspeção Geral do Serviço Dentário Escolar de São Paulo.

CONCLUSÕES

1 — A Assistência Dentária Escolar se impõe como um fator de proteção à saúde da infância.

2 — A Inspeção Geral do Serviço Dentário do Estado de São Paulo caminha a passos largos nesta obra grandiosa e humanitária de proteção aos dentes da criança e devem os Estados que ainda não possuem assistência dentária escolar, instituíram-na dentro dos respectivos Departamentos de Ensino.

3 — O rádio-diagnóstico nas assistências dentárias é de uma importância tal que sua utilização é absolutamente indispensável, como está suficientemente esclarecido; em abono, o Departamento Radiológico da Inspeção Geral do Serviço Dentário Escolar do Estado de São Paulo tem-nos evidenciado a necessidade da colaboração da radiografia dentária.

A ASSISTÊNCIA DENTÁRIA NOS ASILOS

Observações em torno da estomatite de Vincent

DR. LAÉRCIO B. CASTRO

da I.G. do S. Dentário Escolar — S. Paulo.

Temos a satisfação de notar em todos os países, de certo tempo para cá, uma já satisfatória campanha em prol da boa e salutar alimentação. As mais adiantadas nações da Europa e da América, já organizaram Institutos de Nutrição, que visam o estudo e melhor aproveitamento dos recursos alimentares nacionais. Esse movimento tem plena justificação, pois a medicina demonstra de um lado a possível gravidade das moléstias de carência, dependentes da falta de substâncias, até há pouco desconhecidas, e de que o organismo necessita em quantidades quasi infinitesimais; de outro lado, a frequência com que estados tão comuns de nervosismo, irritabilidade, indisposição para o trabalho físico ou improdutibilidade intelectual, são consequências de alimentação imprópria ou defeituosa.

Com júbilo podemos contar, em nosso Estado, com inúmeras corporações que se encarregam destes assuntos, como sejam: conselhos dietéticos, sopas escolares, colônias de férias, praigrunds etc. Vemo com que denodo estas agremiações desincumbem-se de seus misteres, escolhendo, filtrando e esterilizando compostos vitamínicos, lácteos ou farináceos, visando tão somente a saúde das crianças de nossa terra, empregando todos os meios para a sua boa e salutar alimentação, para a sua perfeita assimilação. E' lamentável, no entanto, vermos que quasi sempre só tem sido visado o aparelho digestivo, esquecendo-se do seu componente, o mastigatório, que até então não tem merecido a atenção devida, fazendo, como faz, parte preponderante na boa assimilação. Não é somente a boa alimentação que aqui mais nos interessa, mas sim a perfeita assimilação. Se assim não fizermos, não poderemos esperar das crianças de nossa terra, o seu bom e perfeito desenvolvimento físico e intelectual. Ela será sempre uma criança raquítica, uma nevrospata ou uma repetente crônica, porque não tem meios para alimentar-se convenientemente. A boca dessas infelizes, principalmente as das classes mais necessitadas, ficam em estado lastimável, sendo os alimentos deglutidos em a devida trituração e, além disso, impregnados de germens e parasitas bucais. Os seus primeiros dentinhos que deveriam permanecer brancos, se nos apresentam recobertos de uma camada tartárica nauseabunda. Encontramos na maioria das boquinhãs, fistulas e abscessos em franca supuração, gengivites e estomatites de toda a natureza.

Todos estes distúrbios que penalizam sobremaneira os Odontopediatras, são ocasionados, na maioria das vezes, por ignorância dos progenitores destes infelizes, sobre os mais rudimentares preceitos de assepsia bucal, deixando que permaneçam em suas boquinhãs destroços de raízes.

abandonadas porque, na opinião destes pais sabidos ou das comadres que se dizem experientes, "o dente de leite cai sozinho e, se cáí, ipso facto não deverá ser tratado, nem extraído". Seguindo esses preceitos errôneos, além dos graves transtornos que causam, ainda correm o risco muito comum da confusão do molar dos seis anos, que o julgarão quasi sempre como sendo tambem um dente da primeira dentição.

A perda do primeiro molar permanente trará consecutivamente uma transformação de posição nos demais da arcada, modificando a sua conjugação, prejudicando, assim, a criança, tanto do lado fisiológico da mastigação, como do estético da face. Nós, Odontopediatras, que sempre mantemos contacto com essas crianças, não cansamos de ouvir e combater em nossas clínicas, essas máximas chãs e ignorantes, porém, infelizmente frequentísimas, em observações por nós feitas na Inspeção Geral do Serviço Dentário Escolar e na Fundação Paulista de Assistência à infância, senão esta última uma Crèche, tendo anexo um Jardim da Infância para crianças pobres, filhos de operários ou domesticas. São estas infelizes as mais desasseiadas em seus lares, onde seus progenitores, ao chegarem estafados dos afazeres diários, retomam os seus filhos que haviam deixado pela manhã, retonando-os a seus lares, que não são senão cubiculos, porões ou cortiços, onde, em certos casos, vemos em um só quarto, pernoitarem toda a família que vai dos netos aos avós; não pensam eles senão no descanso do trabalho diário, para retomá-lo no dia seguinte. Essa rotina é seguida dia por dia, semana por semana e meses por meses, não sobrando uma parcela de tempo ou de boa vontade para o asseio ou assepsia bucal, onde as bactérias e germens estão proliferando. Esses pais ignorantes só se lembram que os seus filhos têm dentes quando eles não os deixar dormir, vítimas de odontalgias.

Temos notado inúmeros casos de gengivites e mesmo diversas estomatites úlcero-membranosa de Vincent. Como sabemos, esta estomatite tambem chamada simplesmente fuso-espirilar ou boca das tricheiras, nada mais é do que uma afecção infecciosa da mucosa bucal, que se manifesta não só na boca, como tambem nas estruturas adjacentes, em várias formas, tipos e aspectos clínicos. Nas amídalas e no paladar posterior se nos apresenta em forma de uma ulceração profunda, no ramo ascendente do maxilar inferior, distalmente com respeito ao último molar, em forma de território ulcerativo localizado, em forma de infecção geral, interessando a miudo toda a mucosa bucal e, às vezes, a lingua, podendo limitar-se sómente à superfície das gengivas. Para o seu desenvolvimento é sempre necessário uma solução de continuidade do epitélio da cavidade bucal, a qual poderá ser tão pequena que subtraia por completo a inspeção diréta. E' conhecida pelo rápido desenvolvimento do bacilo fusiforme e do espirilo descoberto por Vincent. O que a caracteriza é a formação de úlceras recobertas por uma falsa membrana esbranquiçada, formada pela necrose da camada superficial da mucosa. Essa membrana destac-se, deixando uma ulceração que, de fundo cinzento e bordos irregulares, sangra com muita facilidade. Nem sempre existe este aspecto típico, devido às localizações diferentes em que ela se manifesta na bôca. Desde o princípio ulceroso desta flegmasia, tornam-se intensos os fenômenos locais: dôres vivívisimas, mastigação impossível, hálito horrivelmente fétido, salivação abundante e quasi sempre tinta de sangue. Essas ulcerações são quasi sempre encontradas abrangendo somente um lado da boca e, de preferência, o lado de que o enfermo costuma dormir. Adquire proporções alarmantes em crianças ou adultos mal nutridos ou debilitados. E' influenciada principalmente pelas más condições hígiénicas da bôca.

Os agentes terapêuticos empregados para o tratamento da estomatite úlcero-membranosa são, nestes últimos anos, muitos e variados. O seu prognóstico às vezes é lento e desalentador, porque pode ela com suas ulcerações necrosar parte da mandíbula, com a expulsão dos respectivos dentes. Um dos casos de estomatite fuso-espirilar em que intervimos na clínica da Fundação Paulista de Assistência à Infância, foi de uma criança de 4 anos de idade, do sexo feminino, que se apresentou com a mucosa labial engorgitada e ulcerada. As ulcerações abrangiam também a superfície gengival e metade da língua, do lado esquerdo. O nosso primeiro cuidado foi fazer o espurgo da boca, no que empregamos líquido Dakin. Providenciamos a separação de todas as suas peças de uso, porque, como é do conhecimento de todos, esta afecção é muito contagiosa. Administramos-lhe o chlorato de potássio interna e externamente, empregando as pastilhas que, de uma só vez, atendem a duas indicações. Em aplicações tópicas usamos a prata coloidal e o arcenobensol que, numa feliz mistura, além de ser muito eficaz, tem a cor do café, cheiro de rosa e gosto de açúcar. Assim me refiro porque, em se tratando de crianças de 1 a 6 anos, essa mistura agradando ao paladar das mesmas, muito nos facilitará os curativos. Seguindo este tratamento obtivemos, depois de dois dias, nítida epiteliação das úlceras e, seis dias após, toda a mucosa da boca epiteliada. A clientezinha estava completamente curada.

Como este, temos tido muitos outros casos, porem, de menor gravidade por serem as crianças da Crèche examinadas periodicamente e os cuidados administrados desde o início da moléstia. Assim como essas crianças, gozam dessa assistência dentária todas as demais das Crèches, Orfanatos e Asilos.

Muito bem andou a Inspetoria do Serviço Dentário Escolar, oficializando a clínica odontológica da Crèche (Fundação Paulista de Assistência à Infância), a do Asilo Imaculada Conceição, Instituto Padre Chico e Ninho Condessa Créspi. Embora fugindo das restritas finalidades da Inspetoria, que é Escolar, ela, tendo visão mais ampla, reconheceu que é nos meios pré-escolares que encontramos os sub-alimentados e, por isso mesmo, descalcificados. E' entre eles que aplicando a odontologia profilática, mais se tornam necessários os cuidados dos odontopediatras.

Terminando esta nossa modesta contribuição ao I Congresso Nacional de Saude Escolar, concluímos que: **OS SERVIÇOS DENTÁRIOS ESCOLARES DEVERÃO EXTENDER SUA ASSISTÊNCIA AOS ASILOS, CRÉCHES E ORFANATOS, OFICIAIS OU PARTICULARES, ONDE ESSA ASSISTÊNCIA E' MAIS NECESSÁRIA.**

PSICOLOGIA. ODONTO-ESCOLAR

A moderna técnica dentária escolar — Como deve ser o gabinete dentário-escolar.

DR. ANTONIO ZENDRON

Cirurgião-Dentista e Professor Normalista. Inspetor-Auxiliar do Serviço Dentário Escolar

Embora não possamos admitir velhas teorias e princípios arcaicos nos processos odonteopediátricos, não pretendemos apresentar trabalho inédito, mesmo porque “nada há de novo sobre a Terra”, enquanto tivermos como certa a afirmação de que “nada se perde e nada se cria, porém tudo se transforma”... até mesmo a Ciência. Idéias supostamente novas vão ser encontradas muitas vezes com aplicação diversa nos arquivos faraônicos, com grave dano dos seus “novos” descobridores. O fruto das observações e leituras é que se procura, por forma nova ou pretensamente nova, adaptar às novas exigências da Odontopediatria.

E' tábula rasa que o dentista para crianças precisa e deve ser um especialista, um verdadeiro ODONTOPEDIATRA, capaz de compreender a criança, lêr a sua alma, assenhorear-se de sua confiança, ser o seu amigo e até mesmo o seu confidente. E vai mais longe o seu campo de ação: a vida da criança no lar precisa ser estudada pelo odontopediatra, para que ele possa dar solução aos problemas vários de sua especialidade, visto não ser ele um mero tapador de buracos, mas um EDUCADOR antes de tudo, dentro da sua especialidade. Plagiando educador emérito, diremos que o dentista “é como o oleiro: sua argila, porém, é menos plástica, menos dócil... é às vezes rebelde; mas, seus modelos muito mais nobres e mais belos e, por isso mesmo, muito mais difíceis”.

Quando o odontopediatra recebe o seu novo cliente, precisa lembrar-se de que ele um novo caso a estudar, em muitos pontos semelhante a outros, mas nunca inteiramente igual. Daí a necessidade de observá-lo, conhecer o seu estado físico e jamais esquecer o seu natural receio, medo ou verdadeiro pavor ante as possíveis “torturas” da cadeira dentária.

Fatores múltiplos contribuem para fazerem de cada criança uma promessa nova. No lar, geralmente ela é mal informada do que é na realidade o tratamento dentário, pois é sabido que muita gente se faz de herói, fazendo-se vítima de supostos suplicios, descritos com cores carregadas, para realçar-lhe o próprio valor. E' comum o cliente descrever em casa, perto dos filhos ou irmãozinhos, as diversas fases do tratamento dos seus dentes, deixando impressão má de supostas torturas, criadas por espírito fraco, mentalidade doentia. São os mártires

de fancaria que infelizmente conseguem deixar gravada indelevelmente no espírito infantil a cena que descrevem. Além disso, a maioria dos pais ainda acredita que os dentes das crianças não precisam e nem devem ser cuidados, porque vão ser substituídos pelos permanentes. E acreditam que desse modo dão uma grande prova de amor paterno, pois livram os seus queridos filhos dos "horrores" da cadeira dentária. E' necessário que o profissional, considerando o meio em que se formou a mentalidade do clientezinho, procure contornar as dificuldades, pacientemente, visto que na Natureza nada se faz por saltos. O dentista precisa "apoderar-se dessa massa de noções, CORRIGÍ-LAS, melhorá-las, lentamente e com paciência: Há que considerar também o instinto de conservação, que faz a criança criar, muitas vezes, sensações de dor, traduzidas pela simples timidez, pelo medo ou pelo pavor. E não queria o profissional exigir da criança atitude mais consentânea com os seus desejos: antes de tudo, "não lhe dê conclusões, é indispensável que ela mesma conclua".

De grande utilidade seria poder o dentista começar o seu trabalho educacional junto dos pais, para combater neles a indiferença e a ignorância, quanto ao que se refere ao tratamento dos dentes das crianças. Ignorância, quando declaram não saber que os dentes temporários podem e devem ser tratados, que as cáries penetrantes podem transformar-se em focos de infecção, transformando-se em porta de entrada para infecções generalizadas. Indiferença, quando afirmam que a perda prematura dos dentes temporários não tem influência alguma sobre o desenvolvimento físico e intelectual da criança. Na impossibilidade, porem, do dentista escolar comunicar-se com os pais do cliente, compete-lhe fazer a criança compreender que é necessário o tratamento de seus dentes: 1.º) para prevenir o sofrimento; 2.º) para assegurar uma boa mastigação; 3.º) para evitar doenças; 4.º) para evitar a maloclusão que sobrevem em consequência do desaparecimento precoce de certos dentes temporários; 5.º) para salvar o dente dos 6 anos; 6.º) para habituar as crianças a visitar frequentemente o consultório dentário.

No seu árduo mistér, o odontopediatra precisa lembrar-se de que a sua paciência deve ser inexgotável, por ser a criança, por sua própria natureza, indocil, indisciplinada mesmo. Mas, paciência só não é bastante: é preciso jamais esquecer que o dentista de crianças deve dizer ao cliente a verdade, sempre a verdade: mentir, enganá-lo, é perder para sempre a sua confiança. E' de bom aviso explicar-lhe o que se vai fazer, pois assim prevenir-se-ão gestos e movimentos imprudentes em consequência de sensibilidades desagradáveis e não previstas. Desta forma far-se-á dele um paciente cada vez mais docil.

"O fim do educador deve ser o de preparar homens capazes de aceitar a vida com alegria, ou pelo menos com serenidade". Lembrando esta verdade, ficará patente que o dentista escolar deve fazer todo o possível para que o clientezinho encare e recba o tratamnto dentario como um bem e não como um castigo. Para conseguir isso estão ao dispôr do profissional, para uma exploração consciente, sensações e tendências naturais da criança. Todas elas gostam naturalmente de si mesmas e sentem prazer imenso em vêr a sua personalidade engrandecida; contrariamente, diminuí-la ou rebaixá-la causa-lhe pesar imenso. A criança que vê companheiros seus submeterem-se ao tratamento dentário sem demonstrações de medo ou de dor, quer ser forte como eles, dsde que o profissional saiba despertar-lhe o amor próprio, sem jamais ferí-lo. Deixemos a criança acreditar que ela é melhor do que o é na

realidade. Fé e confiança em si mesma torna-la-ão capaz de suportar o tratamento até mesmo com um sorriso. Na criança o poder de reflexão é fraco, mas a sugestão inteligente muito pôde sobre ela, principalmente quando o profissional sabe captar-lhe a simpatia, que "aumenta as alegrias e diminue as penas e é um sentimento que convem ser despertado na criança".

"O prazer e a dôr constituem uma espécie de trama contínua da vida; a emoção, entretanto, é uma crise muitas vezes violenta mas que dura pouco". Das emoções, interessa-nos sobretudo a que caracteriza o instinto de conservação sob sua forma defensiva — O MEDO. O medo, que é o produto da inteligência e da imaginação, vai desde a timidez até o terror, chegando a apresentar caracteres mórbidos que demandam cuidados de médicos especialistas.

A primeira razão do medo experimentado pela criança ao entrar no gabinete dentário, é vêr-se diante de coisas novas, não familiares e que a fazem tremer. Daí a vantagem dela assistir, antes de submeter-se ao tratamento dentário, aos cuidados profissionais administrados a um clientezinho de coragem já posta à prova. Do cuidado do profissional depende encontrar-se a origem do pavor para desviá-lo e transformar essa emoção que suprime a vontade e anula a energia. A culpa disso cabe muitas vezes aos pais e aos demais responsáveis pela educação da criança, que muitas vezes recorrem ao medo como método educacional. Se à criança forem administrados bons exemplos, ela aprenderá a ser corajosa e calma e até mesmo estoica: é preciso que ela aprenda a conservar a disciplina de suas emoções e a dominar os seus pavores. De uma educação má é que resulta a vontade estavel ser dominada pelos impulsos. A educação da vontade, portanto, é de suma importância, por ser uma força capaz de produzir efeitos consideráveis: dela resulta a energia, a coragem, a paciência e a perseverança. A criança que sabe manter-se senhora de si mesma e conservar seu sangue frio, saberá manter-se convenientemente na cadeira e suportar todo o tratamnto dentário, pois de acordo com a moderna técnica odontopediátrica, as dôres são eliminadas ou reduzidas a um mínimo perfeitamente toleravel.

A necessidade de diferentes métodos educacionais impõe-se ante a variedade enorme verificada nas manifestações emotivas de cada cliente. Surge, por isso, a necessidade, muitas vezes, de separar determinados clientes para um tratamento todo especial: os anormais, as vítimas de psicoses, demandam uma análise mental, paciente e apurada, para que se possam conseguir os meios de fazê-los doces e capazes. Para estes casos é natural que a paciência, o carinho e os artifícios vários tudo façam para penetrar à alma da criança e façam dela uma amiga incondicional, convencida de que todos os cuidados do odontopediatra têm por fim fazer dela uma criança forte, sadia, viva, capaz de acompanhar as outras nos seus folguedos e nas suas obrigações.

"E' pelos sentimentos e não pela inteligência que se produz em nós toda mudança duravel, boa ou má, normal ou mórbida", diz Ribot. E' mistér lembrar sempre que os mens suasórios são os mais educativos por não originarem recalcamientos. A criança que é levada a proceder de um certo modo, supondo estar agindo somente debaixo da ação da sua própria vontade, é sementeira que está fazendo sentir a germinação dos primeiros frutos da educação bem intencionada, racional, eficiente.

Toda criança quer ser admirada e aplaudida. Se o profissional souber desenvolver nela o ideal estético, terá encontrado outro ótimo

meio para fazê-la docil. E é um dever iniludível do odontopediatra desenvolver nas crianças os ideais que amparam a vida civilizada, ideais particulares ou sociais, mas todos colaboradores da grandeza da patria. Mostremos às crianças pusilânimes as vantagens de uma arcada dentária bem tratada. Façamo-la compreender que os máus dentes fazem indivíduos debeis, físico e moralmente; exibamos, mesmo, a elas, coleuinhas que tenham a arcada em boas condições; façamos que estas mesmas digam na sua linguagem de criança o quanto se sentem bem com os dentes tratados e isto contribuirá para modificar-lhe o ânimo. elevando-o. A emulação, que é uma forma de amor próprio, é o sentimento que nos leva a desejar um lugar entre os nossos semelhantes, igualando-os ou sobrepujando-os. O instinto de imitação, inato que é, opera milagres. E gosto estético, emulação, imitação, exemplos, são meios postos à disposição do profissional competente, para fazerem da criança um cliente dócil, inteligente e propagandista mesmo das vantagens do tratamento odontológico na infância.

INSTALAÇÃO DO GABINETE DENTÁRIO ESCOLAR

Na instalação do gabinete dentário escolar deve prevalecer a simplicidade e o bom gosto. Moveis pintados em cores agradaveis devem estar dispostos de maneira a dar a melhor impressão possível, alegre mesmo, para que a criança não se sinta afrontada pela simples presença deles. O instrumental não deve estar à vista das crianças e somente ser posto ao alcance dos seus olhos à medida que for solicitado pelas necessidades de uso, não esquecendo jamais o odontopediatra de que a criança deve sempre estar prevenida e capacitada da necessidade da intervenção que desejamos e precisamos operar. Que reine no gabinete dentário escolar um ambiente de perfeita e alegre camaradagem. A sala de espera deve apresentar tambm um aspecto alegre, com moveis simples e adequados; gravuras alegres nas paredes, de preferência as que exibam sorrisos de bons dentes; cartazes com dizeres que lhes incutam hábitos de higiene, coragem e gosto estético; flores sempre que possível. Em estantes ou mesas, livros de histórias infantis, contos e, se possível, outros passatempos. Imperando sobre todas as coisas, conforto e higiene, muita higiene.

CONCLUSÕES

- a) Promover campanha sistemática junto ao povo, por intermédio do Departamento de Imprensa e Propaganda, pela imprensa e Estações de Radio do País, em favor do cuidado devido aos dentes das crianças, para formação e nova mentalidade nesse ramo da cultura humana e como meio de preservação do futuro da raça.
- b) Difundir, por meio de cartazes com dizeres e gravuras, conselhos capazes de incutir nos escolares de todos os cursos, preceitos de higiene buco-dentária e outros cuidados para conservação dos dentes.
- c) Promover a inclusão nos programas de ensino de todo o País, principalmente junto dos cursos pre-escolares e primários, de preceitos de higiene buco-dentária e de profilaxia.
- d) Promover junto dos poderes competentes a separação da cadeira de ODONTOLOGIA da de ORTODONTIA, pois não é admis-

sível exigir-se que um professor, que tem sobre seus ombros a árdua e pesada tarefa de especializar dentistas para o tratamento difícilíssimo dos dentes das crianças, tenha grande parte do seu precioso tempo desviada para outra parte das suas atuais atribuições. E' exigir um especialista de duas especialidades. Há nessa dualidade de atribuições, ou lamentável confusão, ou não menos lamentável descaso pela saúde da criança, visada nobremente pela ODONTOPEDIATRIA.

e) Promover maior amplitude na parte do ensino de Psicologia e de princípios de Pedagogia, com conhecimentos mais eficientes das emoções e instintos da criança e dos meios educacionais, pois esta parte aparece quasi como enxerto nos atuais programas de Odontopediatria.



OS DENTES E A SAUDE

DR. LUIZ STAMATIS

CONCLUSÕES

- 1 — O indivíduo mais facilmente alcança uma vida feliz quando produto de pais eugênicos e sadios.
- 2 — A vida intra uterina deve ser provida com o necessário ao indivíduo para seu desenvolvimento normal.
- 3 — Na vida extra-uterina desde os primeiros vagidos, deve o indivíduo ser alimentado propícia e adequadamente segundo os ditames da puericultura.
- 4 — O ser humano é provido de um conjunto de órgãos que, salvo raras exceções, devem ser conservados íntegros e exercerem as suas funções até a morte.
- 5 — Todos os órgãos constituem um todo harmônico, dependendo um do outro para poder apresentar eficiência produtiva.
- 6 — A idade escolar é a mais propícia para que as Instituições Governamentais possam corroborar na eugenia da raça.
- 7 — Os dentes são elementos indispensáveis na mastigação, auxiliares da fonação, além de representarem um papel de relevância no desenvolvimento maxilo-facial e na estética.
- 8 — A cárie dentária constitui um dos maiores flagelos na idade infantil, um impecílio ao aproveitamento mental, associando-se ao decaimento físico da criança.
- 9 — Em sua evolução, a cárie dentária passa por diversos estágios, constituindo os dentes atacados um monturo de putrefação e proliferação de bactérias patogênicas capazes de perturbar a integridade física do indivíduo.
- 10 — A cárie dentária representa pois um dos maiores flagelos da idade infantil.
- 11 — Um órgão substituído não corrobora com a mesma eficácia de um natural.
- 12 — Numa assistência eficaz e produtiva, encontrarão os escolares os benefícios de que carecem para um embasamento salutar, de onde lhes derivará uma vida amena e feliz.

INCIDÊNCIA DA TUBERCULOSE NO MEIO ESCOLAR

DR. CLEMENTE FERREIRA

S. Paulo

A frequência da tuberculose-infecção nos escolares é um fato posto em evidência pelas pesquisas e estudos levados a efeito na maioria dos países cultos. A tuberculose-moléstia, a tuberculose clinicamente significativa é mais rara, porém deparam-se muitos casos de tuberculose ativa, assintomática, inapercépta, que importa ser revelada, pois pôde tornar-se o ponto de partida insidioso de uma contaminação no corpo escolar.

À inspeção médica dos escolares, bem organizada como se acha hoje nas nações de alta civilização, e entre nós tem-se aperfeiçoado progressivamente desde a criação deste importante serviço, cabe um papel de monta na descoberta das moléstias infecto-contagiosas entre os escolares, e principalmente a infecção tuberculosa.

E' à vigilância higiênica exercida por suficiente número de assistentes escolares na busca de fontes de contágio nos domicílios, onde residem tantos escolares, ao tuberculino-diagnóstico sistemático pelas provas de Pirquet e Mantoux e às investigações radiológicas, que recorre a inspeção médica escolar para despistar a tuberculose no meio escolar, e o índice da tuberculisação apoia-se no tuberculino-diagnóstico e no recenseamento torácico generalizado pela roentgen-fotografia de Manoel de Abreu.

Como medida primordial, pois, impõe-se a prática sistemática na coletividade escolar das provas de Pirquet e Mantoux com as técnicas modernas e a leitura uniformizada e o cadastro radiofotográfico, e estes exames e provas, a que devem ser submetidos os escolares da capital e do interior do Estado, deverão ser repetidos periodicamente para surpreender a tempo as *viragens* nos tuberculino-negativos, — prenunciadoras das primo-infecções.

No 5.º Congresso Pan-Americano de Tuberculose, que se realizou em Buenos Aires e Córdoba, em Outubro do ano passado, constituiu um dos temas oficiais o estabelecimento do índice de tuberculisação nos diversos grupos etários nos países da América do Sul, e houve assim oportunidade da verificação do coeficiente de infecção tuberculosa nas diversas idades, inclusive na idade escolar.

Trasladando para aqui os algarismos simbolizadores destes índices ver-se-á que, através das sensíveis variações dos algarismos, um fato fica transparente: a *notável frequência da tuberculose-infecção no meio escolar*.

Na Argentina, na capital, o índice de tuberculisação nos escolares traduziu-se pelos números seguintes: 53% e 75% na zona central da metrópole portenha e 32% na zona suburbana (Raimondi).

Em Córdoba foi registrado o coeficiente de 57,1%.

No Uruguai — em Montevidéu, 56,1% e nos escolares, que frequentam os refeitórios escolares, segundo Fernando Gomez, 46,7%.

Na capital do Departamento da Colônia foi o índice de 25,25% e na cidade de Rosário de 31 a 33% nos escolares de 5 a 15 anos.

Na Bolívia, em La Paz, nos escolares de 5-10 anos foi o índice de tuberculização de 36,60% e de 11 a 15 anos de 50%.

Na cidade de Sucre dos 6 aos 10 anos foi de 31,10%, e de 41% de 1 a 13.

No Paraguai, nos escolares são foi de 26% (Mantoux), e nos alunos examinados nos dispensários antituberculosos de 47%.

No Perú — capital — os escolares de 6 a 16 anos exibiram o índice de tuberculização de 60% (Mantoux).

Na Venezuela os escolares de 5 a 14 anos estavam infetados na proporção de 51 a 55%.

No Chile o índice de tuberculização dos escolares pelo despistamento tuberculínico e radiológico é de 49,8% pela prova de Mantoux.

Em Cuba os escolares de 6 a 14 anos apresentam o índice de tuberculização de 62,85% a 75,02%, percentagem bastante elevada.

No Brasil, na Capital Federal, Alvimar de Carvalho, observando e perquirindo em uma vultosa proporção de escolares, encontrou 66,74%.

Mac-Dowell nos escolares das Escolas superiores achou 71%.

No Estado de S. Paulo — na capital, Rafael de Paula Souza, Décio de Queiroz Telles e Vicente Lara encontraram respetivamente 49,25, 34,8 e 20,45% como índices de tuberculização nos escolares. Fleury de Oliveira registrou 30%. Em Santos o dr. Dirceu dos Santos registrou 55,6% nos escolares da cidade.

Nos escolares assistidos no dispensário infantil da Liga Paulista Contra a Tuberculose, e pois provenientes de ambientes suspeitos, onde não raream fontes de contaminação intra-domiciliares, o índice de tuberculização variou de 60 a 77%.

No Estado do Espírito Santo, na capital — Vitória — o dr. Santos Neves, que tem realizado uma investigação metódica e em vasta escala, registrou 26,11% como índice médio de tuberculização.

* * *

Assim, assinalando os altos coeficientes, principalmente nos grandes Centros urbanos, nos diversos países, os tisiólogos e sanitaristas confessam que oscilam dentro de largos limites os índices de tuberculização nos escolares, os coeficientes mais baixos registrando-se nas escolas dos pequenos centros e das zonas rurais onde são menos numerosos os focos de irradiação do germe.

Os mais altos índices registram-se no Brasil e na Argentina — 71 e 75%.

Cousa singular, em países em que a luta antituberculosa e armamento profilático estão pouco desenvolvidos, e são mesmo falhos, encontram-se índices de tuberculização relativamente pouco elevados.

Em París o dr. Etienne Bernard acha que 40% dos escolares fazem sua primo-infecção nas escolas.

Que medidas opôr a essa incidência elevada de tuberculose-infecção nos escolares?

Acreditamos que a maior parte dos escolares, principalmente das classes pobres e mal domiciliados, muitos residindo em porões e cortiços, ingressam na escola já infetados, pois são inúmeros os focos de contágio despercebidos e não reconhecidos nos domicílios do proletariado.

Já de longa data os professores Mery e Grancher, este por igual tisiólogo e pediatra, dirigiram sua atenção para o interessante assunto médico-social de tuberculose escolar, ocupando-se minuciosamente da preservação escolar contra a tuberculose. Desde essa época remota reconheceu-se que lesões latentes, fechadas, silenciosas, eram, na idade escolar, mais numerosas que as lesões abertas, e Grancher considerava que as lesões pulmonares abertas — de tipo de adulto — eram excepcionais nos escolares — 1 para 500.

Foi também esse eminente especialista francês o primeiro a procurar resolver o problema da saúde escolar comprometida pela infecção tuberculosa, organizando, em 1903, a benemérita e bem concebida "Obra de Grancher", que ainda hoje, com suas múltiplas filiais disseminadas em quasi todos os Departamentos da França, representa uma eficiente instituição de salvaguarda da infância escolar, subtraindo as primeiras idades às fontes de contaminação domiciliar.

As lesões fechadas, latentes, proclamou o sábio parisiense, são de extrema frequência na idade escolar; elas não nasceram na escola, procedem dos domicílios contaminados e reclamam medidas de profilaxia coletiva precoce. Assentam sobre um diagnóstico precoce, claro, preciso, o que só se poderá obter pelo exame completo dos professores e dos alunos.

Grancher e Méry só dispunham dos meios de exploração clínica-escuta e percussão, e mesmo assim, procedendo a uma exploração sistemática dos escolares parisienses, concluíram que a proporção dos escolares afetados de tuberculose gânglio-pulmonar fechada, era de 17 a 20%.

Atualmente, com o aperfeiçoamento dos processos de diagnose, que pela roentgenfotografia de Manoel de Abreu revela as mais finas lesões, as mais leves alterações anatômicas em um período *preclínico*, torna-se fácil, e mais eficaz, utilizar esse moderno método de despistamento coletivo e fazer passar por um recenseamento radiofotográfico e tuberculínico o corpo docente e discente das escolas. Assim reduzir-se-ão ao mínimo os riscos de contágio, além da vantagem de revelar o mal ao despontar, cuidando desde logo da saúde do escolar.

A evicção da escola dos alunos afetados de tuberculose pulmonar aberta e com manifestações externas contaminantes, torna-se indispensável como medida de profilaxia direta.

Os alunos afetados de tuberculose aberta, que são em pequeno número, devem ir para as *escolas-hospitais, clínicas-escolares*, proconizadas com entusiasmo pelo dr. Oscar Clark, que também desenvolveu cerrada campanha *pró escolas-hospitais*, instalando uma m Araruama.

A par da profilaxia específica de exposição, que representa conspícuo papel, pois não são raras as possibilidades de contágio que ameaçam o escolar nos domicílios, no meio intra-familiar, e às vezes indiscutivelmente na aula, onde pode professar um mestre pneumobacilar, não reconhecido, uma professora com tuberculose *inapercepta*, cumpre entender a obra de mais alto porte, que é a *profilaxia de disposição*, amplo campo em que muito se pôde obter, pois as várias condições dependentes dos escolares é às vezes das rodas em que vivem, constituem fatores que

criam susceptibilidades orgânicas, vulnerabilidades físicas, e proporcionam a *oportunidade mórbida*.

Não há duvida que modernamente as condições do meio em que recebem os escolares o ensino, tem-se higienizado bastante; os locais das aulas, com raras exceções, são amplos, bem ventilados e iluminados.

O espaço cúbico é, via de regra, suficiente, e cuida-se satisfatoriamente da higiene das salas de aula e do pessoal escolar.

O horário, que deverá ser adequado às exigências de uma alimentação oportuna e proporcionar as devidas alternativas para não fatigar em excesso os organismos infantis, merece toda a atenção e será rigorosamente observado.

A alimentação — fator primordial do equilíbrio orgânico, é ainda um ponto fraco para os escolares pobres, para os alunos de casais proletários.

E não basta, para preencher as lacunas que se deparam neste particular, a sopa escolar ou o copo de leite. Torna-se indispensável a instalação dos refeitórios ou *restaurantes escolares*, principalmente nas escolas dos bairros proletários, nos quarteirões de população mais necessitada.

Os regimes alimentares desequilibrados, a subalimentação qualitativa e quantitativa dos escolares, são mais nocivas ainda que a subalimentação dos adultos, que já terminaram o seu desenvolvimento.

A *alimentação antifisiológica* e a *habitação antihigiênica*, concorrem poderosamente, predominantemente, para que se tuberculizem os escolares, tão expostos já em seu meio familiar, em seus domicílios, a exuberantes fontes de contágio.

Montevideu já desde alguns anos, goza, para melhor, notável da saúde e vigor dos escolares de vários *comedores escolares*, que tem prestado os mais notórios serviços.

Impõe-se a necessidade de, entre nós, se aparelharem restaurantes escolares. Desde 1905, que me foi dada a oportunidade de vêr em pleno funcionamento em vários países da Europa as cantinas escolares visando este valioso objetivo.

Ainda no terreno precioso da profilaxia de *disposição*, que levanta as defesas e a resistência biológica e esteriliza o terreno, cumpre-nos atender aos numerosos escolares debeis, de baixo coeficiente biológico, que abundam, por causas múltiplas, nos grandes centros urbanos, nas cidades tentaculares.

Sem a indispensável assistência dos pais, desprovidos de recursos, vivendo negligentemente em peças malsãs, sem o mínimo conforto para dormir e repousar suficientemente, a tais escolares faltam de todo os predicados de boa saúde e robustez.

São organismos deficitários, preparados para todos os males, e atrasados e retardados no seu desenvolvimento físico e mental fazem apenas número nas aulas, e deles pouco ou nada poderá o ensino auferir.

Para redenção desses frágeis e predispostos organismos, para erguer suas forças e incrementar sua resistência biológica abre-se o vasto campo das indicações das *colônias de férias*, de que já possuímos algumas, localizadas no litoral — Colônia marítima infantil "Alvaro Guião" — e a que funciona no Estabelecimento "Instituto D. Escolastica Rosa" — na Ponta da Praia e que realizam indicações excelentes para os escolares, que precisam do clima marinho, porém em geral funcionam durante o verão, que é feroz em Santos, e pois é preciso aparelhar colônias escola-

res em climas mais amenos — montanha ou campo, onde se restaurem e se endureçam os escolares que vivem na zona marítima, uma vez que, infelizmente, em todo o Brasil o litoral se caracteriza por altas temperaturas durante o verão, e só é aproveitável nos meses de inverno.

As *escolas ao ar livre* representam também neste particular notório papel, pois poderão os escolares, que precisam por mais longo prazo da influência favorável de repouso e de melhor passadio, de regime vigorador, instalar-se nas *escolas ao ar livre*, tão recomendadas na Inglaterra, Itália, Alemanha e Estados Unidos.

Dessa poderosa linha de defesa e de preservação antituberculosas dos escolares fazem parte apreciável os parques escolares e os "Play-Grounds", de que S. Paulo já se orgulha, e cujas vantagens e benefícios teem sido evidenciados pelo dr. Nicanor Miranda — digno Chefe de Divisão da Educação e Recreio do Departamento da Cultura da Prefeitura. Suas várias publicações sobre este importante assunto, que se relaciona tão estreitamente com a saúde escolar, demonstram com que carinho, critério, inteligência e dedicação o insigne superintendente dos Parques Infantis defende, restaura e preserva a infância das escolas, aguerrindo-a pelos jogos, exercícios e aplicações de educação física nos Parques infantis, onde os organismos, combatidos pelo ambiente ruminado das habitações coletivas e cortiços, pela atmosfera urbana impura e viciada, se revigoram e ganham forças e cores, como expressão significativa de seu viço e robustecimento.

Já vários bairros gozam desse precioso benefício, e oxalá se generalizem por todos os quarteiros congestionados e se disseminem pelos Centros urbanos do interior, onde também muito sofre o escolar pobre.

* * *

Em resumo — como principa linha de defesa, como fatores de endurecimento, do estímulo vital e das defesas e poder de resistência biológica, figuram as Colônias de férias, as Escolas ao ar livre, as Cantinas escolares e os Preventórios, onde os escolares filhos de tuberculosos — principalmente os tuberculino-negativos e pois mais ameaçados, se internam e, sob regimes adequados, se revigorem, longe dos focos de contágio maciço, nos domicílios dos pais.

Como está provado pelos fatos que a *alergia é proteção*, será de grande proveito e indiscutível alcance prático defender ainda os escolares analérgicos pela vacina BCG, hoje utilizada com confiança em Buenos Aires, Córdoba, Montevidéu e nos países escandinavos, em que é prática frequente de Heimbeck e Scheel vacinarem com a vacina Calmette-Guérin as alunas de enfermagem *tuberculino-negativas*, que são as mais suscetíveis à infecção tuberculosa, pois não dispõem da defesa que confere a reação resultante do contato mínimo, inconciente, do germe patogênico.

Será o primeiro ato do complexo de providências e medidas acuateladoras e de ação profilática o recenseamento torácico total roentgenofotográfico e pelo tuberculino-diagnóstico de toda a população escolar, e nos casos de anomalias reveladas pelo método de Manoel de Abreu serão os escolares sujeitos a exames ulteriores-clínico e radiológico comum, ficando sob constante e duravel contróle higiênico e médico.

Os preventórios, ou preservatórios de repouso profilático, recomendados pelo prof. Etienne Bernard, para os que fora de toda a signi-
cação clínica, apresentarem ligeiras anormalidades à radiofotografia, re-
presentam Institutos proveitosos.

E aos alunos tuberculino-negativos será providência de nítida fei-
ção protetora conferir-lhes alergia que o BCG proporciona, uma vez
que a alergia defende.

* * *

Finalizaremos propondo que *entre os documentos exigíveis para o ingresso escolar se inclua a apresentação da carteira clínica-roentgenfotográfica, que constituirá, no dizer Cignolenid, na Itália, a carta de segurança pulmonar.*



INCIDÊNCIA DA TUBERCULOSE NO MEIO ESCOLAR

CONCLUSÕES

1.^o — *Os dados numéricos, o documentário estatístico e a observação e experiência, conduzida em múltiplos países, põem em destaque os altos índices de tuberculização na idade escolar.*

2.^o — *A frequência da tuberculose-infecção é o fato relevante assinalado nos escolares ao passo que a tuberculose-moléstia é relativamente rara.*

3.^o — *O recenseamento tuberculínico e o cadastro torácico pela roentgenfotografia de Manoel de Abreu devem ser os métodos sistematicamente utilizados para o despistamento coletivo, que deve abranger a totalidade do corpo escolar.*

4.^o — *A tuberculose pulmonar aberta, manifestamente clínica, é de observação pouco frequente na idade escolar, e a observação levada a efeito, há vários anos, no dispensário infantil da Liga Paulista Contra a Tuberculose é confirmativa do fato, aliás já posto em evidência desde remota data por Grancher, Mery e outros pediatras.*

5.^o — *No caso de surgirem casos de tuberculose pulmonar aberta ou manifestações extra-pulmonares contaminantes em escolares, ou a descoberta de um caso de manifestação contagiosa bacilar em algum membro do corpo docente, impõe-se a evicção, de modo a evitar precocemente a contaminação do meio escolar.*

6.^o — *Os aspirantes ao professorado, bem como os meninos que se apresentam ao ingresso no curso escolar, devem ser previamente submetidos às provas tuberculínicas com todo o rigor da técnica e à exploração roentgenfotográfica e também ao exame clínico, de modo a ficar fora de questão a perfeita sanidade de seus órgãos respiratórios.*

7.^o — Os indivíduos tuberculino-negativos como mais suscetíveis à invasão do morbo, que nestas condições, os encontra sem defesa, devem ser objeto da mais assídua vigilância no meio escolar, repetindo-se periodicamente as provas tuberculínicas com o fim de descobrir as viragens, que assinalam o aparecimento da primo-infecção com suas várias modalidades

8.^o — Nos escolares tuberculino-negativos e nos quais a roentgenfotografia nada revelar de positivo consideramos indicado recorrer à proteção conferida pela vacina com o BCG, que com a alergia post-vacinal lhes proporcionará uma certa imunidade.

9.^o — Para preservar contra a tuberculose os escolares, ameaçados em grande escala pelas fontes de contágio frequentes nos domicílios proletários, importa uma vigilância constante e prolongada pelas assistentes escolares, que procurarão pôr em prática as medidas preventivas e por inquéritos higieno-sociais rigorosos evitar que fatores conjugados se associem para diminuir ou destruir a resistência biológica do organismo, tornando-o presa fácil do germe de Koch.

10.^o — A profilaxia de disposição reveste-se de um valor indiscutível e todos os escolares deficitários, de fragilidade orgânica acentuada, com taras manifesta, deverão ser o objeto de uma assistência higiênica judiciosa e eficiente, pondo em jogo os meios e processos conducentes ao robustecimento, ao levantamento das defesas orgânicas e reforçamento da resistência biológica.

11.^o — Como instrumento mais valiosos da profilaxia de disposição recomendam-se o regime alimentar bem equilibrado, a alimentação qualitativa e quantitativamente suficientes (cantinas e refeitórios escolares), as colônias de férias, as escolas ao ar livre, os preventórios climáticos, os Parques escolares, etc..

Uma vez restaurados os organismos predispostos por um conjunto de fatores sócio-econômicos, es escolares com tuberculose-infecção não cairão na tuberculose-moléstia e recuperarão plenamente seu equilíbrio orgânico e funcional.

12.^o — A profilaxia direta, a profilaxia de exposição — visando o contágio, objetivando o germe, por igual merecerá ser adotada com precocidade e rigor; sempre que possível será mister afastar os escolares das fontes de contágio — dos domicílios contaminados, — e os Preventórios servem para esta separação, continuando os escolares os seus estudos em aulas nesses estabelecimentos instaladas.

Muitas vezes será mais fácil remover dos domicílios as fontes de contágio, hospitalizando ou sanacteriando os doentes contagio-

sos, que uma vez tornando abacilares tornarão sem inconveniente aos seus lares.

13.^o — Quando se tratar de escolares com tuberculose aberta, estes serão afastados do meio escolar, e enviados para sanatórios infantis ou para escolas-hospitais, onde se tratam e não cessam de todo seus estudos escolares. O prof. Oscar Clark, que se fez paladino das Escolas-Hospitais, já instalou uma em Arararuama.

E' para desejar que se aparelhem entre nós estabelecimentos deste genero — Escolas-Sanatórios e Escolas-Hospitais.

14.^o — Deve fazer parte obrigatória dos documentos indispensaveis para o ingresso no professorado e na carreira escolar o atestado do resultado do exame roentgentográfico, da exploração clínica e das provas tuberculínicas, — a carteira clínico-radiológica — constituindo a "carta de segurança pulmonar", que Cignolini desde alguns reclama com valentes razões.



INCIDÊNCIA DA TUBERCULOSE NO MEIO ESCOLAR

DR. PROF. ALMIR MADEIRA

CONCLUSÕES

I — A infecção bacilar é muito frequente nos escolares, parecendo que a tuberculose aberta o é mais entre os professores.

II — A origem ou procedência da tuberculose dos escolares é, geralmente, extra-escolar, revelando, porém, notar o perigo das contaminações de professores auxiliares do ensino e domésticos bacilíferos, bem assim a extensão que delas pode advir.

III — E' absolutamente imprescindível a prática sistemática de prova tuberculínica, enquanto permanecer negativa, nas crianças em idade escolar, pelo menos, uma vez por ano.

IV — Ao Dr. Baeker Filho e a mim parece caber a prioridade na realização de prova tuberculínica no meio escolar, acompanhada da verificação de dados biométricos (Abril — 1919).

V — Sabendo-se que a tuberculose — doença, pode ter longa evolução sem que de nada suspeite o seu portador, máxime na idade escolar, e atendendo ainda ao grande papel do diagnóstico precoce na cura do mal e defesa dos comunicantes, impõem-se os exames radiológicos sistemáticos, hoje facilitados com o dispositivo do prof. Manuel de Abreu.

VI — Em toda escola pública ou particular, todo o pessoal, docente ou administrativo, de qualquer categoria, deve ser objeto também, pelo menos uma vez por ano, de exame médico, compreendendo um controle radiológico.

VII — Diante de um caso de reação tuberculínica positiva com controle radiológico negativo, a primeira medida profilática, que se impõe é o repouso, melhor desfrutado em preventório.

VIII — Os portadores de reações tuberculínicas negativos, em série, devem ser premunido pelo BCG, por via subcutânea, e afastados do meio contagiante preferentemente para uma das obras de preservação escolar.

IX — Medida essencial na profilaxia da tuberculose na escola é a retirada imediata dos portadores de lesões bacilares abertas, os quais serão encaminhados a estabelecimentos de cura. (O pessoal docente e administrativo tem o amparo das leis vigentes).

O Estado do Rio de Janeiro teve a prioridade na criação da obra do copo de leite (1917) e das colônias de Férias, (1923), sendo dos primeiros na fundação das escolas ao ar livre.

X — Os “debeis escolares”, mesmo com reação tuberculínica e controle radiológico negativos, devem ser considerados como primo-infectados inaparentes, tendo em vista os distúrbios do seu metabolismo, de suas funções ou de seu crescimento, que os colocam na situação dos chamados “predispostos”.

XI — Entre as obras de preservação da criança em idade escolar podem ser citadas as escolas ao ar livre, escolas ao sol, escolas sanatórias, preventórios, colônias de férias, cantinas escolares (merenda escolar, copo de leite) que constituem um prezioso armamento na luta anti-tuberculosa.



INCIDÊNCIA DA TUBERCULOSE NO MEIO ESCOLAR EM BELO HORIZONTE

DR. GASTÃO DE MATTOS

Médico do Dispensário Anti-Tuberculoso de Belo Horizonte.

NOTA: Interessante trabalho apresenta, em 16 páginas, o dr. Gastão de Mattos, médico do Dispensário Anti-Tuberculoso de Belo Horizonte, do qual publicamos as conclusões:

1.^a — Considerando englobadamente os resultados obtidos no primeiro inquérito procedido nos Grupos Escolares com estes verificados no Dispensário, podemos concluir que a incidência da tuberculose-infecção não é muito intensa no meio escolar de Belo Horizonte.

2.^a — Nas crianças já contaminadas, a percentagem de tuberculose-doença é elevada e somente explicável pelas condições especiais dos examinados, referidas no decorrer do trabalho.

3.^a — O contágio familiar constitui fator importante de contaminação tuberculosa na idade escolar.

4.^a — Tomando por base o número de escolares portadores de tuberculose pulmonar aberta, somos levados a acreditar na existência do contágio escolar, elemento que exige não só confirmação como também medidas especiais de profilaxia tendentes a evitá-lo.

G O P H E
E P H E

PROVAS DE ALERGIA À TUBERCULINA NOS PARQUES INFANTIS DE SÃO PAULO

DR. JOSÉ MARTINS FERREIRA

do Serviço Médico da Divisão de Educação e Recreio.

A profilaxia da tuberculose e os meios de se fazer o seu diagnóstico precoce, são medidas de grande alcance e que deveriam ter força de lei, para o bem estar da coletividade.

Do mesmo modo como se faz com a febre amarela, tifo, lepra e outras doenças infecto-contagiosas, dever-se-ia proceder também com a fimatose, flagelo humano, mal social, que dizima, entre nós, número considerável de vidas; quando não, legando à sociedade verdadeiros párias, segregados em sanatórios e hospitais, muitas vezes até propagando aos sãos as suas torturantes enfermidades.

Uma profilaxia da tuberculose, científica, profíqua e humana, deveria ser calcada na notificação e internamento compulsórios dos casos que se nos apresentassem.

O grau de cultura de um povo poderá ser aquilatado pelo índice de mortalidade pela peste branca; reduzi-lo é dever imperioso de um governo que encare resolutamente esta importante questão de assistência social, em nosso meio, onde a tuberculose, lamentavelmente ainda, contribue com parcela elevada no abiturário nacional, baixando o nosso nível de país civilizado.

Todas as medidas que se fizerem visando a profilaxia, diagnóstico precoce e tratamento de enfermidade, quer oficiais, quer particulares, devem merecer o apoio irrestrito e o incentivo de todas as camadas sociais, em prol da eugenia da raça.

Os Parques Infantis mantidos pela Prefeitura de S. Paulo são frequentados, na maioria, por crianças de bairros operários, em grande parte de padrão de vida abaixo do medíocre, dadas as condições inerentes aos salários irrisórios de seus pais, responsáveis por famílias numerosas, cuja manutenção está sempre aquém de suas possibilidades financeiras.

Daí a existência de uma porcentagem respeitável de crianças hipalimentadas, desnutridas, raquíticas, apresentando doenças de carências, verminoses, amidalites, reumatismo, etc.

Estas crianças com as defesas orgânicas diminuídas, sendo mal alimentadas, residindo habitualmente em habitações coletivas, pouco ensolaradas, úmidas, com cubagem deficiente, estão predispostas a adquirir com maior frequência a doença de Kock, desde que haja um distúrbio mais sério em seu organismo já depauperado.

Visando estabelecer em nosso serviço de assistência social, uma profilaxia sistemática da tuberculose, procurando afastar os elementos contagiantes, temos feito, em nossas creanças, provas de alergia à tuberculina (Pirquet e Mantoux), submetendo-as também a um controle "roentgenfotográfico".

Provas de alergia à Tuberculina (Pirquet). Foi realizada, ha tempos, em nosso serviço, uma prova de alergia à tuberculina, em cerca de 500 crianças ali matriculadas, o que só foi possível após insistência junto aos pais, mostrando-lhes, com abundância de detalhes, a inocuidade da aplicação da tuberculina e a sua ótima contribuição para a elucidação de diagnóstico.

Foi preferida a cuti-reação de Von Pirquet, pela sua maior facilidade de aplicação, sem reações gerais ou locais e, bem assim pelos resultados satisfatórios que observamos em trabalhos apresentados a respeito. Foi empregada a tuberculina antiga de Kock, para uso diagnóstico.

Constou a pesquisa de cuti-reações realizadas em 520 crianças. Este número, reconhecêmo-lo, é pequeno para fins de estatística, entretanto, é suficiente para nos esclarecer quanto ao diagnóstico de algumas crianças em cujos antecedentes familiares havíamos constatado a existência de casos de tuberculose.

As crianças que apresentaram provas de Pirquet, positivas, estavam classificadas como hipo-alimentadas, raquíticas, algumas com bronquites crônicas, etc., sendo que a positividade da reação veio mostrar, à evidência, a grande vantagem prática de sua aplicação, para fim diagnóstico.

Feitas as provas, como de costume, procedemos à leitura em dois períodos, sendo o primeiro após 24 e o segundo após 48 horas, tendo sido adotada a técnica de Petruski.

Os casos que se apresentaram duvidosos, foram devidamente anotados para nova cuti-reação, sabendo-se que a negatividade pode ser verificada mesmo em caso de uma primo infecção, não sendo, assim, uma prova categórica. Desde que haja, porem, uma positividade à tuberculina, poderemos quasi afiançar que houve infecção de tuberculose em algum ponto do organismo, devendo-se, neste caso, tomar-se as medidas exigidas, em defesa da coletividade.

Convem observar aqui que as crianças pirquet-positivas não haviam feito quaisquer vacinações anteriores (difteria, tifo, etc.) que poderiam provocar reações positivas, invalidando assim o diagnóstico por nós observado.

Frisamos ainda que só consideramos como positivas as provas cujas reações eram nitidamente características, com papula de cor vermelha, bordos edemaciados, etc..

Damos, a seguir, os resultados das cuti-reações feitas:

Crianças pirquetizadas	520	
Pirquet positivos	27	5,1%
Pirquet duvidoso	30	5,7%
Pirquet negativos	386	74,2%
Deixaram de comparecer para o controle	77	15%
Total	520	

Pelo exposto, verifica-se a positividade da reação em cerca de 5% das crianças, o que, a nosso vêr, é uma porcentagem digna de ser levada em consideração.

Provas de Mantoux — No Parque Infantil de Sto. Amaro (vol. LVII, da Revista do Arquivo Municipal do Departamento de Cultura) foi ado-