

tada a reação de Mantoux, observando-se também os resultados após 24 e 48 horas. Em 122 crianças submetidas à tuberculina somente 3 casos foram fortemente positivos, sendo 11 levemente positivos, considerando-se as crianças em sua totalidade, sem separá-las pela idade. A porcentagem da positividade, ainda que se referisse somente a uma idade das mais baixas, por exemplo 5 anos, seria muito pouco elevada pois, sabemos que ela oscila, nesta idade, entre 20 e 25%.

Atribuímos a porcentagem baixa de reações positivas, ao fato da possibilidade de muitas crianças se encontrarem no período pre-alérgico ou sob a ação de causas anergizantes. Outrossim, a tuberculina muito diluída poderia também ter contribuído para a porcentagem baixa de reações positivas. Pela repetição da tuberculino-reação, nas crianças com reações negativas, chegar-se-ia a resultados mais convincentes.

Recenseamento torácico pelo método Manoel de Abreu — Entre os vários recursos para se proceder ao diagnóstico precoce da tuberculose, avulta, pela sua eficácia, a radiografia e a radioscopia, processos valiosos indiscutivelmente, mas nem sempre ao alcance de todas as bolsos, em virtude de seu custo elevado.

O método Manoel de Abreu ou de "rontgen-fotografia" veio sanar esta dificuldade, visto o seu preço acessível e a facilidade de ser realizado em grande escala, com as mesmas vantagens dos processos anteriormente referidos.

O recenseamento torácico da população infantil, pelas suas grandes finalidades profilático-sociais, deveria ser um serviço obrigatório, regulamentado oficialmente, em prol da eugénia da criança.

Pela "rontgen-fotografia" largamente empregada, seria mais fácil e eficiente o diagnóstico precoce da tuberculose pulmonar, tendo como principal objetivo surpreendê-la nas primeiras fases de sua evolução, quando a eficiência da terapêutica não pode ser posta em dúvida, sendo precisamente o momento oportuno de uma ação intensiva para debelar o mal.

O recenseamento torácico da população infantil de nossos Parques Infantis vem sendo feito sistematicamente todos os anos; por seu intermédio nos tem sido possível diagnosticar precocemente, lesões pulmonares que, por estarem ainda em início, poderiam passar desconhecidas ao mais cauteloso exame clínico.

A nossa ligeira contribuição sobre tão importante assunto, qual o da profilaxia da tuberculose pulmonar, problema verdadeiramente nacional, não teve outro intuito *sinão* o de mostrar que a Prefeitura Municipal de São Paulo não tem descurado de encará-lo com grande interesse entre as crianças matriculadas nos Parques Infantis, colaborando na obra que os poderes federais e estaduais cuidam de realizar.

CONCLUSÕES

1.º — Há vantagens de se fazer, sistematicamente, entre os escolares, as cuti-reações de Pirquet e Mantoux, para fins de diagnóstico;

2.º — É inegável o valor do recenseamento torácico dos escolares, pelo método de Manoel de Abreu, também com a finalidade de se fazer o diagnóstico precoce da tuberculose e consequente tratamento mais eficiente e oportuno;

3.º — Deve ser feita a notificação e internamento compulsórios dos doentes portadores de tuberculose, afim de ser possível baixar o índice de morbidade e mortalidade a esta enfermidade.

DIRETRIZES DA LUTA ANTI-TUBERCULOSA NAS ESCOLAS

DR. FEBUS GIKOVATE

Prof. do Ginásio do Estado da Capital
Médico da Liga Paulista contra a Tuberculose

A necessidade de uma vigorosa luta contra a Tuberculose, flagelo ao qual pagamos pesado tributo, vem se impondo cada vez mais nestes últimos anos. Durante decênios, Clemente Ferreira e Plácido Barbosa vêm agitando entre nós, por meio de artigos, conferências e exemplos concretos, o problema da luta contra a tuberculose. Os esforços continuados destes dois precursores da luta contra a peste branca não foram vão. Nos últimos dez anos assistimos a um verdadeiro despertar de consciência anti-tuberculose. A iniciativa particular e a oficial devem-se os primeiros impulsos para uma verdadeira campanha nacional contra a terrível moléstia. Surgem escolas de tisiologia, integradas por brilhantes especialistas, em todos os cantos do país. Publicam-se revistas especializadas. Organizam-se conferências e congressos, regionais e nacionais. Multiplicam-se os cursos especializados para médicos e estudantes. Aumenta a nossa contribuição científica para os congressos pan-americanos e sul-americanos. E, surge, afinal, a roentgen-fotografia de Manoel de Abreu, método que veio revolucionar a profilaxia da tuberculose.

Um dos primeiros resultados dessa atividade científica e organizatória foi chamar a atenção de todos para a incidência elevada da tuberculose entre nós. A Primeira Conferência Regional de Tuberculose, realizada no Rio de Janeiro, de 4 a 11 de Maio de 1938, declara em suas conclusões: "Os estudos epidemiológicos demonstraram que a incidência da tuberculose entre nós é elevadíssima, em comparação com a de outras cidades do mundo. As percentagens variam de acordo com os grupos profissionais, a classe social, a idade, etc.. Entre os adultos, as cifras de tuberculose evolutiva, aberta, e por conseguinte contagiosa, elevam-se a cerca de 3% de acordo com o grupo e profissional considerado. *Na infância, a incidência presume-se ser muito mais elevada, atingindo a número verdadeiramente impressionantes* (o grifo é nosso). Não constitue exagero, afirmar que no Distrito Federal existem cerca de 50.000 indivíduos acometidos de tuberculose evolutiva aberta, dos quais grande parte ignora a doença, vivendo e cohabitando com indivíduos sãos. Pode dizer-se que de 5 doentes dessa espécie, 4 ignoram o seu verdadeiro estado". (Rev. Bras. de Tub. ano VII, 1938, pg. 838).

Os resultados de carater epidemiológico, tão alarmantes, são, entretanto, muito precários como reconhece, em suas conclusões, o 1.º Congresso Nacional de Tuberculose, realizado em Maio de 1939, no Rio de Janeiro: "Sendo precários os dados epidemiológicos existentes, para qualquer

conclusão definitiva sobre a campanha nacional contra a Tuberculose, torna-se necessário um largo inquérito epidemiológico, afim de que se verifique com exatidão, nos vários grupos sociais, e nas diversas regiões do país, a incidência da Tuberculose-doença e da tuberculose infecção, para o que, cumpre obter dados sobre...”

Os estudos epidemiológicos, base de toda luta contra a tuberculose, devem começar pelo exame da distribuição da tuberculose-infecção e da tuberculose-doença. O estudo das provas tuberculínicas permite conhecer a extensão da infecção tuberculosa e o recenseamento torácico pela roentgen-fotografia de Manuel de Abreu, feito em massa, torna possível a elaboração do índice epidemiológico da tuberculose-doença. Todos os congressos científicos são unânimes em proclamar a necessidade de organizar sistematicamente as medidas tendentes a fornecer dados seguros para uma campanha racional de profilaxia.

“*Recenseamento torácico* — O cadastro pulmonar pela roentgenfotografia, realizado em massa, iniciada pelos grupos profissionais, representa o mais exequível, o mais lógico e econômico meio de conseguir-se aquele desideratum profilático, que é a descoberta do maior número possível, e da maneira mais precoce, de focos tuberculoso” (1.^a Conf. Reg. de Tub. 1938).

“b) Distribuição da tuberculose-infecção, pelo estudo da prova tuberculínica, obedecendo a um critério uniforme quanto ao material empregado, às amstras a serem estudadas, e aos métodos de interpretação:” c) Distribuição da tuberculose doença, pelo exame fluorográfico de Manoel de Abreu, em determinadas coletividades e amostras de população, que devem ainda oferecer dados relativos a idade, salário, trabalho, habitação, alimentação, etc., indispensáveis para a maior utilidade prática do recenseamento torácico;” (1.^o Congr. Nac. de Tub. 1939).

Índice de Tuberculização na América do Sul — A pesquisa sistemática de tuberculosos inaparentes por meio do cadastro tuberculino-radio-gráfico, associado a um tratamento precoce e oportuno, dispendo de leitões suficientes, melhorando o “standard” de vida e com a proteção das pessoas indenes de infecção, facilitará enormemente a profilaxia da tuberculose, ao ponto que a enfermidade deixará de ser grave problema social como atualmente constitui”. (Conclusões do 5.^o Congresso Pan-americano de Tuberculose, Buenos Aires e Córdoba, 1940).

Se ainda estamos na infância, quanto à epidemiologia da tuberculose, mais precária se apresenta a nossa situação em face da profilaxia do terrível flagelo. A 1.^a conferência regional, já citada, deu o grito de alarme. Mostrou que a luta contra a tuberculose é, ainda, entre nós, “deficiente, desarticulada, sob orientações técnicas diversas e contraditórias, sem plano de desenvolvimento eficiente e harmonioso e sem bases econômicas”. Inquéritos isolados em “amostras” variadas da população podem dar-nos uma idéia aproximada sobre a epidemiologia da tuberculose, mas a profilaxia da mesma só pode ter eficiência quando baseada em um plano de ação amplo e uniforme. E’, também, difícil, dissociar a epidemiologia da profilaxia. Ambas se completam e devem ser realizadas simultaneamente.

Estão todos os autores de acordo que a luta contra a tuberculose deve, em primeiro lugar, visar a infância. A criança está, em geral, mais exposta à infecção do que o adulto e nela é a doença sempre mais grave. As aglomerações infantis e juvenis por excelência são as

escolas, primárias e secundárias. E' nas escolas que deve ser travada a batalha mais importante da luta contra a tuberculose.

A campanha deve ter em mira tres pontos. 1.º O exame sistemático e periódico (roentgenfotografia e exames subsequentes, quando necessários) dos professores e pessoal administrativo das escolas. J. B. Juricie em artigo recente na "Revista Chilena de Pediatria" (1939) mostrou a relação entre uma professora primária bacilífera e o maior índice de tuberculose-infecção na classe em que a mesma lecionava e ao mesmo índice nas outras classes. 2.º O estudo das reações tuberculínicas de todos escolares. Os escolares com reações tuberculínicas negativas seriam encaminhadas ao serviço de premunicação pelo B.C.G. A administração do B.C.G. em massa e sem controle não constitue meio profilático eficaz, como mostrou em recente trabalho o Dr. Pedro Cantonnet Blanch (La Vacunacion Antituberculosa por el B.C.G. — Montevideu 1949). Para o êxito da vacinação são indispensaveis cuidados especiais que o referido autor analisa. 3.º Os escolares com provas tuberculínicas positivas devem ser submetidos a uma primeira triagem pela roentgenfotografia e os casos suspeitos estudados convenientemente. Com o afastamento dos focos descobertos e com a premunicação dos indenes teremos feita obra profilática util e eficiente. O trabalho das visitadoras nos domicílios dos escolares doentes e suspeitos permitiria ainda descobrir outros focos e a sua denuncia levaria a obra profilática para fora dos limites da escola.

Nos últimos nos tem sido feitos diversos inquéritos escolares e os resultados, embora fragmentários bem mostram a necessidade de um trabalho sistemático e planejado. Oscar Clark entre 837 escolares, apura 1% de infiltração pulmonar extensa, 4,43% de fórmias discretas infiltrativas e 8,12% de adenopatias consideraveis. Luiz Martin, da brilhante escola do Prof. Mac Dowell, realizou um inquérito em uma escola do Distrito Federal (Rev. Bras. de Tub. n.º 66, pg. 61, 1939). Das 331 crianças observadas, 55% eram alérgicas e 45% não alérgicas, (expostas portanto aos azares de uma contaminação maciça e, muitas vezes, grave). Observou ainda 0,6% de doentes, 0,6% de suspeitos e 3% de reliqua.

Foram tambem feitos inquéritos entre os universitários. Na Rio pelos Drs. Sampaio Leitão e Mac Dowell Filho e em S. Paulo pelo Dr. R. de Paula Souza. Muito instrutivos são os resultados obtidos pelo Dr. Paula Souza no Instituto de Higiene, onde foram examinados os candidatos às escolas superiores de S. Paulo. Observou o autor 1,56% de casos de tuberculose pulmonar. Apesar do elevado índice de tuberculinização (88% em 24 horas e 82% em 48 horas pelo Pirquet), 26% sobre o total de casos de tuberculose eram de primo-infecção. Este fato, extremamente instrutivo, mostra a frequência da primo-infecção no adolescente, e clama por medidas profiláticas adequadas.

O Dr. Jayme dos Santos Neves, em trabalho apresentado ao 1.º Congresso Nacional de Tuberculose (Rev. Bras. de Tub. n.º 63, 1939, pg. 629-34), relata o plano delineado e levado a efeito no Estado do Espírito Santo. O autor mostra que a necessidade de uma campanha enérgica nas escolas é ponto pacífico em matéria de luta contra a Tuberculose. Genevriev assegura que "é na escola e pela escola, que melhor e mais rapidamente poderemos dominar o flagelo da tuberculose". Fergus Hemat, Heterington, Mac Phedran, Landis e Opie, nos Estados Unidos; John e Kurt Nussel na Alemanha; Albrecht, na Bélgica; Segnat, Debenedetti e Galgairies, Leon Bernard e Vitri, Mlle.

Dreyfus-See e Courcoux, em França; Jesus Figueiras em Cuba; Araoz Alfaro, na Argentina; Oscar Clark entre nós, pensam do mesmo modo. O Dr. Santos Neves encontrou em 1.220 exames do professorado e do pessoal não técnico das escolas, 13 casos de tuberculose ativa, 3 casos suspeitos. Foram feitas 3.655 cuti-reações, sendo 955 positivas, isto é: 26,12% “Dos casos positivos foram examinados clínica e radiologicamente 463, evidenciando-se a existência de tuberculose ativa (sobretudo gânglio-hilites e adenopatias tráqueo-brônquicas) em 35, o que indica um percentual de 7,559%, dos quais 1,51% de tuberculose pulmonar aberta”.

As investigações realizadas até hoje nas escolas ainda são insuficientes para nos dar uma idéia precisa da extensão da tuberculose-infecção e tuberculose doença entre os escolares do país. São, entretanto, suficientes para mostrar a necessidade de medidas urgentes, enérgicas e organizadas neste setor importante da luta contra a tuberculose.

CONCLUSÕES

- 1.^a) A incidência da tuberculose é — embora os dados de que dispomos sejam insuficientes para um julgamento definitivo — bastante elevada entre escolares.
- 2.^a) A profilaxia da tuberculose deve visar especialmente a infância e a mocidade e realizar-se através das escolas.
- 3.^a) Esta profilaxia deve ter um caráter organizado, permanente e estender-se a todo país.
- 4.^a) É indispensável que se estabeleça uma articulação perfeita entre os Serviços de Saúde Escolar e os Serviços de Tuberculose.
- 5.^a) É aconselhável a criação de um departamento de profilaxia da tuberculose como dependência do serviço de saúde escolar.
- 6.^a) A luta contra a tuberculose deve estender-se a todas as escolas primárias e secundárias, oficiais e particulares.
- 7.^a) Deve ser instituída uma carteira de sanidade para os professores e o pessoal administrativo das escolas, com exames periódicos obrigatórios.
- 8.^a) Deve ser feita a cuti-reação de todos os escolares.
- 9.^a) Os escolares analérgicos devem ser enviados para um serviço de premunicação para serem vacinados pelo B.C.G., caso os exames subsequentes o permitam.
- 10.^a) Os escolares alérgicos deverão ser roentgenfotografados e os casos suspeitos submetidos a todos os exames necessários. Os escolares alérgicos são deverão ser examinados periodicamente.
- 11.^a) Os escolares doentes deverão ser afastados imediatamente da escola e submetidos a tratamento adequado.

MORBILIDADE E MORTALIDADE NO MEIO ESCOLAR — INCIDÊNCIA DA TUBERCULOSE NOS MEIOS ESCOLARES

DR. SEBASTIÃO DE ALMEIDA PINTO,
Prof. da E. Normal Oficial de Botucatu — S. Paulo

Para os que mourejam nas atividades médico-escolares, é observação comum, a de que a escola concorre decisivamente para a evolução de certas doenças nos meios escolares. Devem ser enquadradas nesse capítulo, as afecções dos olhos, nariz, ouvidos e garganta, e mais algumas doenças infecciosas — sarampo, difteria, coqueluche, parotidites, gripes — que são largamente influenciados pelo meio escolar. Um capítulo especial nesse assunto, deve ser reservado à tuberculose, pela sua grande incidência nas coletividades estudantinas.

Moléstia da infância, o mal de Koch adquire-se por contágio. O germe que a produz é o mico-bacterium tuberculosis, bacilo álcool-ácido-resistente.

Infelizmente, esse bacilo está extremamente disseminado, atacando facilmente as crianças cujas resistências orgânicas não estão suficientemente desenvolvidas. Quando atacada, como sabemos, a criança ou morre rapidamente, ou resiste, sofrendo uma tuberculose de evolução lenta, tórpidas, que pode ir a fio de cura, ou ter êxito letal. É, às vezes, uma adenopatia tráqueo-brônquica que irá explodir mais tarde.

A criança infetada cresce. Vai à escola. Convive com seus colegas, intimamente, continuamente, por largo espaço de tempo. Eliminando bacilos, passa a transmitir aos que a cercam, por contágio, a terrível infecção, doença, pediátrica por excelência.

Facilmente constatável é o contágio da tuberculose nos meios escolares. É frequentíssimo, infelizmente. Essa frequência, causada pela presença de alunos contagiantes, é favorecida pela idade dessa fase escolar, "época em que várias moléstias se instalam e se aninham no organismo, e se prepara o terreno para a eclosão e desenvolvimento de muitas outras, favorecidas pelo desabrochar da puberdade e pela crise endocrinopática que então se desata."

CLEMENTE PEREIRA, autor do conceito acima, confirma o enunciado de SIMON, segundo o qual é na idade escolar que se constitui a forma mais frequente da iniciação da tuberculose pulmonar crônica — o infiltrado precoce — que se desenvolve quasi silenciosamente, sem exteriorização clínica apreciável, sendo mister investigar sua existência por meio de pesquisas radiológicas e reações biológicas.

Grande é a incidência da tuberculose nos meios escolares. LEON BERNARD E VITRY, em Paris, depois de acuradas observações, chegaram à conclusão de que 40% da crianças contraem sua primo-infec-

ção no período escolar. Nos outros países da Europa o quadro é idêntico.

No Brasil, a bacilose entre os escolares nada fica a dever, em disseminação, aos índices expostos por Leon Bernard e referentes a Paris. Essa frequência alarmante verifica-se, não só nos grandes centros urbanos, com densa população, como também, nas zonas rurais. Aliás, essa disseminação do mal nas zonas rurais, já tinha sido verificada por JEAN DOWNES, em outros países, quando afirmou ser o contágio da tuberculose nas escolas, mais acentuado nas zonas rurais, onde sobrepuja o contágio familiar numa relação de dois para um.

Grande é a incidência da tuberculose na nossa terra. No Rio de Janeiro, onde, por algum tempo acompanhamos os trabalhos de — profilaxia e combate à peste branca, o problema sanitário de maior importância para os higienistas, é o da tuberculose. Sobrepuja o da — mortalidade infantil, que se traduz por altíssimo coeficiente de mortalidade. Segundo BARROS BARRETO E PLACIDO BARBOSA, “dentre todas as doenças transmissíveis, fica a tuberculose em primeiro plano e tão — alto, que ainda excede a mortandade por todas elas juntas.”

De acordo com as estatísticas, desde 1913, morrem na Capital Federal, anualmente, vitimadas pela tuberculose, mais de 4.000 pessoas. Beiram 5.000, em 1932. E daí para diante a escala vai subindo. Já se disse que, praticamente, de duas em duas horas, morre um tuberculoso no Rio de Janeiro, e, na marcha em que vamos, o interregno será menor. Com tão elevado número de indivíduos contagiados a espalhar o agente mortífero, contaminando milhares e milhares de novas vítimas, facilmente se depreende a frequência extraordinária da tuberculose na idade escolar.

O PROF. OSCAR CLARK, um estudioso das questões médico escolares, teve ocasião de investigar a vida de mil alunos de um distrito escolar do Rio de Janeiro, verificando que cem deles eram filhos de tuberculosos. Mais tarde, no mesmo distrito escolar, verificou que mais de mil alunos moravam em companhia de tuberculosos. Em tal ambiente, a contaminação tinha de ser enorme, como de fato o é.

No oitavo distrito escolar da Capital Federal, na Clínica Médico-Escolar “Dr. Oscar Clark”, cujos serviços frequentamos, as investigações radiológicas (1930 a 1934), revelaram as expressivas cifras:

Escolares examinados	3.444.		
Aspecto normal dos pulmões	3.220.	ou sejam	64,70%.
Adenopatias confirmadas	301.	ou sejam	8,80%.
Hilos suspeitos	786	ou sejam	22,90%.
Infiltrações pulmonares discretas .	85	ou sejam	2,47%.
Infiltrações pulmonares extensas .	26	ou sejam	0,75%.
Lesões pleuro-pulmonares	26	ou sejam	0,75%.

Isso só num distrito. Imagine-se o total, feitas as investigações nos outros distritos! Que formidável foco de contágio!!

Estudando a infecção tuberculosa no Distrito Federal, ALVIMAR DE CARVALHO praticou 3.186 cuti-reações. Entre os 3.186 indivíduos *pirquetizados* estavam incluídos, indistintamente, brancos, mulatos e negros, havendo certa predominância de brancos e equilíbrio de sexos. Quanto às condições econômicas, a maioria era das classes pobres. Pesquisando a alergia tuberculínica em 736 lactentes, em 1.288 crianças pequenas, em

664 escolares e em 498 adolescentes, encontrou Alvimar de Carvalho os seguintes índices de infecção: 3,50% para o lactente; 22,20% para a criança pequena; 60,50% para o escolar; e, 79,70% para o adolescente.

Em Niterói, os professores Bacher Filho e Almir Madeira, há alguns anos atras, nas escolas públicas, fizeram pesquisas biológicas (tuberculino reação de von Pirquet), e verificaram apreciavel coeficiente de reações positivas, 40% mais ou menos, sendo que o resultado final, exato, não conhecemos, dado o nosso afastamento daquela Capital, onde acompanhavamos esses trabalhos de investigação.

Em S. Paulo, a dinâmica capital do nosso Estado, cidade onde a instrução e a educação estão largamente difundidas, milhares de crianças estão afetadas pela insidiosa moléstia. Quem o afirma, é o tisiólogo DECIO DE QUEIROZ TELLES. Com a sua reconhecida autoridade, em 6-6-1936, em comunicação à Associação Paulista de Medicina, assim concluia o ilustre médico:

- 1.º — Que um terço, aproximadamente, dos escolares são infeccionados pelo bacilo de Koch;
- 2.º — Que o contágio escolar existe, pois que se encontram nos grupos escolares, além de pessoal possivelmente doente (professores, serventes, etc.) alunos que são bacilíferos;
- 3.º — Que esse contágio é a causa de 8 a 9% dos escolares contaminados;
- 4.º — Que em S. Paulo deve existir perto de 5.000 escolares tuberculosos, necessitando de cuidados especializados”.

Desse mesmo tisiologista, DR. DECIO DE QUEIROZ TELLES, são os dados apresentados à Conferência Nacional de Proteção à Infância, realizada no Rio de Janeiro em 1933, e referentes às cuti-reações praticadas em vários grupos escolares de S. Paulo. Os resultados obtidos foram os seguintes:

Crianças de 7 e 8 anos	1.316	alunos.	Reações positivas	— 26,5%
Crianças de 9 anos	976	”	”	— 30,5%
Crianças de 10 anos	1.038	”	”	— 34,0%
Crianças de 11 anos	1.068	”	”	— 36,0%
Crianças de 12 anos	894	”	”	— 37,0%
Crianças de 13 e 14 anos	708	”	”	— 44,5%

Esse o panorama em S. Paulo, no Rio de Janeiro e em Niterói, capitais do país e de duas unidades das mais adiantadas da Federação. No interior de S. Paulo, onde exercemos a clínica, quantas vezes encontramos entre os escolares, crianças escrofulosas em quantidade, inúmeros portadores de adenopatias tráqueo-brônquicas, dezenas de pequenos portadores de tuberculose aberta, que fizemos abandonar os estudos para o necessário tratamento?!

Ainda agora, (fato recentissimo, para o qual estão sendo solicitadas enérgicas providências), pudemos observar o seguinte: Em nossa cidade, numa escola que funciona anexa a um orfanato, surgiram entre os educandos, oito casos de tuberculose, dentro de uma matricula de 40 alunos. O foco inicial de contágio, devia ter sido uma religiosa atacada pela bacilose, tendo a infecção se generalizado pelas más condições higiênicas do recolhimento.

Quando se fizerem pesquisas em todo o Brasil, o que não será revelado? Naturalmente cifras elevadas, atestando que a tuberculose nos meios escolares apresenta grande incidência e necessidade de ser encarada seriamente problema médico-social que é.

À medicina social, à higiene escolar, preocupações constantes dos governos bem orientados, cabem a solução desse problema de que ainda não cuidamos seriamente.

CONCLUSÕES

Do exposto podemos concluir:

- 1.º — que a tuberculose apresenta grande incidência nos meios escolares brasileiros;
- 2.º — que essa incidência chega a atingir um terço dos escolares;
- 3.º — que a defesa anti-tuberculosa da infância escolar é um problema médico-social, mui complexo, que deve ser encarado sob um prisma geral e outro escolar;
- 4.º — que uma linha de defesa anti-tuberculosa deve ser organizada, compreendendo a ação dos centros de saúde, dispensários, clínicas escolares, preventórios, escolas ao ar livre, colônias de férias e sanatórios, sem descuidar da educação sanitária das massas populares e da infância; (vide gráfico anexo).
- 5.º — que os resultados só serão completos, quando a campanha iniciada na Escola, for continuada no Lar e na Sociedade, utilizando-se para esse fim, de todos os recursos médicos, higiênicos, educativos, econômicos e legais, cabíveis no caso.
- 6.º — Promover, obrigatoriamente, o recenseamento torácico dos alunos, na época das matrículas e fazer exames periódicos pela roentgen-fotografia.

G O P H E
E P H E

“CONSIDERAÇÕES EM TORNO DO PROBLEMA DA PROFILAXIA TUBERCULOSE NA INFÂNCIA ESCOLAR”

DR. MIGUEL COVELO JUNIOR

Supondo que a esse Congresso, conforme sua própria finalidade, interessarão mais as conclusões que de imediato lhe tragam esclarecimentos sobre determinada tese, resolvemos que, na nossa contribuição, como tisiólogos, da Diretoria de Saude Escolar, os detalhes técnicos e clínicos bem pouco deveriam gastar da vossa atenção para que toda ela fosse, precisamente empregada no objetivo que aqui vos congregou.

Alem disso, mais ainda nos convenceu da razão do nosso propósito a certeza de que esses detalhes — idade — sexo — cor — nacionalidade — raça — modos de agir dos diferentes testes tuberculínicos — pormenores anatômicos — terapêutica — seriam a redundância de fatos fartamente conhecidos de vós todos, fixados em proposições e porisso mesmo perfeitamente dispensáveis desde que para uma finalidade profilática, muito mais do que eles, importaria o conhecimento da porcentagem total de crianças contaminadas, suas causas e, principalmente, o meio de contorná-las.

O serviço de tisiologia da Diretoria de Saude Escolar ampliado pela reforma de 1938, até aqui se propoz somente o levantamento do índice de tuberculinização da infância escolar, afim de que por seu intermédio, concluidas as suas observações, houvesse o governo, os dados de que carecesse quando julgasse oportuno a execução de um plano de profilaxia, destinado a proteção da infância do Estado.

Sem dúvida que a escassez de aparelhagem, a deficiência de transporte, a repugnância por um exame que, em geral, é ainda mal compreendido pela sociedade e, sobretudo, o volume do material a ser examinado, talvez hajam concorrido para que a sua atividade não se revelasse completa e escoimada de falhas.

Mas o que foi realizado representa o acervo de dois anos de trabalho ininterrupto que, longe de animar a severidade da crítica, só pode louvar aquela Diretoria, mormente se for considerado que na exiguidade de suas posses e dentro dos limites que aqueles obstáculos lhe traçaram as conclusões a que chegou resumem o exame de 15.000 colegiais.

Ao teste tuberculínico — positivo ou não — seguia-se o exame clínico e posteriormente, conforme o seu resultado, a roentgenografia ou a radiografia comum, na hipótese de não se esclarecer a suspeita levantada pela primeira.

Por essa orientação a Diretoria de Saude Escolar pode verificar na Capital em crianças de 7 a 11 anos, um índice de tuberculinização que oscilou, para a infecção, entre 42 e 48% e que, para a moléstia, se firmou em 1,5%, mais ou menos.

Como se pode ajuizar, não variaram as curvas de infecção ou moléstia, notando-se que na percentagem moléstia, predominaram as hilites, as adenopatias tráqueo brônquicas ou cervicais, associadas ou não as formas parenquimatosas, comumente de aspecto fibroso e excepcionalmente fibro-ulceroso ou fibro caseoso.

Entretanto, o interessante não foi como seria natural se supor, as percentagens encontradas, mas sim como essas percentagens se distribuíram pelos bairros da Capital e em relação à categoria do estabelecimento de ensino, quanto ao seu aspecto e conforto da sua estrutura.

As percentagens mais alarmantes foram encontradas nos chamados bairros burgueses ou, si quizerem, nos bairros chiques.

Avenida Paulista, Luiz Antônio, Consolação, Bella Vista, Jardim Paulista por exemplo, foram os bairros onde o índice de tuberculização se mostrou, várias vezes, na altura de 48% e onde o exame clínico proporcionou as impressões mais desalentadoras.

Frequentemente, ou antes, como regra as crianças desses bairros são mal nutridas, mal agasalhadas, de péssima higiene corporal e bucal e invariavelmente apresentam uma adenopatia cervical palpavel, rarissimamente inferior a 95%.

Ao contrário, as crianças dos bairros de Celso Garcia, Tatuapé. Belemzinho, não escondem na indumentária, a modéstia de suas posses e suas origens mas o aspecto geral é outro, mais nutrido e sem aquele ar de abandono tão frequente e tão impressionante nas crianças dos bairros burgueses.

Outro fato interessante registado pelo trabalho da Diretoria de Saúde Escolar foi a maior percentagem de tuberculização incidindo nas meninas.

Entre 500 crianças de um mesmo Grupo, fosse qual fosse a sua localização, a incidência tuberculosa foi sempre maior de 2 a 5% nas meninas.

Si a percentagem geral para os meninos atingiu 42%, necessariamente a das meninas esria de 45, 47 e, às vezes, 49%.

Como se explicariam esses factos?

A explicação que se nos afigura mais próxima da realidade e mais em harmonia com aquelas verificações só pode ser uma: Nos chamados bairros burgueses ou elegantes os alugueres são excessivos, os meios de transporte caríssimos e o mercado alimentício, pela mesma razão, permanentemente subordinado a uma tabela proibitiva e em geral, acima das posses do trabalhador mensal ou jornaleiro.

Ora, como só excepcionalmente a criança burguesa frequenta uma escola pública, pode-se deduzir que, via de regra, a frequência que predomina nesses estabelecimentos é a de crianças cujos pais por um motivo qualquer foram obrigados a residir num bairro elegante.

Sendo assim é de se presumir que só possa habitar em casas que não atendem aos menores requisitos de higiene quando não em cortiços ou em porões infectos — mal arejados — mal insolados — mal iluminados e, o que é peor, superlotados.

Não é preciso um espírito muito profundo para concluir que nessas habitações a saude estará sempre em razão direta com a deficiência de luz — ar — sol e calor.

A superlotação, além de ser fator propagador de moléstias do corpo, é, ainda, propagador de moléstias da alma.

Estas razões associadas ao falso preconceito de que as mulheres devem ter uma educação mais severa quanto a hábitos de liberdade, explica também porque, entre crianças da mesma idade e da mesma situação social, é sempre maior a incidência tuberculose entre as meninas.

Essas constatações demasiado significativas resumem na simplicidade de seu aspecto uma das mais sérias incógnitas do problema da tuberculose no colégio brasileiro.

Como bem acentuamos, um dos principais motivos de prováveis falhas no trabalho da Diretoria de Saúde Escolar foi o volume de material examinado.

Não ponderando as crianças do interior distribuídas pelos grupos escolares, escolas isoladas, públicas ou particulares, escolas rurais para só ponderarmos as crianças da Capital, e da Capital exclusivamente as que frequentam os grupos escolares, teríamos, mais ou menos, 130.000 crianças demandando censo torácico completo.

Si pela porcentagem constatada calculássemos a incidência total moléstia (franca ou suspeita) poderíamos, sem temor de erro, concluir pela existência de 1.950 crianças precisadas de imediato isolamento, tratamento e prosseguimento de instrução.

Estará o governo preparado para atender com comodidade situação tão aflitiva, si for intensificado o censo torácico nas escolas do Estado?

Pelo que já foi observado será aconselhável ou justo protelar o censo torácico, máxime agora em que o problema é, ainda, transparente?

Máu grado a certeza de que no momento poder algum está prevenido para tão grande responsabilidade, pôdemos só porisso nos acomodar em postura estática quando nada nos engana sobre o fim a que são destinadas essas crianças?

Enquanto não nos equivocamos sobre o que será a situação de amanhã si a situação de hoje continuar inalterada, devemos proseguir numa pesquisa só pelo prazer de afirmar que pesquisamos:

Seria possível o optimismo si meditássemos sobre as leis que regem a transmissibilidade da tuberculose, sua patogenia, e a gravidade de sua evolução quando estimulada por todos os fatores sociais que aí ficaram refletidas na infância e revelados nas porcentagens encontradas?

Não há dúvida que se justificará a objeção que se levante para negar ao quadro que desenhemos a profundidade do seu sombreado, uma vez que nem todas as crianças doentes ou suspeitas doentes, devem estar na situação desgraçada de miséria completa ou eminente.

Entretanto, si esse fosse um argumento bastante forte para justificá-la, lembraríamos que até agora a verdade que surgiu foi apenas a verdade que surgiu do exame da criança matriculada nos grupos da Capital.

O raciocínio que a gerou não se estende às escolas isoladas, aos colégios particulares ou não, aos estabelecimentos do interior, onde devem predominar os mesmos fatores para que a incidência da tuberculose seja, senão igual, pelo menos aproximada da porcentagem fixada para a Capital.

Como se resolveriam o problema e os sub-problemas?

Seria sonhador quem lutasse por uma filosofia niveladora — material e moral — das camadas que superpostas formam as sociedades.

Mas si esse desequilíbrio é uma fatalidade necessária para que se mantenham as relações dos povos e se justifique o entrechoque de interesses e ambições do homem em perpétuo trabalho para a conquista de

um posto sempre mais alto e mais confortavel, não é menos exato que no mecanismo sociológico desse fenômeno, a sua manutenção em nível harmonioso e compatível com o decoro da criatura humana, dependerá do auxílio da própria sociedade e da responsabilidade do governo, quando sinceramente empenhado no cumprimento dos deveres que derivarem do cargo que lhe outorgou a confiança pública.

Com isto queremos afirmar que jamais se nos passou pelo espírito a idéia de que um dia, sejam quais forem as fórmulas políticas a serem adotadas, possam desaparecer ou se tornarem imponderáveis os motivos sociais que alimentam a epidemiologia da tuberculose ou outra moléstia nitidamente social.

Contudo, não obstante a inflexibilidade desse conceito porque não propugnarmos para oferecer à humanidade o mínimo necessário para que ela seja realmente digna de si própria?

O nosso governo tem demonstrado por atos e não por palavras o quanto lhe interessa as cousas relacionadas com a saúde pública.

Porque não lhe endereçamos, então, um relato fiel da situação humilhante em que se encontra o colegial pobre?

Porque não incrementarmos com o governo e junto do governo, uma intensa campanha para que um só seja o padrão sanitário do prédio escolar;

para que em hipótese alguma se desvirtue a sua finalidade;

para que se faça definitiva a interdição sobre porões e cortiços;

para que na medida do possível haja uma legislação regulamentando, unificando ou uniformizando a campanha da profilaxia tuberculose nas escolas;

para que seja intensa e extensa a educação sanitária;

para que seja maior o número de preventórios onde a criança isolada e economicamente assistida, se eduque no espírito e se aprimore na saúde e, principalmente, para que possamos breve possuir uma legislação protetora das famílias numerosas e reconhecidamente pobres.

Eis, Snres. Congressistas, o porquê da nossa atitude quando no começo desta contribuição se nos afigurou mais razoável não esbanjar em detalhes técnicos ou clínicos, a sua atenção.

Ela seria, como de fato é, muito mais precisa e útil no exame destas questões, sem exceção, dignas do nosso estudo e das vossas luzes.

O VALOR MÉDICO-SOCIAL DA ENDOCRINOLOGIA MODERNA

DR. J. A. DE MESQUITA SAMPAIO,

Chefe da Secção de Glândulas Endócrinas do Ambulatório de
Neurologia da Santa Casa de Misericórdia e da Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo.

NOTA: O trabalho do dr. J. A. de Mesquita Sampaio, que consta de 20 paginas, inicia-se com as seguintes "premissas históricas":

Desde meados do século XIX que a ciência das glândulas endócrinas vem se impondo. Assim, CLAUDE BERNARD, substituto de MAGENDIE no "College de France", descobrindo em 1851 a função glicogenética do fígado, trouxe um marco decisivo para o progresso da endocrinologia.

Em 1855, THOMAS ADDISON descreve a moléstia que havia de portar o seu nome, devido a uma lesão das cápsulas suprarrenais. Em 1856, BROWN-SÉQUARD estuda os efeitos produzidos pela ablação das cápsulas suprarrenais. E, VULPIAN apresenta à "Academie des Sciences" a primeira prova decisiva da existência das glândulas ditas sanguíneas, provando que o sangue venoso que sai das suprarrenais dá reação verde com o percloroeto de ferro, igual à produzida pelo tecido medular dessas glândulas com o referido reativo.

Em 1859, SCHIFF apresenta os primeiros casos de insuficiência tireoideana experimental.

Coube, todavia, a BRONW-SÉQUARD, em 1889, o merito de verdadeiro precursor da era endocriniana, apresentando à "Société de Biologie" os seus estudos sobre o tratamento da velhice por injeções de suco testicular. Com estes trabalhos o ilustre fisiologista e d'ARSONVAL demonstram que as glândulas de secreção interna lançam no sangue os princípios necessários à constituição desse humor, que todos os tecidos teem um valor secretório para o sangue e que, enfim, as diversas partes do organismo tornam-se solidárias umas com as outras pelo meio interno, isto é, por um mecanismo diverso do sistema nervoso, um mecanismo humoral.

Em 1901, TAKAMINE e ALDRICH isolam a substância medular das suprarrenais, a adrenalina, abrindo luz às brilhantes descobertas ulteriores dos endocrino-químicos. São, a estes produtos químicos surgidos dos tecidos que, em 1905, STARLING deu o nome de hormônios.

Foi assim, entre 1889 e 1905, que se elaborou a teoria hormonal cuja fecundidade é imensa, tanto do ponto de vista de ciência pura, como nas suas aplicações terapêuticas.

Assim, neste rápido apanhado, já se pode surpreender que papel viria caber à ciência das glândulas endócrinas na patologia humana.

Dessa era para cá, a endocrinologia vem progredindo constantemente, mostrando-se, indiscutivelmente, um dos mais interessantes e sugestivos ramos da medicina moderna.

Todavia, até uns vinte anos atrás, as luzes lançadas neste campo não eram suficientes para indicar as enormes possibilidades de pesquisa nele existentes. Contudo, os sintomas clínicos já eram catalogados no sentido de serem individualizados os síndromos endócrinos.

KENDALL, em 1915, descobre a tiroxina.

STOCKARD e PAPANICOLAU, em 1917, com a descoberta do método para a determinação do ciclo do estro na fêmea do porco da Índia, pelas modificações da secreção vaginal, deram grande impulso à pesquisa para o melhor conhecimento da clínica endocrinológica.

Vem a seguir os estudos nos domínios das demais glândulas endócrinas e hormônios com os nomes de CUSHING, EVANS, SMITH e ENGEL, HOUSSAY e KAMM para a hipófise; ROGOFF, SWINGLE e PFIFNER, HARTMAN para a cortical; BANTING e BEST para o pâncreas; OSCAR RIDDLE para a prolactina; COLLIP com múltiplas investigações no terreno das glândulas endócrinas.



DA ASSISTÊNCIA ENDOCRINOLÓGICA

PROF. DR. DIONÍSIO GONZALES TORRES

Chefe da Seção de Endocrinologia do Lab. Paulista de Biologia
Ass. Vol. do Ambul. de Endocrinologia da Sta. Casa (Cad. Neuro-
logia — Prof. A. Tolosa)

No presente trabalho pretendemos focalizar a importância das glândulas de secreção interna na patologia da idade escolar, e aconselhar algumas medidas para a assistência dos endocrinopatas dessa idade.

Nossos conhecimentos sobre a Endocrinologia teem progredido muitíssimo nestes últimos anos; os estudos experimentais e clínicos, as grandes descobertas na química, os métodos cada vez mais aperfeiçoados de Laboratório, etc. completaram nosso conhecimento neste capítulo tão importante da medicina.

A influência das glândulas de secreção interna sobre a evolução biológica do indivíduo, sobre seu desenvolvimento somático e psíquico, sobre seu temperamento e sobre sua disposição às reações externas, são cousas aceitas por todos e que não mais se discute. A Biotipologia é uma ciência que nasceu destes conhecimentos e que estuda o indivíduo desde o ponto de vista de sua constituição morfológica e seu aspecto fisiológico e psicológico; ela nos ensina toda a influência das glândulas sobre os diversos fatores que constituem a personalidade humana. Por isso é uma ciência que deriva e ao mesmo tempo faz parte da Endocrinologia.

O homem normal não é sempre o mesmo durante a vida toda; nas etapas sucessivas até a morte, apresenta estados diferentes que marcam seu passo; infância, juventude, maturidade e senilidade, com os seus caracteres próprios. Cada uma destas etapas está caracterizada, do ponto de vista biológico, pela influência mais ou menos marcada de certas glândulas que influem, quer sobre o aspecto somático do indivíduo, quer sobre sua personalidade psíquica. Não é necessário insistir sobre as correlações somato-psíquicas dos indivíduos, pois seria um nunca acabar.

Alem destes fatores endógenos ou orgânicos, a evolução biológica do homem está também influenciada por fatores de ordem externa tais como o clima, condições sociais, alimentação, etc. dos quais não é nossa intenção nos ocupar. LL L

O grande mestre italiano Pende divide o ciclo evolutivo da biologia humana em 11 períodos que estudaremos rapidamente. Eles são:

- 1.º — *a lactação*, durante o primeiro ano de vida, em que podem observar-se duas crises endocrinas:
 - *post-naial*: da primeira semana aos 6 meses, em que predomina a constelação glandular anabólica e vagotônica; timo, pancreas e talvez genital.

- *no segundo semestre*: predomínio do grupo antagonista: tireoide, paratiroides, e hipopancreatismo. Este tipo de lactente é longilíneo, simpaticotónico, e precoce em suas manifestações.
- 2.º — *primeiro crescimento em largura*: (do 1.º ao 5.º ano de vida) época de marcha, dentição, fala, etc.: predomínio da tireoide, paratiroides e hipófise; mais tarde, a cortical suprarrenal.
- 3.º — *primeira crise de alongamento*: (do 5.º ao 7.º ano), caracterizado por um alongamento do menino e certa magreza natural: continúa a ação das glândulas citadas anteriormente, e começa uma diferenciação sexual.
- 4.º — *segunda crise de crescimento em largura*: dos 8 aos 11 anos nos meninos; dos 8 aos 9 anos nas meninas. Caracterizada por um estacionamento do crescimento em estatura, e um novo surto de engorda.
- 5.º — *segunda crise de alongamento*: dos 12-13 aos 15 nos meninos; dos 10-11 aos 14 nas meninas. É uma crise mais precoce nos climas quentes. Chamada também crise da adolescência, em que se observa um crescimento brusco em altura: há um predomínio da tireoide e da hipófise; se caracteriza por uma instabilidade nervosa e circulatória, que pode repercutir sobre o estado psíquico (é a época das fantasias e dos sonhos). No menino aparecem os pelos axilares e pubianos, e também a barba, a voz mais grave e, nas meninas, se modelam as formas e já apresentam uma forma feminina mais definida.
6. — *terceira crise de crescimento em largura puberdade*: dos 15 anos aos 17-18 nos meninos; dos 14 anos aos 18 nas meninas. É uma nova crise de engorda: predomínio dos genitais, hipófise e suprarrenal (e também da tireoide na mulher). Esta fase se caracteriza pelo surto do desenvolvimento sexual, a reprodução já é possível; é uma época crítica pela grande instabilidade endocrínica que se observa, sobretudo na mulher.
- 7.º — *Maturidade sexual e desenvolvimento em altura*: dos 19 anos aos 30 no homem; dos 19 anos aos 28 na mulher. Nesta etapa se processa um aperfeiçoamento somático, sexual e mental do indivíduo.
- 8.º — *quarta crise de crescimento em largura ou engorda*: dos 30 anos aos 40 no homem; dos 28 anos aos 35 na mulher. Crise chamada também de idade matronal na mulher, e idade viril crescente no homem. Ambos tomam um aspecto florido e de engorda.
- 9.º — *período de equilíbrio*: dos 40 aos 50 no homem; dos 35 aos 40 na mulher.
- 10.º — *preclimatérico e climatérico*: (ou idade crítica) dos 50 aos 60 no homem; dos 40 aos 50 na mulher. É a etapa do declínio sexual, e caracterizado por um grande desequilíbrio endocrinosimpático e metabólico, que podem ocasionar tantas doenças: as afecções da tireoide, da hipófise, das supra-renais, a obesidade, etc...
- 11.º — *A senilidade ou velhice*: dos 60 em diante no homem; dos 50 em diante na mulher. A cada uma destas etapas sumariamente citadas corresponde como vimos, um tipo somático característico, que é a nota anatômica ou morfológica do indivíduo (habitus externo).
- Corresponde-lhes ainda um *caracter* especial ou seja uma nota

psicológica intelectual particular, e um *temperamento* ou aspecto fisiológico (dinâmico-humoral) da personalidade. O conjunto destes fatores constitui o *Biotipo*.

As glândulas de secreção interna vão modelando a personalidade do indivíduo, junto com outros fatores dos quais não podemos ocupar-nos aqui.

Para ser breves, diremos apenas algumas palavras sobre a influência de algumas glândulas, particularmente na idade que nos interessa:

A *hipófise*, a glândula mais importante do organismo, comanda sobretudo o crescimento, e tem ação secundária mais ou menos importante sobre as outras glândulas.

Na *hiperfunção*: observamos os casos de crescimento exagerado que, pode levar até o gigantismo ou o acromegalismo (este último, quando ataca ao adulto).

Na *hipofunção*: observamos os casos de infantilismo (em que a criança se mantém baixa de estatura, com proporções infantis) e de nanismo (baixo, com proporções de adulto e desenvolvimento sexual bom).

Nos transtornos da hipófise pode-se ainda observar as obesidades hipofisárias, particularmente o síndrome de Froehlich, bastante frequente na puberdade: distribuição da gordura nos seios, abdomen, nádegas; etc. Escasso desenvolvimento sexual. Do ponto de vista psíquico estes gordos podem apresentar uma restrição da esfera emocional, indiferença e indolência. É um quadro que pode ser passageiro; é curável quando bem tratado.

A *tiroide*: chamada também a glândula da inteligência pela particular influência na esfera psíquica do indivíduo.

No *temperamento hipertiroideo*: observamos certa estatura elevada, fina, cabelos abundantes, dentes bons. São indivíduos nervosos, impulsivos, irascíveis, prontos para a reação, às vezes, em forma violenta, inestáveis, emotivos. São eufóricos, alegres, sempre em grande atividade tanto física como psíquica. O indivíduo deste temperamento é vivaz, se interessa por tudo o que o rodeia, tem resposta rápida, é inteligente. O Hipertiroidismo ou Basedow é raro na idade escolar.

O *hipotiroideo* é em tudo contrário: calmo, indiferente e até apático.

O aspecto somático é característico: um pouco gordo, mas sobretudo como inchado, podendo ir até o mixedema; pode-se observar ainda o nanismo hipotiroideo.

Sua vida intelectual é dominada pela indiferença e a inércia; são preguiçosos, dificilmente aprendem e adiantam-se nos estudos (pela falta de atenção e memória). De palavra monótona, lenta, falando como quem com dificuldade, respondem com atraso; pouco emotivos e de reações lentas.

Nas formas mais graves, podemos observar o *cretinismo*, verdadeiro flagelo de certas zonas geográficas (cretinismo endêmico).

O *bócio* é também uma afecção tiroidea frequentemente observada em certas zonas, e que tem repercussão ou pode ter, sobre a esfera somática, sexual e psíquica.

É frequente observar formas leves e passageiras de bócios na puberdade, especialmente nas meninas, na época ou perto do aparecimento da primeira menstruação. Estas formas leves e passageiras podem-se tornar estáveis e constituir causa de moléstias mais sérias.

Cerviño, de Montevideu tem estudado alguns casos de *hipotiroidismo transitórios infantis* que saram espontaneamente, porem, que atrasam o menino.

Muitos retardados escolares que tanto trabalho dão aos mestres, muitos meninos nervosos, incorrigíveis, outros, violentos ou chamados maus, são distiroideos, que com um tratamento adequado podem sarar e continuar seus estudos em boa forma.

As *glândulas sexuais* influem tambem sobre o crescimento, o metabolismo e o psiquismo.

Nas insuficiências: podemos ter os retardos puberais, as menstruações irregulares, atrasadas, com repercuições sobre o sistema nervoso vegetativo, etc. São frequentes as obesidades sexuais nas insuficiências, particularmente na puberdade.

No menino, é ainda pior, pois pode levar até um complexo de inferioridade perigoso para o futuro dele. O hipogenital é característico: gordo, de aspecto feminino, voz fina, delicada, sem pelos, com hipoplasia genital; faltam-lhe os caracteres de masculinidade tanto somáticos como psíquicos.

Pode-se ainda observar os hipogenitais eunucoides, tanto nas meninas como nos meninos; são altos e magros, com pernas muito longas, predominando a metade inferior do corpo sobre a superior, e com grande envergadura.

As hiperfunções sexuais, mais raras que as hipofunções, determinam nos meninos a puberdade precoce: rápido e forte desenvolvimento sexual, tanto dos órgãos sexuais como dos caracteres sexuais secundários, com estatura geralmente baixa e de compleição forte. Psicicamente tambem maduros.

Nas meninas observa-se o chamado *matronismo precoce*, que como indica, é um amadurecimento precoce sexual e psíquico da menina, tomando o aspecto da mulher adulta: baixas, fortes, às vezes gordas, com seios bem desenvolvidos, menstruações precoces e às vezes abundantes, etc., etc..

Os quadros de virilização, são mais raros, porem podem ser observados.

Ainda podemos ajuntar entre as endocrinopatias da infância e da puberdade: a diabete, particularmente grave, os estados timo-linfáticos, as obesidades diversas, as magrezas e outros síndromes pluriglandulares que não podemos estudar com pormenores, para não sair do tema e da extensão determinadas.

Com os exemplos citados, chega para demonstrar a importância das glândulas de secreção interna e sua influência sobre o soma, sexo, e psique do individuo.

Infelizmente não contamos com estatísticas de endocrinopatias no Brasil no que se refere à idade escolar. Tomando porem outras estatísticas de países vizinhos, vê-se que 10% dos escolares sofrem de disfunções endocrinas, especialmente da tiroide, hipófise e glândulas sexuais.

Nossos serviços especializados, quasi todos de recente criação, já começaram os trabalhos, e brevemente poderemos contar com dados estatísticos que revelem a situação real.

Da exposição já podemos salientar a importância da secção de Endocrinologia no serviço Médico Escolar; o médico pode corrigir muitas disfunções e salvar muitos meninos que, abandonados à doença, seriam individuos que constituiriam mais tarde cargas para a sociedade, nulos para

o trabalho físico ou intelectual, ou perdidos para sempre. Ainda podem ser nocivos; a Biotipologia criminal, nova ciência nascida à luz destes conhecimentos, nos ensina das predisposições à delinquência de muitos endocrinopatas.

Finalmente, podemos sintetizar da seguinte maneira nossa idéia sobre a assistência social aos endocrinopatas escolares, de acordo com a nossa experiência e do que conhecemos das organizações de outros países:

1.º — A criação ou aperfeiçoamento dos serviços de Endocrinologia na assistência médica escolar; o pessoal médico é o fundamental.

Com os vários Ambulatórios de Endocrinologia e com o Instituto de Endocrinologia fundado no ano passado pelo ilustre Interventor Federal, conta São Paulo com as escolas necessárias para a formação dos médicos para os serviços escolares.

Pode-se ainda, fazer cursos especiais e breves, sintéticos, fundamentalmente práticos, entre o próprio pessoal de ensino (Professores e mestres) ou a criação de um corpo de visitantes, que podem selecionar os casos que serão enviados ao serviço especializado para o estudo apurado.

2.º — O uso da ficha médica escolar com uma parte especial destinada ao sistema endócrino. Isto seria incumbência do próprio serviço de Endocrinologia, no seu fichário.

3.º — As mesmas visitadoras poderiam controlar o curso do tratamento, e periodicamente receber as instruções dos médicos na ocasião da visita no ambulatório.

Com estes meios, não difíceis de aplicar poderemos corrigir muitas deficiências orgânicas e psíquicas, tão frequentes numa idade da vida que tem muita importância, fundamental, na formação da personalidade humana, e faremos uma grande obra social pela grandeza da nossa terra.



GEPHE

O ASPECTO MÉDICO-ESCOLAR DA ENDOCRINOLOGIA

DR. HABIB CARLOS KYRILLOS

Endocrinologista do S.S.E. do Departamento de Educação — S. Paulo.

NOTA: O dr. Habib Carlos Kyrillos apresenta interessante trabalho, em dezoito páginas, sobre "O aspecto médico-escolar da endocrinologia, do qual publicamos as conclusões:

CONCLUSÕES

- 1 — As glândulas endócrinas têm ação destacada no equilíbrio somatopsíquico do homem.
- 2 — A incidência das endocrinopatias no meio escolar é apreciável, refletindo-se seriamente na saúde, no comportamento e no aproveitamento da criança.
- 3 — A clínica endocrinológica é particularmente útil no serviço de Saúde Escolar, porque:
 - a) o meio facilita, ao médico, melhor oportunidade de surpreender as endocrinopatias;
 - b) a terapêutica, na infância e na puberdade, dá os melhores resultados, na redução das disendocrinias;
 - c) é elemento de real valor na prática da eugenia e da eutecnia, que faz ou deve fazer parte das atividades médico-escolares;
- 4 — A assistência endocrinológica é imprescindível à coletividade e, principalmente, à criança, na idade escolar.

CONCLUSÕES

Do trabalho apresentado pelo dr. Armando de Arruda Sampaio ao 1.º Congresso Nacional de Saúde Escolar — “Bócio endêmico em alguns Municípios do Estado” — publicamos as conclusões:

1 — O presente trabalho expõe os resultados da inspeção realizada, com o fim de verificar a incidência do bócio, nos municípios de Jundiá, Juqueri, Cotia e Capital, no planalto; de Jacareí e Pindamonhangaba, no vale do Paraíba; de Buquira e Campos do Jordão, na serra da Mantiqueira; de Santos e São Vicente, no litoral;

2 — na região compreendida pelos mesmos foi apurada a existência do bócio sob a forma endêmica em numerosos distritos da Capital, na zona suburbana, e na faixa que se estende da margem direita do rio Tietê ao município de Jundiá;

3 — os índices de incidência do bócio, verificados sobre cerca de 11.500 escolares, oscilaram entre 5 e 60%, com variações sensíveis de distrito para distrito;

4 — considerando que o litoral é tido como isento de bócio endêmico em quasi todo o mundo; que no nosso é baixa a sua incidência e muito leve a hiperplasia tiroídiana encontrada, e que os seus índices oscilaram de 5 a 10%, parece-nos lícito considerar tais limites como os do bócio esporádico e os índices de 10 a 15% como os de zonas de transição, ou de baixa incidência;

5 — nas áreas endêmicas o bócio é encontrado já na idade pré-escolar e a sua incidência aumenta com a idade, sendo 20% maior no período puberal, em relação ao grupo etário — 8 a 10 anos;

6 — nas zonas de baixa e média incidência e nas de bócio esporádico, a frequência é maior no sexo feminino, na proporção de 2-3:1, conforme a regra; nas de alta incidência, essa predominância é menos sensível, mas o volume dos bócios é geralmente maior nas meninas;

7 — a reconstituição histórica da endemia de bócio em nosso Estado no século passado evidencia a sua regressão espontânea em muitas localidades, o que permite supor que a mesma cedeu à melhoria das condições gerais de salubridade das nossas populações;

8 — não contamos com subsídios na literatura nacional para o esclarecimento da etiologia do bócio endêmico no Brasil, nem para a apreciação das suas formas clínicas e significado sanitário;

9 — o presente trabalho limitou-se ao estudo da distribuição do bócio entre os escolares, não tendo o mesmo chegado a conclusões de ordem clínica ou etiológica;

10 dada a extensão da endemia entre nós; dada a crescente importância do estudo das perturbações da tiroide; dado o fato de ter sido criado no Serviço de Saúde Escolar do Estado uma secção de Endocrinologia no seu Ambulatório Central, o que revela o interesse que a direção do referido Serviço vem demonstrando pelas questões atinentes a essa especialidade, esperamos que os estudos sobre o bócio, mo—destamente iniciados com esta contribuição, prossigam no sentido de se estender a sua verificação censitária a outras zonas do Estado e, com as bases estatísticas estabelecidas, apurar as formas clínicas e a significação sanitária da moléstia.



HIPOGONADISMO E PROBLEMAS DA CONDUTA ENTRE ESCOLARES DO SEXO MASCULINO

DR. JOSÉ INÁCIO LOBO

Médico internista

DR. MÁRIO VÉLEZ

Médico psiquiatra, ambos da Secção de Higiene Mental do S.S.E. — S. Paulo

OBJETO E MATERIAL DE ESTUDO

O presente trabalho objetiva o estudo de possíveis relações entre o hipogonadismo, por um lado, e problemas de conduta e de aproveitamento escolar, por outro lado, observadas entre alunos de escolas primárias de S. Paulo.

O material de estudo foi colhido dentro de dois grupos diferentes de alunos, designados, daqui por diante, grupo A e grupo B, a saber:

1.º) grupo A: um conjunto de 272 meninos, entre 7 e 14 anos de idade, pertencentes ao 1.º ano de diversas escolas primárias de S. Paulo, tomados todos eles ao acaso, e que foram objeto dum inquérito realizado com o fim de apurarem as causas da alta porcentagem de reprovações nos 1.ºs anos dos Grupos Escolares da Capital.

2.º) grupo B: um conjunto de 80 meninos, pertencentes às várias séries das escolas primárias, e matriculados todos na Clínica de Orientação Infantil do Serviço de Higiene Mental, pelo fato de apresentarem os mais variados problemas de conduta. Limites de idade praticamente iguais ao do grupo A.

DEFINIÇÃO DE HIPOGONADISMO E DIVISÃO DO TRABALHO

Para o fim colimado, não interessa muito destacar as diversas espécies de hipogonadismo, mas podemos adiantar que pouco mais da metade dos casos é constituída de criptorquidia uni-ou bilateral, os demais devendo se rotular como infantilismo sexual, síndrome de Froelich e eunucoïdismo. A todos estes se aplica a denominação genérica de hipogonadismo, no sentido duma nítida insuficiência gonadiana, seja primária ou secundária. Casos só com hipospadias não forem incluídos.

Analisaremos sucessivamente os seguintes itens:

- 1) Frequência do hipogonadismo nos 2 grupos considerados de escolares;
- 2) Hipogonadismo e nível mental;
- 4) Hipogonadismo e problemas de conduta.

I) FREQUÊNCIA DE HIPOGONADISMO NOS GRUPOS A e B

Nos 272 meninos do grupo A, foram observados 12 casos de hipogonadismo, ou seja, 4,4%; nos 80 do grupo B, 13 casos, isto é, 16,2%.

Não deixa de ser interessante que num grupo de alunos que apresentam problemas de conduta, a frequência de hipogonadismo seja 4 vezes maior do que num grupo tomado ao acaso.

Isto sugere uma provável relação entre o hipogonadismo e a conduta dos pacientes.

A pesquisa revelou que perto de 60% dos alunos do grupo A também apresentavam problemas de conduta, ao passo que, no grupo B, como é obvio, estes atingiam 100% dos escolares. Mais importante, porém, do que esta diferença percentual, é a *gravidade* e a *intensidade* dos problemas, muito maiores no grupo B do que no grupo A, tanto que determinaram a matrícula daqueles meninos na Clínica de Orientação Infantil.

Si, em vez de encarar a incidência de problemas *em geral* nos 2 grupos, nós confrontarmos a incidência dum *determinado* problema, (escolhendo precisamente os mais frequentes), a diferença se torna mais nítida. Por exemplo: "comportamento irregular na escola" foi observado em menos de 20% dos alunos do grupo A e em mais de 50% no grupo B; "furto" era a queixa relativa a apenas 2% dos alunos do grupo A, e a 25% no grupo B. Estas cifras, acentuando a grande diferença entre os 2 grupos, encarecem também o significado do fato de se observarem 4 vezes mais casos de hipogonadismo no grupo sob os cuidados da Clínica.

II) HIPOGONADISMO E NIVEL MENTAL

O nível mental foi avaliado pelo teste Binet-Simon.

Para o estudo desta questão, podemos reunir os casos de hipogonadismo dos 2 grupos, o que perfaz um total de 23 alunos, pois a 2 destes não foram aplicados os testes.

Os resultados foram: debilidade mental: 3; inteligência normal: 18; inteligência superior: 2. A porcentagem de debsis mentais entre população masculina dos 1.ºs. anos dos Grupos Escolares (tal como foi revelada pelo inquérito) mostrou-se ser de 6,2%. Na população escolar em conjunto, abrangendo os anos superiores, ela é certamente menor.

De forma alguma se pode inferir desses dados que a debilidade mental seja mais frequente entre os portadores de hipogonadismo, e isto pelas duas ponderáveis razões seguintes:

1.º) o numero de casos observados de hipogonadismo é bastante pequeno para permitir qualquer conclusão quanto à incidência, entre eles, de debilidade mental;

2.º) os casos consignados de debilidade mental pertencem ao grupo B, isto é, tratar-se de meninos que foram trazidos à Clínica precisamente por apresentarem problemas intimamente correlatos à deficiência mental de que são portadores. Nos 3 casos, o hipogonadismo consistia em "infantilismo sexual".

Molitch e Poliakoff nos Estados Unidos observaram, num internato para meninos, que os portadores de hipogonadismo (sobretudo os crip-

torquídicos) apresentavam nível mental superior à média da população do internato.

III) HIPOGYONADISMO E APROVEITAMENTO ESCOLAR

O aproveitamento escolar é apreciado pela reprovação em anos anteriores ou no desfecho do ano em que foi realizada a observação. Quanto a este ultimo dado, só podemos apresentar dados completos para o grupo A.

No grupo B, observa-se, com grande frequência, que os meninos apresentam uma escolaridade irregular nos anos anteriores, neste sentido que abandonam os cursos antes do seu término, e quasi sempre devido aos mesmos problemas de conduta que apresentam.

Analisaremos o aproveitamento escolar dos portadores de hipogonadismo, nos dois grupos em separado:

1.º) grupo A: dos 12 meninos com hipogonadismo, 7 já eram repetentes (alguns com 2 ou 3 anos de repetição), isto é, mais da metade. A porcentagem geral de repetentes (de anos anteriores) em todo grupo era de 41,2%.

No que toca à promoção para o ano subseqüente ao da pesquisa, 10 dos 12 alunos foram aprovados (inclusive 6 dos repetentes). A porcentagem geral de promoção ulterior em todo grupo foi de 60,5%.

Somente 4 dos 12 alunos com hipogonadismo realizaram a primeira série num só ano. Em todo o grupo A, a porcentagem de alunos nestas condições foi de 32,5%.

O quadro abaixo mostra em cifras absolutas as proporções referidas:

N.º total de alunos 274	{	Novos: 161	{	promovidos: 89
				reprovados: 72
	{	Repetentes: 133	{	promovidos: 77
				reprovados: 36
Alunos com hipogonadismo 12	{	Novos: 5	{	promovidos: 4
				reprovados: 1
	{	Repetentes: 7	{	promovidos: 6
				reprovados: 1

Vê-se pois que, neste grupo, os alunos com hipogonadismo não diferem dos demais quanto ao aproveitamento escolar, pois si entre aqueles a proporção de repetentes é maior do que entre estes, a proporção de promovidos é também maior lá do que aqui; como consequência, a proporção dos que realizam a primeira série num só ano é a mesma entre os hipogonadicos e os normais deste grupo (cerca de 1/3).

2.º) Dos 13 portadores de hipogonadismo clientes da Clínica, 9 já eram repetentes ou apresentavam uma escolaridade muito irregular; dos outros 4, havia 3 que, nesse ano da observação, foram encaminhados ao serviço, com a queixa de não aproveitamento escolar (portanto, candidatos à reprovação).

Para este grupo não é possível, por falta de dados completos, apresentar cifras de controle, isto é, não sabemos a respeito dos 80 alunos matriculados na Clínica, quantos já eram repetentes; provavelmente, a proporção é muito alta, como é também para os 13 meninos com hipogonadismo.

Temos porem elementos para apreciar a "falta de aproveitamento escolar", como queixa atual, entre os 13 com hipogonadismo e os restantes 67 do grupo, a saber:

dos 13 casos endocrinos, 8 não tinham aproveitamento escolar.
dos 67 casos restantes, 21 não tinham aproveitamento escolar.

Aquí pois, a falta de aproveitamento escolar é mais frequente entre os casos de hipogonadismo do que entre os controles.

De modo geral, pode-se pois dizer que, quando se toma a esmo, dentro dum conjunto de escolares, um grupo de meninos com hipogonadismo, estes não diferem essencialmente dos demais quanto ao aproveitamento escolar. Quando, porem, num grupo de meninos, selecionados por apresentarem marcados problemas de conduta e de personalidade, se separam os casos de hipogonadismo, observa-se que nestes a queixa de inaproveitamento escolar é mais frequente do que nos restantes.

IV) HIPOGONADISMO E PROBLEMAS DA CONDUTA

Metade dos meninos com hipogonadismo do grupo A apresentava problemas da personalidade e da conduta: apatia, 2 casos; negligência e desatenção, 4; modo excessivo, 4; timidez, 1; instabilidade, 1; (um mesmo caso tem comumente mais de um problema).

Nada de particular os distingue do grupo a que pertencem, pois os mesmos problemas foram observados nos alunos controles, com incidência praticamente igual.

No grupo B, como é óbvio, todos os meninos apresentavam problemas da personalidade e da conduta, e por isso é que foram matriculados na Clínica de Orientação Infantil.

As diversas espécies de problemas são aquí não só mais frequentes como mais marcadas quanto à intensidade, e também puderam ser melhor estudadas, graças aos vários mecanismos de controle que o Serviço possui: exame psicológico, médico-geral, psiquiátrico, indagação social.

A seguir damos uma relação dos problemas *mais comuns* e *mais importantes*, apurados entre os meninos com e sem hipogonadismo, componentes deste grupo, recordando que um mesmo caso pode figurar em mais de uma queixa.

GRUPO B

	Meninos sem hipogonadismo (67)	Meninos com hipogonadismo (13)
Conduta perturbadora na escola	37	8
Furto	15	5
Instabilidade	5	4
Maus hábitos sexuais	7	2
Mitomania	3	2
Enurese	5	1

As cifras exibidas permitem apenas afirmar que o furto e a instabilidade são mais frequentes entre os hipogonádicos do que entre os controles. Conduta perturbadora na escola é praticamente tão frequentes nuns como em outros.

Apesar de pequeno o numero de nossas verificações, é interessante notar que elas coincidem de um modo geral com as de Molitch e Poliakoff, nos Estados Unidos, que acharam, por exemplo, serem o furto e a instabilidade relativamente mais comuns nos hipogonádicos.

CONCLUSÕES

Como o hipogonadismo se mostrou quasi 4 vezes mais frequente no grupo de escolares "com problemas da conduta e da personalidade" do que no grupo tomado ao acaso nas escolas, sugere-se que ele contribuia, de alguma forma, para a origem ou agravação de tais problemas.

O mecanismo psicológico envolvido em tal correlação não será aqui discutido.

Observa-se que o aproveitamento escolar dos portadores de hipogonadismo espalhados pelas escolas não difere essencialmente do dos demais meninos; mas o aproveitamento dos hipogonádicos "com problemas psicológicos" é inferior ao dos outros meninos que também apresentem tais problemas. Talvez o hipogonadismo acentue neles a gravidade dos problemas em geral, ou os oriente para determinados tipos de desvios da conduta e da personalidade (furto, instabilidade), que interfiram mais de perto com o aproveitamento escolar.

Este apelo à mediação de fatores de ordem psicológica nos parece tanto mais razoável, quanto é certo que o hipogonadismo, *per se*, não traz nenhum rebaixamento de capacidade intelectual.

RESUMO

Foram observados ao todo 25 casos de hipogonadismo (criptorquidia, Froelich etc.) em 2 grupos diferentes de meninos entre 7 e 14 annos de idade: um grupo A, composto de 272 alunos, colhidos ao acaso, nas escolas primárias de São Paulo; e um grupo B, composto de 80 meninos, matriculados na Secção de Higiene Mental, por apresentarem, todos eles, problemas da personalidade e da conduta.

I) O hipogonadismo se revelou perto de 4 vezes mais frequente no grupo B do que no grupo A.

II) Nenhuma diferença essencial, quanto a nivel mental, se observa entre os hipogonádicos em comparação com os normais.

III) Os meninos com hipogonadismo pertencentes ao grupo A não se distinguem, no que diz respeito a "aproveitamento escolar" e a "problemas de conduta", dos demais meninos deste grupo.

IV) Os hipogonadicos do grupo B apresentam, porem, um aproveitamento escolar inferior ao dos demais meninos deste grupo, e, no que toca a questões de conduta, mostram-se particularmente instaveis e propensos ao furto.

V) Á vista dos resultados de nossa pesquisa, parece provavel que o hipogonadismo contribua para origem ou agravação de vários proble-

mas psicológicos e, por meio destes, prejudique o aproveitamento escolar de seus portadores, já que, de per si, o hipogonadismo não acarreta abaixamente do nível mental.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

Twenty five cases of hypogonadism were observed in two different groups of boys (range of ages: 7-14 years.).

A first group (group A) included 272 pupils selected at random in various grammar schools in S. Paulo; a second group (group B) included 80 boys under the care of the Child Guidance Clinic (Secção de Hygiene Mental) because all they presented bhaviour and prsonality problems.

After examination and follow-up, the following conclusions were reached:

I — Hypogonadism was found approximately 4 times more as frequent in the second group as compared to the first.

II — No noticeable difference in mental level was observed between the hypogonadic and non hypogonadic cases.

III — The cases of hypogonadism found in the first group, presented no abnormality as far as school achievement or behaviour was concerned as compared to the rest of the same group.

IV — In group B, however, hyposonadic cases presented an inferior advancement than was observed in the non hypogonadic cases of the same group. Concerning personality and behaviour, they were remarkably instable and prone to stealing.

V — According to the results of our research, hypogonadism probably contributes in the origin or aggravation of various psychological problems which hinder the child's educational advancement.

G O P H E
E P H E

TEMA V

A EDUCAÇÃO SANITÁRIA NAS ESCOLAS

Relator — Dr. CARLOS SÁ

Do tema "A educação sanitária nas escolas" foram apresentadas ao 1.º Congresso Nacional de Saúde Escolar trinta e cinco teses.

De todos os trabalhos apresentados ressalta a importância, cada vez mais reconhecida, da educação da saúde na escola, havendo quem a deseje iniciada no ensino pré-primário e alongada nos estabelecimentos de instruções superiores. Vejamos, por isso, o que dizem os autores dos trabalhos apresentados.

O Prof. Alves Mourão, frisando a necessidade de *aprender fazendo*, tão preconizado pelos mestres americanos, ajunta ao hábito o conhecimento, necessário este a uma adaptação a novas situações. Das professoras exige uma formação profissional que as transforme em educadoras sanitárias. E para multiplicar o número destas, alvitra a criação de cursos especiais nas escolas normais e até nos centros de saúde.

D. Virma Orsi estuda o problema sanitário da cárie dentária, mostrando a importância das infecções focais de larga repercussão na saúde do escolar; e assim salienta a importância do trabalho do dentista na escola e mesmo no lar, às vezes tão refratário, mas até ao qual chega, pela creança, sua ação benéfica.

D. Mathilde Borges pede a efetivação e a generalização dos pelotões de saúde; acentua a necessidade, principalmente no interior, de a professora visitar a casa dos seus alunos, para estimular a cooperação das famílias e sugere, com entendimento arguto da matéria, a criação do serviço ambulante de educação da saúde e assistência médico-social aos escolares, aplicando à educação sanitária escolar o que os sanitaristas brasileiros já fizemos, com os postos intinerantes, nas grandes campanhas da profilaxia rural.

D. Zenaide Villalva de Araujo acha que a educação sanitária obrigatória aperfeiçoa a técnica educativa e friza que cada situação

exige um tipo educacional adequado. E porque a assistência médica e a educação sanitária especializada são muito insuficientes para o nosso país tão estenso, entende que só mesmo a professora primária poderá desbravar o campo da educação sanitária, como o fizeram, em outro terreno, os bandeirantes de Rondon.

D. Maria Antonieta de Castro, em sua primeira tese, "Função social da educadora sanitária", define a assistência social e recorda as etapas de sua evolução; fornece dados estatísticos, principalmente americanos, do norte e do sul, sobre o trabalho das assistentes sociais; separa enfermeiras e educadoras, analisando as tarefas destas últimas no trato com as crianças e dizendo a sua atuação no serviço público; defende a polivalência das educadoras, aceitando a especialização em casos determinados; salienta que a assistência social, em que se empenha a educadora sanitária, é mais que uma profissão, é verdadeira vocação; e opina que a educadora sanitária é o elo mais forte da cadeia entre a escola e o lar.

Em sua tese, de colaboração com a Prof.^a D. Graziela de Vasconcelos, D. Maria Antonieta de Castro, baseiando-se na "Educação da Saúde", de Thomas Wood, define saúde e educação da saúde; resalta que até hoje a educação sanitária não se acha integrada no currículo escolar; exige para a educadora, professora de saúde, condições de saúde física, mental, estáticas e dinâmicas, evidenciadas nos hábitos sadios, no exame médico periódico, em boa instrução de higiene, no mais vivo entusiasmo; destaca a necessidade da formação profissional das educadoras sanitárias, sugerindo que as normalistas procurem preparar-se para defender a saúde dos alunos que, mais tarde, lhes sejam confiados; lembra como a saúde *motiva* o ensino nas várias disciplinas do programa escolar; ensina como deve agir o professor nas zonas rurais, recorrendo aos Centros de Saúde e Postos de Higiene, quando lhe faltam recursos próprios para a educação sanitária.

Em outra tese — "Implantação de hábitos sadios na escola primária" —, D. Maria Antonieta de Castro, que aprendeu a lição de Wood e de Purner e, desde 1919, defende aquela implantação de hábitos sadios como fundamento de educação da saúde, mostra, mais de perto, a correlação dessa aprendizagem viva com a das demais matérias do ensino primário; estuda os vários métodos de realizar a educação sanitária, na revista diária das práticas de higiene, nas tomadas de peso e altura, nas dramatizações, nos clubes de saúde, na merenda etc., reproduzindo as regras de vida sadia de Wood; refere um pouco do que se tem feito em São Paulo; e, salientando o interesse despertado nos alunos pela educação da saúde, dá a esta a finalidade (que Purner preconiza) de preparar cidadãos

orgulhosos de si mesmos e dignos da coletividade a que deverão servir.

O último trabalho, apresentado por D. Maria Antonieta de Castro, não é uma tese, mas interessante relatório da atividade das educadoras sanitárias paulistas e do qual merecem destaque, em 1940, os 11.859 entendimentos com alunos e 78.477 entendimentos com professores; os 22.089 alunos fichados; os 50.490 encaminhamentos para exames, tratamentos etc.; as 38.751 vacinações (ou revacinações, menos louváveis?) contra a varíola; as 57.534 vacinações anti-diftéricas; os 11.337 entendimentos com pais de alunos; e as 27.800 refeições fornecidas.

O Prof. Araldo de Souza pede que os alunos das escolas normais façam estágio de dois anos (1 a 2 horas por dia) nos Centros de Saúde, afim de adquirir conhecimentos que lhes permitam conhecer as endemias rurais, auxiliando, como professores, os médicos incumbidos de seu tratamento, aos quais caberia, por sua vez, a obrigação de visitar as escolas para exame de alunos e orientação aos mestres.

O Dr. Costa Sobrinho delimita os campos da medicina e da higiene; historia a formação profissional dos higienistas paulistas com o Instituto de Higiene fundado em 1917, o Curso de Educadoras Sanitárias inaugurado em 1925, o de Médicos-Higienistas em 1935 e o de Nutricionistas em 1939; mostra como as verbas para educação (cerca de 100.000 contos) são em São Paulo 5 vezes maiores que as destinadas à saúde; insurge-se contra a alfabetização a torto e a direito, sem educação, principalmente da saúde; e preconiza a inclusão de noções práticas de higiene em todos os graus do ensino.

O Prof. Otavio Helene acha que o trabalho de implantação de hábitos sadios nas escolas deve caber a todos quantos aí se encontram em contacto com as crianças, nas múltiplas situações da vida quotidiana, desde que tenham adquirido para isso a necessária formação.

(Não tendo sido entregue ao relator a tese apresentada e lida pela Professora D. Ernestina Hippolito, não se faz a ela maior referência neste parecer).

D. Juracy Silveira estuda, por menor, a pedagogia da educação da saúde, mostrando, com exemplos de fácil aplicação, como o método de projetos se presta a esse ensino; como os mestres de psicologia educacional estabelece os fundamentos desse método (e, no caso, educação da saúde) nas leis da predisposição, do exercício e do efeito; refere-se à organização dos clubes de saúde; salienta que a saúde é fator direto de aprendizagem; e sugere, para que os problemas relativos à saúde da criança tenham sua solução no qua-

dro escolar, a criação do Departamento Nacional de Educação da Saúde.

O Prof. Toledo Noronha alvitra que o Governo crie junto de cada inspetoria escolar os cargos de médico, dentista e educadora sanitária para defesa eficiente da saúde dos escolares.

A educadora Celina Corrêa proclama a necessidade da especialização de educadora sanitária no campo da saúde pública e pede que as alunas do Curso de Educadoras Sanitárias façam estágio no Serviço de Saúde Escolar, tendo chegado a essas conclusões após mostrar as vantagens auferidas em estágio dessa natureza.

D. Maria de Lourdes Santos entende que a educação sanitária eleva o nível não somente físico mas intelectual dos alunos, comprovada esta última melhoria no coeficiente maior de promoções; pede, conseqüentemente, que toda professora tenha um curso especializado de higiene; e lembra a criação de classes de anormais confiadas a professoras devidamente especializadas.

D. Cora Camargo trata dos concursos de robustez escolar, servindo para apurar resultados da educação sanitária, interessar os alunos pela própria saúde, e chamar os pais à responsabilidade na matéria; mostra como já foi feito um concurso assim, mas não cita medida que sirva à avaliação daquela robustez.

O Prof. Faria Gôes acentua a necessidade de fornecer aos professores, nos seus cursos fundamentais e de aplicação, noções indispensáveis à saúde, entendendo, entretanto, que esta se integra no conceito da educação global; acha que o ensino da saúde não pode isolar-se, mas há de fazer-se em todas as situações da vida escolar, e assim o professor, naturalmente com a necessária formação, deve ser o agente exato da educação da saúde.

Da Escola Normal "Caetano de Campos" foi lida apenas a tese sobre "O escolar e os hábitos sadios", escrita em colaboração pelas alunas Helena de Castro Silva, Cybelle Mazilli, Alc니라 Waetze, Leticia Cardoso, Corina Falcão, Herminia Ayrosa, Brisabela de Oliveira, Clío d'Angelo e Cora de Almeida Cintra, tendo cabido a esta fazer a apresentação do trabalho, no qual se friza que a prática diária é o meio melhor de implantar o hábito de saúde, para cuja criação devem exigir-se revistas de asseio, fornecimento de merenda adequada, cuidados de higiene etc., em ambiente salubre, sob direção e vigilância da professora; a esta, para o desempenho de tal missão, deve ministrarse um ensino de higiene que lhe permita suprir, si necessário, a falta do médico e da educadora sanitária, no trabalho de saúde escolar.

O Prof. Lino Avancini acha que a educação sanitária do escolar exige a maior ligação entre o lar e a escola, o que se há de obter por meio de folhetos, reuniões de pais e professores, concursos em

que os pais se interessem, material de higiene fornecido às crianças em casa, reorganização das caixas escolares para obtenção de recursos etc..

O Prof. Francisco Xavier de Castro, revelando-se conhecedor de dolorosas situações regionais, mostra como a escola, participando da vida da coletividade, pode conseguir a melhoria de algumas daquelas condições, com a criação de batalhões de saúde, nos quais os alunos cuidam da sua e da saúde dos que os rodeiam, aprendendo assim aquela admirável lição de Jessie William, que ele não cita mas o relator relembra: "Ter saúde é viver mais e servir melhor".

O Prof. Alfredo Gomes, conhecedor da "Educação da Saúde", de Wood, depois de mostrar os fins dessa educação, avilta, para realizá-la, a elaboração de um livro de orientação para o professorado primário, de modo que este possa levar a bom termo aquela educação.

O Dr. Radagasio Taborda, em quem se encontra, a par do sanitarista de boa escola e educador entusiasta, conta os trabalhos de educação da saúde realizados pelo Posto de Higiene de Gravataí, no Rio Grande do Sul, com um tal êxito que ali conseguiu reunir, em setembro de 1940, um Congresso de Saúde Escolar, distribuindo-se pelos alunos das escolas as tarefas de demonstrações práticas e elaboração de pequenas teses.

O Dr. Bento Ribeiro de Castro entende que a educação sanitária nas escolas é atribuição do médico escolar, auxiliado pelas educadoras de saúde e com a colaboração das professoras.

Resumindo, assim, com deficiência a que serve de excusa a escassez do tempo, as teses sobre educação sanitária, resta ao relator formular algumas conclusões, de acordo com os autores das referidas monografias ou segundo o seu próprio parecer.

Eil-as:

CONCLUSÕES

- 1.^a) *A educação da saúde deve ser realizada em todos os graus de ensino, desde a pre-escolaridade às faculdades de ensino superior, mas encarecida, sobretudo, na escola primária.*
- 2.^a) *A educação da saúde deve constituir em implantar hábitos, determinar atitudes e ministrar conhecimentos que permitam conquistar, conservar e aperfeiçoar a saúde, não somente no indivíduo, mas ainda na coletividade.*
- 3.^a) *A educação da saúde não será feita como disciplina à parte, mas em todas as situações da vida escolar.*

- 4.^a) *Faz-se mister estabelecer padrões de saúde e realizar experiências com testemunho de controle para dizer o valor exato da educação sanitária.*
- 5.^a) *Na escola primária, o melhor agente de educação da saúde é a própria professora que, para isso, deve ter tido a necessária aprendizagem no seu curso de formação regular ou em curso de emergência.*
- 6.^a) *À educadora sanitária cabe realizar a educação da saúde, quando para isso não estejam preparadas as professoras, a quem sempre orientará nessa matéria, mesmo quando tenham, estas, feito cursos regulares ou de emergência, nos termos da conclusão anterior.*
- 7.^a) *As organizações escolares que mais se prestam à educação da saúde são aquelas nas quais se põem em prática o princípio de "aprender fazendo".*
- 8.^a) *Para a orientação dos professores, convém elaborar um programa no gênero de "Introdução à Educação da Saúde", formulado, com esse objetivo, pelo Departamento de Educação do Distrito Federal.*
- 9.^a) *O Departamento Nacional de Educação da Saúde poderá impulsionar decisivamente a educação da saúde, no Brasil.*

O relator dr. Jorge de Queiroz Morais, sobre o "ensino da Puericultura, apresentou as seguintes conclusões:

- 1.^a) *O ensino da puericultura deve ser obrigatório na seção feminina de todas as escolas normais, profissionais, secundárias e primárias.*
- 2.^a) *Nas escolas normais profissionais e secundárias, o ensino deve ser uma verdadeira disciplina e não um estudo apenso ao curso.*
- 3.^a) *Os dispensários de puericultura junto às escolas normais, profissionais e outras, devem ser aproveitados para o ensino, não só das alunas onde estão localizados, como também das alunas dos estabelecimentos vizinhos.*
- 4.^a) *O programa desses cursos deve ser específico, isto é, deve obedecer às peculiaridades de cada Estado, cidade, município, fazenda e ao adiantamento dos alunos.*
- 5.^a) *Deve ser dirigido ao Ministério da Educação e Saúde um apelo para a inclusão do ensino obrigatório de puericultura, na seção feminina de todas as escolas do país, oficiais e particulares, e em todos os cursos: primário, ginásial, normal, profissional e doméstico, para melhor preparação da mulher, na sua futura missão no lar e na formação de brasileiros forte e sadios.*

A relatora — profa. d. MARIA ANTONIETA DE CASTRO, sobre o tema "O papel social da educadora sanitária — Ligação entre o lar e a escola", apresentou o relatório seguinte:

Dentro do tema que temos a honra de relatar, foram apresentados os seguintes trabalhos:

- 1 — do prof. Antonio Berreta, "Ligação entre o Lar e a Escola", em que o autor pede a criação taxativa de associações de pais e professores, que facilitem, em todo o estado, a educação sanitária.
- 2 — O prof. Benedito Sotero Dias de Almeida, em seu trabalho "Relações entre a Família e a Escola", opina pela necessidade de maior cooperação entre o lar e a escola.
- 3 — A Educadora Sanitária Celeste Scaciota apresenta o trabalho "O aspecto social do trabalho da Educadora Sanitária Escolar", no qual cita casos concretos e interessantes observações de alunos, sofrendo a influência de ambientes sociais desfavoráveis, quanto ao aspecto físico e ao mental e as medidas e as providências tomadas para o reajustamento de situações e a profilaxia dos males sociais no meio ambiente, demonstrando, assim, o trabalho social da Educadora Sanitária.
- 4 — Quanto ao prof. Francisco Alves Mourão, conhecedor profundo dos problemas educacionais, através de seu largo tirocínio de professor primário, em seu trabalho "A função social da Educadora Sanitária", chega a conclusões que coincidem com nosso ponto de vista, pelo que nos encontramos nas conclusões finais.
- 5 — No que se refere ao trabalho de nossa autoria "A função social da Educadora Sanitária — Ligação entre o lar e a escola", enquadrámos o trabalho da Educadora Sanitária dentro do Serviço Social, segundo a sua concepção moderna; estudamos a evolução do Serviço Social; o aparecimento de escolas especializadas em todos os países, para a formação de "trabalhadoras sociais", as suas diversas e múltiplas designações, para chegar à Educadora Sanitária, de São Paulo. Esta, na variedade de suas especializações no ramo da infância, na idade pre-escolar, na escolar etc., vem demonstrando o as-

pecto social de suas funções, através de sua atuação *ação preventivo-curativa* — (em colaboração com os médicos), *assistência e vigilância sanitárias, assistência econômica e ação educativa*), aliada a um trabalho de verdadeira *sondagem social*, sobre as condições ambientais que interferem com a saúde do escolar.

Em outro nosso trabalho em cooperação com Graziela de Vasconcelos, "Colaboração do professor nos trabalhos de Educação Sanitária", ressaltamos, além da função da Educadora Sanitária Escolar, nas escolas, a do professor, em atuação direta junto ao aluno. Delimitamos as suas atribuições em função da escola em que trabalha, ou seja a da Capital, cercada de todos os recursos e a da zona rural em que o professor tem que contar com seus próprios recursos para solucionar os problemas da saúde do aluno. Apontamos, então, os cursos de emergência, de higiene, para os professores já em exercício e melhor preparo prático aos futuros professores, nas Escolas Normais, por meio de estágios obrigatórios junto aos Serviços de Saúde Escolar.

No triângulo Lar-Escola-Saúde, a Educadora Sanitária Escolar ocupa a base principal constituindo o ponto de enlace entre todas as atividades educativo-sanitárias.

Do estudo de todos os trabalhos apresentados, chegamos às seguintes conclusões finais:

- 1.^a) *A Educadora Sanitária, pela sua formação especializada, desempenha uma função social.*
- 2.^a) *A Educadora Sanitária Escolar, constitui precioso elemento de coordenação entre a escola e o lar, no que respeita à saúde.*
- 3.^a) *Todo o serviço de saúde escolar deve contar com um corpo de educadoras sanitárias escolares ou agentes de funções congeneres, quanto possível, na proporção de uma para mil alunos.*
- 4.^a) *Dos poderes competentes devem emanar instruções aos professores e diretores de escolas primárias, no sentido de conferir-lhes atribuições no que concerne aos programas de saúde e fazer com que os mesmos acatem as determinações e orientação técnica dos serviços de saúde escolar.*
- 5.^a) *O futuro professor deve realizar estágios obrigatórios junto aos serviços de saúde escolar e sob sua orientação técnica.*
- 6.^a) *Devem ser incrementadas as Associações de Pais e Mestres, Círculos de Pais, ou semelhantes, para melhor entendimento entre o Lar e a Escola.*

EDUCAÇÃO DA SAUDE

Profa. JURACY SILVEIRA
Distrito Federal

NOTA: Da tese da professora Juracy Silveira, do distrito Federal, destacamos o seguinte trecho:

SAUDE —OBJETIVO DA EDUCAÇÃO NACIONALISTA

Um objetivo é um fim para o qual se dirige o processo educativo; é algo que se coloca à frente e que será alcançado de maneira tanto mais fácil, mais inteligente e mais seguro, quanto mais claramente for ele proposto e compreendido e quanto mais bem se lhe ajustaram os recursos científicos utilizados pela educação.

Os objetivos nacionais dizem com as qualidades, com as convicções e com os ideais, quer individuais, quer coletivos, que interessam ao progresso, à unidade e à Segurança Nacional.

A Segurança Nacional repousa, principalmente, no vigor físico, na disposição mental, na capacidade produtiva e na atitude coletiva de defesa que a educação tiver inculcido no povo. Porisso, as nações modernas colocam à frente dos seus programas de governo — Saude — Cultura — Trabalho — Civismo — propósitos vitais que lhes cumpre alcançar através das escolas.

A saude é, pois, um objetivo da educação de base profundamente humano nacionalista. E podemos afirmar o mais importante porque, sem saude, difficilmente serão os demais alcançados.

A mentalidade inglesa, com a sobriedade peculiar ao seu estilo define-lhe assim o valor: "saude não é naturalmente tudo; mas é, seguramente, a primeira das coisas necessárias. Se a tivermos, muitas coisas serão possíveis; se não a tivermos, muitas serão impossíveis".

Diz Ingenieros, com muita razão: "Educar é desenvolver a capacidade para trabalhar; o direito à vida pressupõe o dever do trabalho".

Mas, como educar, como trabalhar se a infância e o povo, depauperados e doentes, não dispõem do potencial de energia necessário para se transformar em ação fecunda e compensadora?

"Para fazer frente aos modernos modos de viver há, certamente, alguma coisa essencial: a saude. Sem ela, o operário não pode trabalhar, o intelectual não pode produzir, o artista não pode crear. Uma saude deficiente tem servido de tumulo às mais altas ambições e aos mais elevados propósitos" (Bela Schick).

De fato, o progresso está condicionado à capacidade realizadora de uma geração comparativamente com a da precedente. Assim, será melhorando as várias gerações novas que se garante o progresso ininterrupto de um povo. A educação da saude, compreendida no seu aspecto

cívico, construirá gerações fortes e sadias; creará uma consciência do trabalho como dever social que incumbe a todos; plasmará caracteres altivos e enérgicos, capazes de participar dos destinos das suas pátrias.

VALORIZAÇÃO DA CRIANÇA PELO ESTADO NACIONAL

O mais importante problema para o Brasil é a Criança Brasileira que tem o direito a nascer sadia e a educar-se de modo a tornar-se um cidadão hígido, culto e digno, capaz de compartilhar, de ânimo forte, espírito e ordem e disciplina e com vivo sentimento de patriotismo, dos destinos do Brasil, qualquer que seja o futuro que a nós brasileiros esteja reservado — de dias tranquilos e felizes ou de dias amargos e de lutas.

Uma vida calma e feliz tem sido sempre a suprema aspiração do nosso povo. A saúde mental e física das novas gerações é indiscutivelmente, a condição primeira para atingir, no futuro, a esse ideal de segurança e felicidade.

O preclaro Chefe da Nação — Sr. Getúlio Vargas — compreendendo a alta responsabilidade que cabe ao Estado na formação das gerações novas, tem se preocupado detidamente com a defesa do corpo e do espírito da infância brasileira. O seu patriotismo, sempre vigilante dos interesses e do bem estar presente e futuro da Nação, levou-o a compreender, como nenhum outro homem de governo, os direitos da Criança Brasileira.

Vários são os decretos que a amparam e a defendem. Uns, diretamente: Departamento Nacional da Criança, limitação da idade mínima para o trabalho, serviços de Educação. Outros, indiretamente, através da família. A humana e adiantada legislação social brasileira trará à criança — filha de pais proletários — maior conforto e proteção, no lar.

E, neste momento, dirigindo o meu pensamento para uma menina de três anos, minha sobrinha, que teve a suprema ventura de nascer sadia e que é a depositária da minha ternura e das minhas mais íntimas esperanças, mando o meu apelo comovido a todos os educadores da minha terra para que, compreendendo o alto valor social da infância, cerrem fileiras em torno da bandeira da Saúde da Criança que é, afinal, a bandeira de um Brasil melhor, mais forte, mais culto, mais trabalhador e mais progressista.

O QUE SE TEM FEITO NO DISTRITO FEDERAL

As últimas administrações do ensino, notadamente as de Carneiro Leão, Fernando de Azevedo, Anísio Teixeira e a atual, tem sabido compreender, de maneira eficiente, a magnitude do problema, alçando-o ao primeiro plano. As referidas administrações ajustaram, pela criação de vários serviços técnicos, o sistema escolar da capital do país, às finalidades da saúde. Mobilizaram administradores, médicos, dentistas, enfermeiras e professores para a realização dessa obra de inigualável valor patriótico. A atual administração, perfeitamente integrada na obra renovadora do Estado Nacional, atacou simultaneamente e vem desenvolvendo, com firmeza e perfeito senso de realidade, além do trabalho

normal das escolas em cumprimento ao programa de saúde, os seguintes problemas:

1) Condições e instalações de novos prédios escolares;

2) Serviços de saúde — nos quais, os dois aspectos — o clínico e o educacional — veem sendo encarados inteligente e proveitosamente. — O primeiro, no centro médico pedagógico, de instalações modernas e primorosas e nos postos médicos pedagógicos instalados nos Distritos e no Centro Odontológico Zeferino de Oliveira, onde são submetidas a tratamento as crianças doentes, a fim de torná-las capazes de reagir, favoravelmente, às atividades escolares. O segundo, o educacional propriamente dito, nas escolas, cooperando no desenvolvimento do programa de saúde, quer realizando palestras aos alunos, quer fornecendo esclarecimentos aos professores; orientando o regime de vida escolar das crianças problemáticas, através da Secção de Ortofonia e higiene Mental; opinando sobre as condições higiênicas do ambiente escolar e do material didático; estudando os tipos de merenda mais convenientes aos nossos escolares, etc..

3) Merenda escolar — A alimentação essencial à saúde como fornecedora de matérias que o organismo assimila e transforma em energia necessária ao trabalho, tanto material quanto intelectual, vem merecendo do Sr. Secretário Geral de Educação e Cultura, Dr. Pio Borges, e dos seus auxiliares diretos, nomeadamente Dr. Alcides Lintz, diretor do Departamento de Saúde Escolar e Coronel Jonas Correia, Diretor do Departamento de Educação Primária, uma atenção especial, lúcida e eficiente.

As verbas administrativas, sem destino especificado, foram transferidas para o Serviço de Merenda Escolar, bem como a quota de 70% da renda das Caixas Escolares.

4) Centros Cívicos — Organização do Departamento de Educação Nacionalista. Visam, pelas oficinas de trabalhos manuais, pelas atividades de biblioteca, recreação e música, a saúde física e mental dos futuros cidadãos brasileiros, num trabalho de continuidade com o das escolas primárias.

É-me particularmente grato acentuar que o magistério do Distrito Federal, ao qual me orgulho de pertencer, tem sabido compreender, com inteligência, e colaborar, com dedicação, e até mesmo com espírito de sacrifício, no esforço da administração, no sentido de melhorar as condições de saúde das crianças brasileiras.

O QUE A ESCOLA PRIMÁRIA PODE REALIZAR

No século em que estamos vivendo, o objetivo de saúde tem aparecido, de maneira constante, nas exposições de motivos das reformas educacionais e dos programas, mostrando assim, de maneira irrefutável, o reconhecimento do valor da saúde, quer para o indivíduo, quer para a sociedade.

Concordam todos — administradores de ensino, médicos escolares, professores — com o conceito: Para fazer frente aos trabalhos escolares, para conseguir um rendimento compensador no ensino, uma coisa é absolutamente imprescindível — a saúde, isto é, um satisfatório e eficiente funcionamento de toda a personalidade que tanto diz com as ati-

vidades mentais, com a vida emotiva, com o trabalho, com a recreação, como também com as condições de vigor físico.

No mais das vezes, porém, o ideal de saúde permanece no papel, nas considerações dos reformadores, na aspiração dos professores, conservando-se, no entanto, ausente, alheado à vida escolar.

Quem quer que medite sobre questões pedagógicas, verifica, desde logo, um atrazo, um lapso, entre as exigências da vida moderna e as práticas escolares. Tal atrazo provem, sobretudo, do fato de que as ciências veem rapidamente transformando o mundo material, mas em relação às instituições sociais, mormente em relação ao ensino, o ritmo decresce e não raro se apresenta sincopado. É flagrante o desequilíbrio entre o progresso científico e as técnicas de ensino que dele são decorrentes. Estas caminham lentamente e, só a custo, conseguem quebrar a inércia das rotinas.

Nas nossas escolas, a educação da saúde tem sido a maior vítima dos processos rotineiros e inadequados. E, no entanto, o que melhor podem fazer as escolas — do Jardim da Infância à secundária, — é plasmar na criança e no adolescente para transferir, amanhã, ao povo, a consciência do valor de uma higidez física e mental tão necessária à felicidade, tanto individual quanto coletiva, tanto à geração presente quanto às porvindouras.

A escola primária deve, pois, encarar o alto problema da saúde cientificamente e empregar, com devotamento, todos os recursos para resolvê-lo com eficiência.

Embora o corpo de funcionários especializados — médicos, dentistas, enfermeiros — seja indispensável, incumbe aos professores, pela convivência diária e demorada com a criança e pela facilidade de contacto com o lar, a maior e a mais delicada parte da tarefa. Constituem eles a linha de frente na Defesa da Saúde. O trabalho do mestre deve ser esclarecido, constante, paciente, tenaz, aproveitando-se de todas as oportunidades para a prática de bons hábitos e para criar, no espírito infantil, o desejo de ser forte, de ser sadio, para ser feliz, para bem servir à sua família e à pátria.

De todos os encargos da escola, os que mantem e defendem a saúde são, certamente, os mais importantes. O bem estar do grupo, e bom êxito individual, a atitude mental e o espírito da escola dependem, em larga escala, da maneira pela qual são tratadas as questões relacionadas com a higidez física e mental.

Para desempenhar-se eficientemente desses deveres, a escola precisa considerar:

- 1 — Finalidade da educação da saúde;
- 2 — Organização de um currículo dinâmico de saúde;
- 3 — Processos de ensino.

I — De acordo com o modestíssimo trabalho com que acorremos ao convite honroso deste patriótico Congresso, as finalidades da educação da saúde poderiam ser assim sintetizadas:

- a) Ensinar aos alunos como adquirir a defender a saúde.
- b) Formar bons hábitos higiênicos que se transfiram à vida fora da escola.
- c) Promover o melhoramento das condições sanitárias da escola, e a do lar, quer através das atividades e ensinamentos ministra-

dos à criança, quer agindo diretamente junto aos pais, através de preleções, de exposições, de exhibições de filmes educativos de transmissões radiofônicas, planejadas e levadas a efeito pelos Circulos de País.

- d) Levar à valorização da saúde como elemento essencial à vida.
- e) Encarar a educação da saúde como instrumento de aperfeiçoamento da raça, de aumento da capacidade de trabalho e de progresso do país.

II — A organização curricular, visando as referidas finalidades, deve incluir:

- a) situações e atividades,
- b) conhecimentos,
- c) hábitos e atitudes.

a) O provimento de situações adequadas, de ambiente claros, limpos, arejados, alegres, sugestivos e a escolha de atividades que realmente interessem e que estejam ao alcance de capacidade das crianças, além de facilitar grandemente a aprendizagem dos conhecimentos científicos e a formação de atitudes favoráveis à apreciação da saúde, como valor positivo, é, ainda, condição fundamental a uma boa disposição de espírito, a uma disciplina voluntária a sadias emoções e a um equilíbrio sentimental que são, incontestavelmente, reflexos de uma perfeita higidez mental.

b) Os conhecimentos tem por escopo dar aos hábitos uma base científica que os torne inteligentes e flexíveis, capazes de enriquecer as possibilidades da vida e não de restringi-las. As informações transmitidas estão, pois, intimamente presas ao uso que delas vão fazer as crianças. Nada de noções supérfluas, inúteis e inacessíveis à mentalidade infantil.

As abusões e as crendices, ainda tão abundantes no nosso povo, desaparecerão no dia em que a escola tiver conseguido dar aos seus alunos uma atitude científica de indagação das causas e de efeitos possíveis.

c) As atividades higiênicas devem ser praticadas, na escola, com regularidade a fim de que se tornem em hábitos. A organização de Pelotão de Saúde e o seu funcionamento sistemático podem concorrer de modo eficiente para esse desideratum. Os bons hábitos higiênicos são, na maioria das vezes, adquiridos antes que a criança possa apreender-lhes a razão científica. Isto, porem, não importa: Virá a seu tempo.

A EDUCAÇÃO SANITÁRIA NAS ESCOLAS

Trabalho apresentado ao I Congresso Nacional de Saúde Escolar, por MARIA ANTONIETA DE CASTRO, Educadora-Chefe da Diretoria do Serviço de Saúde Escolar do Departamento de Educação — S. Paulo.

A Educação Sanitária nas escolas, ou seja, a *Educação de Saúde*, tem, por fim, assegurar aos escolares uma vida tão sadia quanto fôr, humanamente, possível, inculcando-lhes hábitos e levando-os à aquisição dos conhecimentos práticos e dos postulados indispensáveis ao cultivo da saúde, de modo a terem, no fim da vida escolar, formado uma *consciência sanitária*, tão sólida, que os capacite a cooperar na conservação da própria saúde e na defesa da saúde coletiva.

Isto é o que vêm procurando fazer as Educadoras Sanitárias Escolares de São Paulo, dentro do serviço que, de reforma em reforma, é hoje a Diretoria do Serviço de Saúde Escolar, do Departamento de Educação.

Dizer do que vem sendo feito por essas Educadoras, é dizer tudo quanto pode ser feito, nas escolas, em matéria de Educação Sanitária; é apresentar um programa já em grande parte realizado.

De suas experiências e de seus resultados, de 1933 a 1940, é que apresentamos um relato, como contribuição ao I Congresso Nacional de Saúde Escolar.

FINALIDADES

Apesar das mudanças sucessivas pelas quais tem passado o Serviço, vem, no entanto, o trabalho da Educadora Sanitária Escolar reafirmando a sua *unidade*, dentro de sua *tríplice finalidade*, visando: a *conquista da saúde*, pela cura de moléstias e correção de defeitos físicos; a *conservação da saúde*, pela prática de hábitos sadios e criação de atitudes sadias, na escola e no lar; e, finalmente, a *melhoria da saúde*, pelo aprendizado das noções de higiene, para a defesa contra as moléstias.

ATRIBUIÇÕES

Competem às Educadoras Sanitárias Escolares as seguintes atribuições:

- a) promover a formação de hábitos sadios, inspecionando-lhes, a prática, aproveitando as situações escolares (aulas, recreios etc.), para a sua implantação;
- b) ministrar cursos sobre puericultura, alimentação, epidemiologia, segurança pessoal, primeiros socorros e enfermagem;

c) promover campanhas e propaganda, no meio escolar, abrangendo o lar, no que respeita à higiene pessoal, sanidade do ambiente, combate aos vetores de moléstias etc.;

d) inspecionar os alunos, levantar-lhe a ficha individual, auxiliar o médico escolar, quando em serviço;

e) encaminhar alunos para exames especializados, tratamentos, operações etc., aos dispensários, tomando as providências necessárias;

f) verificar o cumprimento das prescrições médicas, dos tratamentos etc., vigiando, cada caso, até a sua solução;

g) encarregar-se de tratamentos de verminoses, aplicações de injeções vacinas etc., na própria escola;

h) providenciar sobre exames, tratamentos e afastamentos, em casos de moléstias contagiosas, bem como, policiamento dos respetivos focos;

i) organizar, após seleção médica, classes especiais de desnutridos etc., ou prestar, às mesmas, colaboração;

j) procurar obter a colaboração econômica de caixas escolares, serviços de assistência etc., em benefício da saúde do escolar;

l) organizar ou estimular a criação e prestar colaboração a instituição a instituições que visem a melhoria da saúde (sopas, clubes de saúde etc.);

m) manter contínuo intercâmbio com os pais dos alunos, por meio de visitas, palestras etc., para estudo das condições sanitário-sociais e consequente melhoria;

n) velar pela salubridade do ambiente e higiene do trabalho escolar;

o) proceder a estudos, investigações etc., referentes aos problemas sanitário-sociais do escolar.

EXTENSÃO

As Educadoras Sanitárias Escolares estão distribuídas, mediante escala previamente traçada, pelos 98 grupos escolares da Capital e duas escolas primárias anexas às normais, cabendo, para cada uma, a média de, mais ou menos, 3.000 alunos.

PROGRAMA DE SAUDE

Uma vez que todas as atividades da Educadora, na escola, giram em torno da *saúde* do escolar, em todos os seus aspectos, *saúde física, mental, social e moral*, devendo a Educadora velar pelo desenvolvimento normal da criança, sob todos esses pontos de vista, não pode deixar de constituir o seu programa, um verdadeiro *programa de saúde*, baseado como está nas realidades sanitárias.

Dentro deste, foram as seguintes as suas realizações, de 1933 a 1940:

AÇÃO PREVENTIVA E CURATIVA

A observação direta e contínua, do aluno, para a prevenção e cura das moléstias e a correção dos defeitos físicos, constitui a preocupação

inicial da Educadora, prolongando-se por toda a vida escolar do aluno: é a assistência médico-sanitária que a mesma realiza, em colaboração com o médico.

No começo do ano, a Educadora levanta a ficha de cada aluno novo, de 1.º ano, (127.260 alunos fichados, de 1933 a 1940), para a colheita de dados referentes a: a) *anamnese* (bio-patológica e sociológica); b) *exame objetivo* (pelos dados antropométricos e fisiológicos e exames médicos, geral, especializado e de laboratório); c) *regime de vida*; d) *condições do meio* (higiênico-econômico-sociais).

Para que, no entanto, tais informações resultem fidedignas, não se satisfaz a Educadora com os informes do aluno; chama as mães, à sua presença, para dizerem da vida passada e presente de seu filho, o que garante a fidelidade estatística dos dados colhidos que, no fim de cada ano, são analisados de acordo com um código-guia e cujo resultado constitui como que a história da saúde dos alunos fichados.

Iniciada a ficha, pela Educadora, o Médico Escolar, obedecendo a escala previamente traçada, com determinação de local de trabalho, classe, período etc., procede à *inspeção médica*, geral, no aluno.

Concomitantemente, a Educadora organiza, para cada classe, um "Quadro de Observações", no qual lança o nome de cada aluno e anota os que precisam de providências especiais. Entra, assim, em contato mais íntimo com o aluno, não mais o perdendo de vista, seguindo o caso, até o fim, para que seu trabalho seja considerado perfeito.

Assim, se o aluno precisa de uma operação, uma hospitalização, um internamento, um aparelho ortopédico etc., a Educadora não socega, enquanto não o vê recebendo esses cuidados, até a cura completa.

Passaram, assim, sob observação da Educadora, 197.530 alunos, sendo de 517.482 o número de inspeções, em geral.

Decorrente da inspeção médica, a Educadora encaminha o aluno, quando necessário, para exames especializados de olhos, garganta, laboratório, para tratamentos, operações, etc., ao Dispensário Central, ou aos Dispensários Distritais, instalados nos grupos escolares "João Kopke", "Pereira Barreto", "Amadeu Amaral", "Santos Dumont", "Instituto Profissional Feminino", ou a outras clínicas ou serviços especializados.

Elevou-se a 224.731, o número desses encaminhamentos; a 76.023, o de exames especializados; a 55.363, o de exames de laboratório; a 56.472, o de tratamentos e operações obtidos.

Alguns exames especializados são feitos no próprio grupo, pelos médicos especializados em Ortopedia, Tisiologia, Dermatologia e Endocrinologia. Também os alunos que apresentam problemas de personalidade ou de conduta, com o caso historiado pela Educadora, são encaminhados para a Secção de Higiene Mental.

A Educadora, por sua vez, quando necessário, faz tratamentos na escola: curativos, injeções — 20.443; aplicação de raios ultra-violeta — 18.899; tratamentos de verminoses — 25.295, estes sob responsabilidade do médico.

Quanto aos casos de moléstias contagiosas, ou são focalizados pelos médicos, durante a inspeção, ou nos Dispensários ou nos Serviços de Epidemiologia, da Lepra etc. e notificados aos diretores dos grupos. De posse das respectivas comunicações, a Educadora vai à classe do notificado, faz uma pesquisa em torno dos companheiros, membros da família etc. e toma as providências necessárias (14.639 afastamentos).

Por outro lado, a luta contra as moléstias contagiosas é feita, em larga escala, por Médicos e Educadoras, concomitantemente, nos próprios grupos escolares: 155.723 vacinações anti-variólicas; 2.091 anti-tíficas, sendo ainda aplicadas 57.566 imunizações anti-diftéricas.

Vigilância Sanitária — Não pára aí no entanto, a atuação da Educadora em favor da saúde do escolar. Através do “Quadro de Observações”, exerce a *vigilância sanitária*, indo às classes, chamando os alunos à sua presença, verificando, de aluno em aluno, os que se submeteram a tratamentos, operações etc., insistindo, com alunos e pais, até que sejam feitos, tomando providências sobre os mesmos, inspecionando a prática dos hábitos sadios, combatendo, ainda, a pediculose, escabiose etc..

Assistência Social — Não se limita a Educadora a exercer suas atividades somente dentro do âmbito da escola. Precisa entrar em contacto com o lar, procedendo a uma verdadeira *sondagem social*.

Para isso ou chama as mãis, à escola, ou vai ao domicílio, quando estas não atendem ao chamado.

Por meio de entendimentos com as mães (87.133), palestras, (4.695), visitas domiciliárias (2.874), a Educadora aconselha sobre tratamentos, operações etc.; toma conhecimento do regime de vida do aluno e aconselha mudanças necessárias; descobre casos e contactos de moléstias contagiosas e aconselha os cuidados, isolamentos e afastamentos exigidos; observa as condições higiênico-econômico-sociais do meio familiar e procura, na medida do possível, melhorar e reajustar situações.

Assistência Econômica — A Educadora também procura, tanto quanto possível, remediar as deficiências econômicas, no que interferem com a saúde do escolar. Assim, ao ser receitado um remédio, óculos etc., a Educadora verifica, muitas vezes, que o escolar não pode obtê-los, pois que a renda de sua família, “*per capita*” (segundo o estudo a que procedeu o Professor Lawrie, sobre o custo da vida, em São Paulo), fica abaixo do mínimo verificado, ou sejam 120\$000 por adulto e 70\$000 para cada criança. A saúde do aluno, no entanto, não pode pecar por falta deste auxílio. Que faz a Educadora? Recorre ao Diretor, o qual, valendo-se da “caixa escolar”, fornece o necessário, o que pode ser comprovado pelos 11.339 óculos, 8.687 remédios e 2.222 auxílios diversos distribuídos.

Assistência alimentar — Quanto à assistência alimentar, é bem conhecida a esforçada atuação dos Diretores para remediar a sua deficiência entre os alunos, com a instituição da “sopa escolar”, que funciona em alguns grupos, e de que deu o exemplo, o Prof. João de Azevedo Brandão, no Grupo Escolar “Gabriel Ortiz”, em 1933. Nesse ano, figura, nos nossos relatórios, a distribuição de 240.417 refeições, sendo que, em 1940, acusa 27.809.

Trabalhos de colaboração — são realizados, por Médicos e Educadoras: seleção de alunos para Colonias de Férias, classes de debses físicos, para Educação Física etc..

Estudos e pesquisas — são feitos, no meio escolar, como o que se refere às causas médico-sanitário-sociais do não aproveitamento dos alunos, o que foi feito, em 1940, com o levantamento de cerca de 2.000 fichas de alunos repetentes dos 1.ºs anos e conseqüente levantamento de dados estatísticos.

AÇÃO EDUCATIVA

Quanto à AÇÃO EDUCATIVA, é bem de vêr que ela não se pode circunscrever ao ensino de algumas noções de higiene; é muito mais ampla: imiscue-se em todas as atividades já citadas e atinge sua maior potência através da implantação dos

hábitos Hádios — Estes constituem o princípio e o fim da Educação Sanitária, cujo objetivo é a aquisição de uma perfeita saúde; o ensino, propriamente dito, da higiene é, pois, somente um meio para se conseguir tal fim.

Os hábitos, a serem implantados, referem-se: ao *físico sadio*, alimentação, sono, exercício, ar puro, cuidados aos dentes, boca, ouvidos, nariz, cabelo, pele, pés e mãos; ao *psiquismo sadio*: saúde mental e emotiva, relações sociais, trabalho; e, finalmente, ao *lar e comunidade sadios*: hábitos pessoais repressão das doenças, em casos específicos, prevenção de acidentes, primeiros socorros. Isto quer dizer que, se o objeto da Educação Sanitária é levar, cada aluno, a ser capaz de pôr em prática um programa satisfatório de hábitos higiênicos, é preciso que tal programa, partindo dos hábitos pessoais, se dirija, progressivamente, para mais amplos horizontes, estendendo-se aos complicados problemas sanitários das grandes cidades, problemas que condicionam sua própria saúde e a de seus semelhantes.

Para melhores resultados, todas as *situações* escolares devem ser aproveitadas para a implantação de hábitos, tiradas da própria vida escolar, devendo mesmo o *leit-motiv* da saúde penetrar em todos os sectores do trabalho escolar: aulas, recreio, merenda etc.. Já nos 1.^{os} e 2.^{os} anos começa, o aluno, a aprender a *fazer, fazendo*: daí, a instituição do uso do lenço, copo, toalhas individuais aulas de escovação de dentes etc., atividades que vêm sendo desenvolvidas pelas Educadoras Sanitárias, sendo de 7.223 o número de aulas práticas, quanto à esse particular. Também a organização de *Clubes de Saúde*, cuja finalidade é difundir os princípios de higiene entre os escolares; exercer vigilância sobre a prática dos hábitos sadios e irradiar a Educação Sanitária ao lar (já foi ensaiada em 1933, com pleno êxito).

Cursos práticos — Quanto a este aspecto da ação educativa, que consiste em orientar o *aluno* na aquisição dos conhecimentos práticos necessários à racionalização dos hábitos sadios e indispensáveis ao cultivo da saúde, temos procurado sistematizar a atuação da Educadora. Não nos satisfazem aulas esporádicas, dadas a esmo. Ao contrário, suas aulas obedecem a um plano previamente estudado, abrangendo os pontos essenciais da matéria, em perfeita conexão, sob bases essencialmente práticas, o que facilita o ensino, tornando mais interessante o aprendizado.

Aliás, para se conseguir tal objetivo, as aulas devem ser entremeadas de problemas, discussões, investigações, inquéritos, jogos, brinquedos, dramatizações. O aluno, por sua vez desenvolve atividades manuais: cartazes, cartilhas, fichas, gráficos, desenhos, recortes etc..

Cada Educadora dispõe de material didático apropriado a cada curso confeccionado sob plano por nós elaborado, em coleção de 30 a 40 cartazes.

Os cursos, desenvolvidos pela Educadora, versam sobre *Puericultura, Nutrição, Epidemiologia, Segurança Pessoal, Primeiros Socorros e Enfermagem.*

Puericultura — No que respeita à Puericultura, vem a Educadora, desde 1926, divulgando seus preceitos nos 4.ºs anos da escola primária de São Paulo, através do programa da "Escola das Mãesinhas", atividade esta, no entanto, intensificada, a partir de 1933, quando elaborado novo programa sob bases mais amplas, foi se desenvolvendo, de modo a acusar dessa data até 1940, o seguinte movimento: 588 cursos, ministrados através de 10.080 aulas, a 22.476 alunas.

Suas atividades são bem conhecidas: inquéritos sobre as causas das mortes das crianças das relações da aluna, para o estudo sobre a mortalidade infantil; a pesagem, o banho, o preparo de alimentos dietéticos etc., quanto possível *ao vivo*; a confecção de enxovais modelos, com o número de peças e sob os requisitos de higiene, indispensáveis os mostruários, quartos de Bebê etc. etc..

As alunas, nas festas escolares, gostam de representar comédias sobre o assunto, como prezam muito o diploma que lhes é conferido pelo Serviço de Saúde Escolar, na terminação do curso.

Alimentação — O valor da *boa alimentação*, seu papel na formação de ossos, dentes, músculos, desenvolvimento de calor e crescimento etc. vem sendo ensinado através dos *Cursos de Nutrição*, instituídos em 1934, sendo dadas, até 1940, 3.797 aulas.

A Educadora ensina ao aluno a escolher os alimentos, de acordo com as exigências individuais do organismo; o melhor modo de prepará-los; o perigo das gulodices e da falta de horário nas refeições, o bom aproveitamento do dinheiro, com a compra do alimento melhor, por meio de problemas e inquéritos, sobre o custo dos alimentos.

Como aplicação prática, o aluno organiza cardápios, folhinhas, faz desenhos, recortes e desenvolve outras atividades manuais.

As refeições, na escola, são aproveitadas para aquisição de bons hábitos sobre alimentação e asseio; prática sobre a escolha dos alimentos; fiscalização do regime alimentar do aluno, no lar etc..

Classes de Nutrição — Também as Classes de Nutrição, destinando-se a crianças sub-nutridas, conseguem melhorar suas condições de saúde, submetendo-as a um regime especial; *higiênico* (pela adoção de um sistema de vida que responda às suas exigências de constituição e crescimento); *dietético* (pela instituição de um regime alimentar sadio, em substituição ao regime defeituoso, do lar); *preventivo* (pelo fortalecimento do organismo por meio de banhos de sol, exercícios adequados, sono e repouso); *terapêutico* (por meio de exames médicos e outros; correção de defeitos físicos e tratamentos necessários).

Ensaio sobre esta modalidade de ação educativo-preventivo-curativa foram levados a efeito, em 1933, em alguns estabelecimentos de ensino da Capital.

Epidemiologia — As moléstias contagiosas, como se transmitem, como se evitam, são focalizadas nos Cursos de Epidemiologia, em 15 aulas, levando o aluno, quanto possível, a atividades práticas, para melhor aproveitamento.

Instituído em 1937, acusa, até 1940, 629 aulas.

Outros aspectos da ação educativa — Um aspecto que desejamos frisar e que demonstra bem o entrosamento entre a ação da Educadora

e Professores, é que estes, constantemente recorrem à Educadora para a solução de casos, em sua classe (59.220 entendimentos com professores e 13.482 orientações, a pedido dos mesmos, o que mostra seu grande interesse pela saúde do escolar). Este, por sua vez, procura a Educadora, muitas vezes espontaneamente, ou é por esta procurado para elucidações, esclarecimentos etc. Para cada um, um conselho, uma advertência, o que quer dizer, a *instrução sanitária*, em pequenas doses que, somadas, deram, de 1933 a 1940, o total de 159.390 entendimentos com alunos.

Também *campanhas educativas* que começam na escola e terminam no lar, vêm sendo desenvolvidas, sobre asseio pessoal, pediculose, escabiose, moscas, mosquitos, ratos etc. etc..

A *propaganda* contra os fatores prejudiciais à saúde tem sido feita, principalmente, por cartazes e folhetos sobre hábitos sadios, tuberculose, tífóide, moscas, mosquitos, ratos, verminoses etc., de publicação do Serviço de Saúde Escolar.

Concursos como o de *robustez da criança escolar*, tiveram larga participação das Educadoras. Nas *exposições* escolares figuram trabalhos da Educadora, de demonstração do serviço e de propaganda higiênica, bem como algumas organizam, em suas salas de trabalho, verdadeiro *museu* de material didático.

Excursões, visitas são feitas a instituições de proteção à infância, Instituto de Higiene etc., como demonstração do que se faz, entre nós, em favor da criança.

ESTÁGIOS

Um aspecto interessante, de irradiação de nossos métodos e processos e do estudo do material humano, em seu aspecto biológico, *in loco*, tivemos, em 1940, com os *estágios* junto aos trabalhos da Educadora Sanitária Escolar, das alunas da Escola Normal "Caetano de Campos", as quais não só frequentaram os serviços dos Médicos e Educadoras, no 1.º semestre, como, no 2.º, seguiram o da respectiva Educadora, na Escola Modelo Anexa.

Desnecessário é encarecer a importância desta medida que, levando a normalista a se defrontar com os problemas da saúde do escolar, permitir-lhes-á, ao iniciar sua carreira, em escolas afastadas, resolvê-los, quando se apresentarem.

Também para as alunas do Curso de Educadoras do Instituto de Higiene, foi incluída, na cadeira de Higiene Escolar, do referido curso, a prática junto aos trabalhos da Educadora Sanitária Escolar, passando todas as futuras Educadoras, obrigatoriamente, pelo estágio citado, no Grupo Escolar "Alfredo Bresser".

Ainda Educadoras do Serviço, destacadas no Dispensário de Puericultura da Escola Normal "Padre Anchieta" e nas cadeiras de Puericultura, Higiene e Enfermagem, do Curso Secundário e de Aperfeiçoamento do Instituto Profissional Feminino, desenvolveram atividades práticas, referentes à matéria.

Tais, em suma os resultados dos esforços da Educadora Sanitária Escolar, no desenvolvimento de seu *programa de saúde*, tendente a proporcionar, ao escolar, a realização das suas mais altas possibilidades físicas, mentais e espirituais.

E, finalizando, desejamos apresentar ao I Congresso Nacional de Saude Escolar, a seguinte conclusão:

Constituindo a Educadora Sanitária Escolar o principal agente para o desenvolvimento do programa da Educação de Saude, o I Congresso Nacional de Saude Escolar sugere, aos governos dos estados do Brasil, a necessidade da instituição de Cursos de Educadoras Sanitárias destinados a especialização de professoras públicas, em higiene, a exemplo do que se faz no Instituto de Higiene de São Paulo, e o aproveitamento, no maior número possível, de professoras, assim especializadas, nas escolas.



IMPLANTAÇÃO DE HÁBITOS SADIOS NA ESCOLA PRIMÁRIA

MARIA ANTONIETA DE CASTRO

Educadora-chefe da Dir. do S. do Saude Escolar — S. Paulo

CONCLUSÕES

O I Congresso de Saúde Escolar sugere, ao Ministério de Educação, tornar obrigatória, em todas as escolas primárias do país, a adoção de medidas concretas, visando a formação de hábitos sadios:

a) ampla divulgação dos preceitos básicos de higiene, como as "Regras da Vida Sadia", referentes ao físico, sadio, ao psiquismo sadio e ao lar e comunidade sadios;

b) aproveitamento das situações escolares (aulas, recreios, merenda etc.), para a implantação de hábitos sadios;

c) revista diária, nas classes, para verificação das práticas higiênicas;

d) organização de "Clubes de Saude", ou congêneres, destinados a despertar e firmar, no espírito do aluno, o interesse em torno de sua saude e da dos demais;

e) correlação com outras matérias do programa, devendo o tema *saude absorver todos os fundamentos do trabalho escolar, nas diferentes disciplinas;*

f) cooperação da família para a melhoria da saude do escolar, pela formação de hábitos sadios;

g) manter sempre vivo, no escolar, o desejo de conseguir o máximo de perfeição física para si, para a família e para a raça, unido à ambição de realizar as grandes tarefas que só os homens são e robustos podem relizar para o bem de sua Patria.

IMPLANTAÇÃO DE HÁBITOS SADIOS NA ESCOLA PRIMÁRIA

MARIA ANTONIETA DE CASTRO

Educadora-chefe da D.S.S.E. do Departamento de Educação.

O QUE TEMOS FEITO

Em São Paulo registramos, como primeira tentativa para a implantação de hábitos sadios na escola primária, a "Cartilha de Higiene", lançada por Almeida Junior, antes de 1925.

Já nesse ano, em março, fazendo parte do núcleo inicial de 15 professoras, chamadas por Pedro Voss e Paula Souza, para colaborar nos serviços de saúde pública, ensaiávamos, pessoalmente, as primeiras experiências nos grupos escolares "Prudente de Moraes" e "Regente Feijó", como realizações da então Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde.

Começando por um inquérito sobre a existência ou não da revista diária de asseio, nas classes e sobre a prática de hábitos sadios em 1.470 alunos, deste resultou que somente 310 (21,08%) tomavam banho diariamente; 323 (21,99%) escovavam os dentes; 259 (17,61%) dormiam em quarto arejado; 130 (8,84%) usavam copo individual e 448 (30,48%) tinham lenço.

Diante da precariedade da prática dos hábitos mais rudimentares começamos por instituir: a) revista diária, de asseio; b) pesagem, na classe, com a colaboração do aluno, para o registro do peso no "Quadro de Saúde" e em cartões, para conhecimento dos pais; c) aulas práticas sobre escovação de dentes; d) uso do copo e lenço individuais; e) vigilância em torno da prática dos hábitos; f) propaganda entre as famílias.

Em 1926, experimentávamos, no "Jardim da Infância", uma série de trabalhos baseados na atividade das próprias crianças que, através de desenhos, recortes, páginas de colorir e de armar, histórias, comédias etc., sobre o banho, o leite, as verduras, a "casa dos bons alimentos", o "inimigo da escova" etc., iam adquirindo hábitos e melhorando sua conduta sanitária.

Em 1927, por intermédio da Rádio Educadora Paulista, irradiávamos uma série de histórias e concursos para crianças, sob o tema "saúde", com o pseudônimo de Myrianto.

Nesse mesmo ano, em concurso literário da "Tarde da Criança", alcançávamos um prêmio pelo livro "Papagaio Louro", de histórias infantis, sobre higiene, como também elaborávamos cartazes, folhetos sobre hábitos sadios, como trabalho da Inspetoria de Educação Sanitária.

Em 1928, sistematizavamos os preceitos sanitários, em temas para as palestras das Educadoras Sanitárias nos Centros de Saude, sendo que o movimento em torno dos hábitos sadios, nas escolas, na citada Inspetoria, de 1925 a 1930, foi o seguinte: palestras coletivas — 3.971; instruções individuais — 12.206; pesagens, com fim educativo — 10.263; impressos distribuidos — 24.441.

Convém ressaltar, em 1930, a organização da “Escola de Saude”, no Centro do Bom Retiro, destinada a levantar o físico de crianças desnutridas, principalmente, pela substituição dos máus hábitos (alimentação e outros), pelos bons hábitos: jogos, brinquedos ao ar livre, merenda sadia etc.. Esta foi a precursora da “Escola de Saude”, que a Cruzada Pró Infância instituiu no Parque D. Pedro, com as mesmas finalidades, e que funcionou de 1931 a 1936.

Diminuindo de intensidade o ritmo do trabalho de educação sanitária nas escolas, só foi retomado em 1933, sendo que, desta data até 1940, o serviço que, após sucessivas reformas, é hoje a Diretoria do Serviço de Saude Escolar, registra, nesse sector, 15.276 aulas sobre hábitos sadios; 3.797, sobre nutrição; 629 sobre epidemiologia; 10.680 sobre puericultura, num total de 30.382 aulas. Ainda 159.390 entendimentos verbais, com alunos; 59.220 entendimentos e 13.482 orientações a professores sobre a saude de seus alunos.

O material resultante como aplicação prática desses trabalhos, ou sejam, cartazes, cartilhas, gráficos etc., podem ser examinados na *exposição-demonstração*, organizada pelo seu corpo de Educadoras Sanitárias Escolares, como contribuição ao I Congresso Nacional de Saude Escolar.

Alem de artigos em jornais e revistas, na tese “A Saude, como objetivo da Educação”, por nós apresentada ao V Congresso Panamericano da Criança, em Havana, em 1927, lembravamos, na Conclusão primeira: “a saude repousa sobre a formação de hábitos sadios”, e, na segunda: “a formação de hábitos sadios deve ocupar o primeiro lugar nos programas de educação da criança” e, em conferência que realizamos na Associação Brasileira de Educação (12-1-1929), sobre “Os hábitos sadios e a escola”, fazíamos o seguinte apelo: “todos os esforços, na escola primária, devem ser congregados em torno da formação de hábitos sadios”.

EPH

COLABORAÇÃO DO PROFESSOR NOS TRABALHOS DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA

MARIA ANTONIETA DE CASTRO

e

GRAZIELA DE VASCONCELOS

CONCLUSÕES

- I — Aos diretores e professores das escolas primárias cabe uma grande parte da responsabilidade na execução de um programa de Educação da Saúde.
- II — Dos poderes competentes devem emanar instruções aos diretores e professores das escolas primárias, no sentido de:
 - a) delimitar-lhes e conferir-lhe atribuições, no que concerne à colaboração com os Serviços de Saúde Escolar;
 - à colaboração com os Serviços de Saúde Escolar;
 - b) prestigiarem, estes, a ação dos Serviços de Saúde Escolar, acatando suas determinações e orientação técnica.
- III — Nas localidades em que não haja atividades dos Serviços de Saúde Escolar, devem, os professores primários em exercício seguir, obrigatoriamente, cursos práticos, de emergência (epidemiologia, dietética, puericultura, enfermagem) por determinação e escala das Delegacias Regionais de Ensino, e orientação do Serviço de Saúde Escolar.
- IV — Nos programas das Escolas Normais deve ser dado, ao futuro professor, o preparo especializado para a Educação da Saúde, de acordo com os seguintes princípios:
 - a) base geral científica;
 - b) informação técnica, específica e prática;
 - c) *ensino prático da saúde.*
- V — O futuro professor deve realizar estágios obrigatórios sob orientação técnica do Serviço de Saúde Escolar.