nospital de hoje

VOLUME 28 - ANO XI - 1966





The author intends, through the discussion of the rationalization of sanitary units, to establish a planning procedure. After discussing the modern Health Center and the Health Center Club, the author deals with the sanitary activities and other elements which influence the planning.

In the Chapter "Contributions to the Planning" he tries to put the Health Center into architectural terms. For this purpose he defines areas, classifies activities, and groups the different services.

The rational distribution of space is obtained by: 1 — Dividing the center into five basic units:

a) administrative unit (supervision, sanitary control, etc.) b) clinical units (waiting, registration, records, examina-

tion, treatment, prevention, etc.)

c) teaching and hygiene unit (orientation, education, meetings, etc.

d) social and recreational unit (playground, games, sna-

ck bar, health-club, etc.) e) general service unit (garage, lockerrooms, etc.).

2 — Grouping: into two big groups:

a) General — all common interest areas and services (Office, Record Room, X Ray, Laboratory, Mental Hygiene, Library, Public Bath, Snack-bar, Recreation, Store--room, etc.)

Specialized — areas and services pertaining to a speplicity of facilities, one room only for: infant health; - Selection of common functions: to avoid the multiplicity of facilities, one room only for: infant health; pre-school child health; centralized record room; just one dark room for both, X Ray and "Abreugrafia", etc.

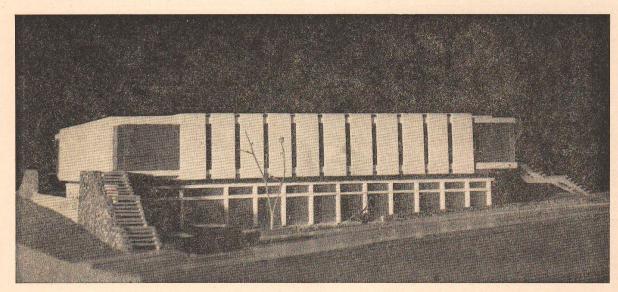
4 - Brazilian peculiarities in the health problem: such as: more emphasis is given to curative medicine; maternal health; complete assistance to the sick child; laboratory used for diagnostic and control of diseases besides

the sanitary control, etc.

5 - Determining Central Elements: the record room as the health center core, etc.
6 — Inter-relationship between the different elements of

activities, shown in the flow charts.

7 — Maximum flexibility: multiple use set-up, such as: interchangeable waiting rooms, examination and treatment rooms. The final chapter presents different Health Centers planned according to these new ideas.



Clube-Saúde de São Bernardo

PLANEJAMENTO DE UNIDADES SANITÁRIAS EALTH EN T F R P (LA N

R B A R M

O presente trabalho constitui uma tentativa de sistematizar e racionalizar o planejamento de Unidades Sanitárias. Os aspectos focalizados são parciais, e as conclusões, provisórias.

Pesquisas e análises mais completas certamente levarão a novos dados e conclusões, que ensejarão planejamentos mais seguros

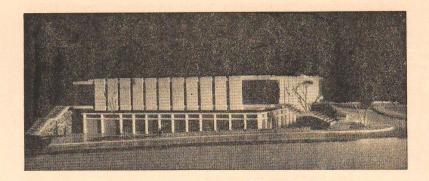
A matéria abordada foi dividida em 4 partes:

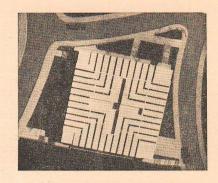
Transcrição dos Arquivos de Higiene e Saúde Pública — vol. XXVII Nº 92 - Junho de 1962

I PARTE — Conceituação Geral

II PARTE — Elementos para o planejamento III PARTE — Contribuição para o planejamento IV PARTE — Projeto

Na I Parte, procurou se situar a Unidade Sanitária dentro dos modernos conceitos de Saúde Pública. Na II Parte, foram coligidos os subsídios necessários ao planejamento. Na III Parte, são apresentados conceitos e normas para o planejamento. Na IV Parte, é feita análise parcial de algumas Unidades Sanitárias.





I PARTE

I — CONCEITUAÇÃO GERAL

A medicina moderna evoluiu, de apenas curativa ou preventiva, para curativa, preventiva e social.

O conceito de saúde pública também passou por gradativa transformação: da fase do saneamento do meio, passou à de epidemiologia e, agora, para a fase social.

O próprio conceito de saúde se expandiu: de simples ausência de doença, para o completo bem estar físico, mental e social (1)

O hospital acompanhou essa evolução. A O.M.S. assim define o hospital moderno: entidade de diagnóstico e tra-tamento, que exerce a medicina curativa e preventiva da população em geral e concorre para o bem estar físico, mental e social dos indivíduos.

Sendo a saúde a preocupação final, tanto do médico como do hospital e da saúde pública, não mais se compreende prestação de serviços isolados: de profilaxia, de diagnós tico e de tratamento.

É a medicina integral: a medicina curativa, preventiva e construtiva ou social (2).

II - O CENTRO DE SAÚDE NA ATUALIDADE

A fim de bem compreender o papel do centro de saúde em face dos atuais conceitos de saúde pública e assistência hospitalar, necessário se torna abordar, se bem que ligeiramente, os seguintes dos seus aspectos:

1) Descentralização dos Serviços de Saúde Pública;

2) Centralização das atividades sanitárias locais;

3) Condicionamento das Unidades Sanitárias;

- Particularidades da medicina preventiva e saúde pú-4) blica:
- Entrosamento da medicina curativa com a preventiva. 5)

1 — DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA

O descrivolvimento da saúde pública vem-se fazendo no sentido da descentralização dos órgãos de saúde e a coor-denação dos serviços sanitários, de modo a melhor atender

às necessidades específicas de cada região (3). Henrique Maia Penido e colaboradores (4) advogam a descentralização dos trabalhos de saúde pública em Distritos Sanitários e a criação de Equipes Distritais, constituídas, no mínimo, dos seguintes técnicos: médico sanitarista, engenheiro sanitarista, enfermeira de saúde pública, e, quando possível, educador sanitário, os quais, sob a chefia do primeiro, se encarregariam da coordenação e orientação de tôdas as atividades de saúde pública, dentro da área distrital.

Segundo J. de Barros Barreto (5), "o princípio da divisão distrital para a execução da tarefa sanitária descentralizada é um dos pontos fundamentais da moderna organização de saúde no Brasil". Nesses distritos sanitários, as atividades de saúde pública seriam atribuídas a, pelo menos, uma unidade sanitária, sediada no núcleo mais importante. As unidades sanitárias agiriam em harmonia com as unidades de assistência médica.

Outra não é a orientação do Serviço Americano de Saúde Pública. ao preconizar integração de hospitais e centros de saúde, numa rêde coordenada, composta de hospitais

(1) Definição da O.M.S. (Organização Mundial de Saúde).

de base, hospitais distritais, hospitais rurais e centros de saúde (6).

2 — CENTRALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES SANITÁRIAS LOCAIS

Assim como a racionalização da assistência hospitalar leva a enfeixar todos os tipos de assistência em uma única instituição — o Hospital Geral — assim, no setor de saúde pública, a racionalização conduz à polivalência das unidades sanitárias, ao Centro de Saúde

Da mesma forma como se condena a construção de maternidades, de hospitais para isolamento e de outros hospitais especializados, elegendo-se o hospital geral para todos os tipos de doenças, inclusive tuberculose e doenças mentais incipientes, assim, não mais se compreende a pluralidade de unidades locais e o fracionamento da assistência sanitária em: postos de higiene, postos de tracoma, postos de malária, postos de puericultura, postos de reidra-tação; policlínica; dispensários de tuberculose, de lepra, de malária; ambulatórios, etc. Paulo C. Castro (7) reuniu estas unidades, segundo as

suas atividades, em três grupos básicos:

- o ambulatório
- o dispensário
- 3) o centro de saúde;
- e deu lhes as seguintes definições:

Ambulatório: é a unidade sanitária local, especializada e estática. É especializada, porque atende a determinada doença ou grupo de doenças, ou ainda, a determinado grupo etário. Exemplo: postos de puericultura; dispensário de lepra.

É estático, porque não conta com visitadores sanitários. Tem função social limitada, pois atende mais o indivíduo. Dispensário: é a unidade sanitária local, especializada, dinâmica. Exerce visitação domiciliar intensiva. Alcança não só os doentes e suspeitos, mas também a população sadia.

Centro de Saúde: é a unidade sanitária polivalente e dinâmica.

Segundo Mascarenhas, é a unidade dinâmica responsável pela execução de tôdas as atividades de saúde pública que possam ser descentralizadas em órgão local, em uma determinada área (8)

Essa área é comumente o distrito sanitário (podendo compreender um ou mais distritos de paz, um ou vários municípios).

3 — CONDICIONAMENTO DAS UNIDADES SANITARIAS

Geraldo Paula Souza já afirmava não poder existir um tipo único de Centro de Saúde.

A O.M.S., em 1952, confirmou esse conceito de elasticidade ao declarar que: um centro de saúde é mais uma en tidade funcional que uma entidade orgânica; sua estrutura deve adaptar-se às condições e às exigências locais. Uma unidade sanitária deve, pois, atender às necessidades médico-sanitárias e às condições sócio-econômicas do meio. Mascarenhas (9), referindo-se aos problemas de saúde pública no Estado de São Paulo, ressalta que a ação da medicina preventiva só é bem aceita pela população, quando

Aspectos da maqueta, notando-se as placas que unificam o fôrro e as paredes. No centro da cobertura, uma cruz vazada para melhor iluminação e ventilação.



recebe o auxílio de uma aparelhagem básica da medicina curativa. Para o público, sempre imediatista, é preciso primeiro curar os enfermos, para depois prevenir a doença nos sãos ou supostamente sãos.

Segundo Armando Cesar Leite, Gastão Hugo Teixeira Lobão e Walter Aloysio Wyss (10) "as unidades sanitárias passaram a executar, paralelamente, o trabalho preventivo e o trabalho curativo, por fôrça das exigências da medicina

4 — PARTICULARIDADES DA MEDICINA PREVENTI-VA E SAUDE PUBLICA

Se bem que, na prática, a Medicina Preventiva se confunda com Saúde Pública, existe uma real diferença entre ambas. Se ambas cuidam de evitar a doença e promover a saúde (11), a diferença, contudo, está em que, na Medicina Preventiva, a responsabilidade direta cabe ao individuo, enquanto na Saúde Pública, cabe à coletividade, como responsável primário

Délio da C. Costa Alemão chama a atenção para o êrro comum entre nós, de atribuir ao Govêrno a responsabilida-de pela Saúde Pública, esquecendo-se da co-participação

da comunidade (12).

É de Sigeriste a feliz comparação: uma campanha de saúde pública, sem a participação ativa do povo, é o mesmo que uma batalha travada por um exército formado apenas de oficiais, sem o auxílio de soldados.

Winslow, em sua conhecida definição, ressalta o papel da comunidade e do indivíduo na saúde pública: "Saúde Pú-blica é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental, através de esforços da comunidade, para o saneamento do meio, o contrôle das doenças infecto-contagiosas, a educa-ção dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem, para diagnóstico precoce e tratamento preventivo de doenças o desenvolvimento da maquinaria social, de modo a assegurar, a cada indivíduo da comunidade, um padrão de vi da adequado à manutenção da saúde (11).

5 — ENTROSAMENTO DA MEDICINA CURATIVA COM A MEDICINA PREVENTIVA

A necessidade dêsse entrosamento foi reconhecida, em 1952, pela O.M.S., ao conceituar o Centro de Saúde: "Uma unidade que assegura as funções essenciais da medicina curativa, preventiva e de higiêne, que são necessárias para a maioria da população local, seja diretamente ou em A maior ou menor parcela de assistência curativa está em

função da consciência sanitária do povo. Entre nós, não há dúvida que não é possível a sua dissociação da Medi-

cina Preventiva.

Paulo C. Castro (13), estudando a influência do analfabetismo em nosso meio, concluiu: "Onde o analfabetismo é mais elevado, a educação sanitária torna-se mais difícil e a assistência médica curativa mais intensa que a preventiva. As delimitações entre a medicina preventiva e a medicina curativa estão desaparecendo. Quando as condições locais ou regionais favorecem êste fato, as duas modalidades de atividades se confundem na unidade sanitária local".

Geraldo de Paula Souza é de opinião que "quanto mais elevado o padrão de vida de uma população, mais simples se torna a sua organização sanitária"

Rodolfo dos S. Mascarenhas (14) afirma "que se impõe a elevação do padrão de vida de certos grupos sociais para que todos possam gozar completo bem estar físico, mental

A O.M.S. também ressalta a necessidade de um padrão de vida mínimo para a manutenção da saúde.

Populações pobres, como as nossas, portanto, estão mais sujeitas à medicina curativa.

Inversamente, quando uma comunidade atinge elevados níveis educacionais, econômicos, financeiros e sociais, a própria família torna-se o agente sanitário dessa coletividade, e o hospital e a saúde pública, como instituição oficial, o centro único de assistência médico sanitária da coletividade: o hospital-centro sanitário Das também, considerar-se que os serviços de saúde pública evoluem no sentido de se tornarem centros de diagnóstico precoce e triagem

Uma unidade sanitária, quando situada em uma região com bons serviços de assistência médica, restringe sua ação quase que a atividades de medicina preventiva. Quando em pequenos centros urbanos, é levada a uma maior soma de atividades de medicina curativa, em detrimento, ou não, de atividades de medicina preventiva.

III — UNIDADES SANITÁRIAS POLIVALENTES

O Centro de Saúde é a única unidade sanitária local, que deve existir em uma comunidade. Esse conceito, naturalmente, não exclui a flexibilidade de centros polivalentes maiores ou menores e mais ou menos completos. O que se pretende fixar é o conceito da polivalência contra o de unidades especializadas.

Mascarenhas (14) defende o conceito da polivalência, baseado nas seguintes razões:

1.º) Por permitir a existência de um comando único, para as atividades locais de saúde pública.

Por trazer facilidades ao público: a clientela prefere uma repartição, que atende os membros da família como um todo.

3.°) Por ser mais barato.

dos doentes.

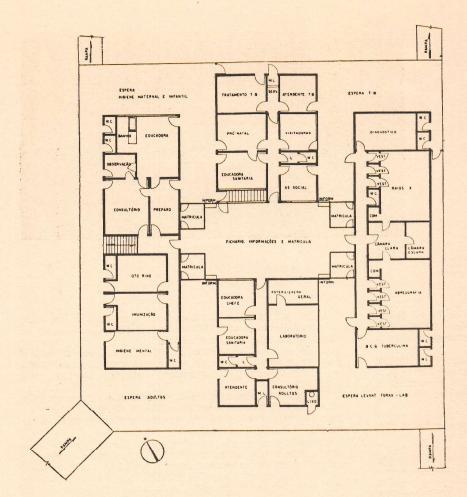
Paula Souza e Borges Vieira (15) demonstraram que o custo de um centro de saúde se torna menor que o correspondente a várias unidades locais especializadas. A economia tanto é de pessoal como de material, instalação, transporte, etc

O Centro de Saúde de Araraguara, único responsável por tôdas as atividades sanitárias locais, é uma demonstração

prática dêsse conceito.

Os altos dirigentes da Nação já estão tomando consciência deste problema, como se depreende do seguinte trecho do trabalho "Hospital-Unidade Sanitária" (16) do SESP: "A medicina, por sua própria natureza, exige um trabalho unitário, para um rendimento satisfatório"

Entretanto, em nosso país, estamos diante de um problema, que vem dificultando êsse trabalho. Referimo nos à pluralidade de órgãos encarregados da assistência médico-sanitária, com os seus reflexos na esfera local, trazendo entre



CLUBE-SAUDE DE SÃO BERNARDO

Neste centro, as salas de espera servem concomitantemente, de sala de espera para ma-trícula e de sala de espera da respectiva clinica. Também, como no projeto do Centro de Pinheiros, foram eliminadas as tradicionais divisões existentes entre os diferentes serviços: Departamento Estadual da Criança, Departamento de Serviço do Interior, Departamento da Profilaxia da Lepra; Divisão de Serviço de Tuberculose; Serviço de Erradicação da Malária, e Profilaxia da Doença de Chagas e Instituto Adolfo Lutz. O Centro de São Bernardo apresenta bem definidas as 5 unidades básicas: no pavimento superior as unidades de clínica, e no inferior as unidades administrativas, de ensino e higiene, social e recreativas, e dos serviços gerais. O projeto tira partido da localização do terreno faceando três vias públicas, criando quatro acessos independentes, diretos da rua para as salas de espera, cada uma correspondente a um dos 4 setores básicos de que se compõem o Clube-Saúde: puericultura, adultos, th e doenças da pele. Apesar dos acessos diferentes, divisões por grupos etários e especialidades clínicas, os usuários convergem para o núcleo central, onde se localizam o guichê de informações, o fichário único e a matrícula; esta última em saleta individual para ensejar o registro da nistória clínica em ambiente privado, sem constrangimento. A localização centralizada do fichário

outros malefícios, a criminosa dispersão de esforços, além do desperdício de ordem financeira. Seus efeitos nocivos, que, até há pouco tempo, eram debatidos pelos técnicos, já agora estão repercutindo nas altas esferas administrativas da nação, o que levou o próprio Presidente da República a focalizar essa conjuntura, na mensagem de 1957 ao Congresso Nacional, exatamente nos seguintes têrmos: "A construção, em uma pequena localidade, de várias unidades sanitárias, um posto de puericultura, além de mais um ou dois postos especificamente destinados ao combate de determinadas doenças — suscitou problemas diversos, como, entre outros, o relativo ao pessoal técnico e administrativo, necessário ao funcionamento dos serviços. Em muitos casos, um só médico divide o seu tempo entre os vários centros sanitários. Essa multiplicidade de serviços parte do falso pressuposto de que populações de baixo nível educativo possam orientar-se, por si mesmas, através de autodiagnósticos, quanto aos males que as afligem. Urge, portanto, modificar a política federal de auxílio aos Estados, assegurando-lhes melhor aproveitamento dos recursos próprios e daqueles que a União lhes conceda. A recomposição dos órgãos sanitários federais, com o objetivo de dinamizá-los, poucos benefícios trará, se não fôr conjugada com o esfôrço para aprimorar as organizações estaduais de saúde, e colocá-las em condições de prestar assistência sanitária efetiva às populações locais".

Na referida mensagem presidencial, encontram-se ainda

as seguintes palavras:

"A assistência médico sanitária deve desenvolver-se, simul tâneamente, através de ação preventiva e curativa, atribuindo-se a uma e outra maior ou menor destaque, de acôrdo com a situação peculiar a cada área. A assistência curativa assume, sob muitos aspectos, caráter nitidamente preventivo e encontra melhor receptividade por parte do povo, despertando-lhe o espírito de cooperação. Reconhecendo os inestimáveis serviços prestados à saúde pública pelas instituições privadas, e no intuito de complementar a sua rêde médico-hospitalar, vem o Govêrno concedendo, àquelas entidades, substancial auxílio técnico-financeiro Impõe-se, entretanto, melhor coordenação entre as entidades governamentais e particulares, através de um plano geral de assistência, tendo em vista eliminar desnecessárias e onerosas duplicações de serviço. A criação de unidades mistas, hospitais-postos de higiene, apresenta-se na atual conjuntura sanitária, como uma das melhores soluções para que as atividades preventivas e curativas se completem. Funcionando como um todo, tais unidades permitem dar execução prática ao moderno conceito de medicina integral"

IV — ENTROSAMENTO DO CENTRO DE SAÚDE E O HOSPITAL

A nítida demarcação entre medicina preventiva e curativa, no passado, talvez tenha sido a maior causa do presente divórcio das atividades de saúde pública e assistência hospitalar. Enquanto os hospitais eram solicitados a cuidar do indivíduo e da restauração de sua satide, a satide pública se voltava para a comunidade e a prevenção de suas doen-

Nos países mais adiantados, enquanto os índices de mortalidade e morbidade por doenças infecto-contagiosas caíam, outros tomavam o seu lugar. Com a redução dos coeficientes de mortalidade infantil, maior número de pessoas atingiam a maturidade e com isso se elevou o número de pessoas, necessitando de tratamento médico-hospitalar. Elevou se, também, a incidência de doenças crônicas, de afecção cárdio-vascular, câncer, diabetes e outras, que passaram a se tornar problemas de saúde pública.

Todavia, estas doenças não podem ser controladas pelos métodos habituais, utilizados pelos serviços de saúde pú-

blica: os métodos coletivos, "mass aproach" (17). A descoberta e o tratamento de pessoas doentes também vêm sendo considerados problemas da alçada da saúde pública. Na sua função de proteção da saúde da comunidade, a saúde pública vem, cada vez mais, levando em consideração as condições físicas individuais.

Para isso, carece da cooperação do médico, e do hospital, donde as conclusões da "Comission on Hospital Care":

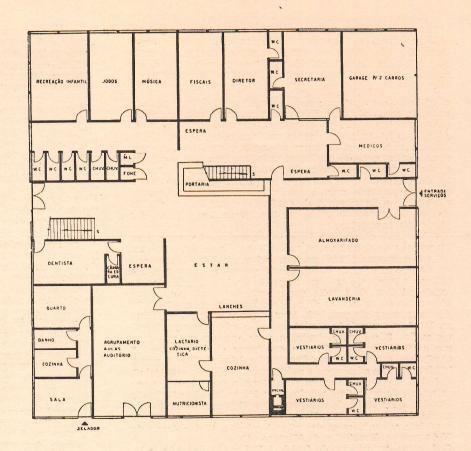
Referente à integração:

"Hospitais e serviços de saúde devem coordenar os seus esforços e integrar as suas funções".

Referente ao Pessoal:

"Deve existir íntima ligação entre o hospital e os programas de saúde pública, para que as atividades de ensino do hospital possam incluir treino em trabalho de saúde pública".

possibilita ainda o encaminhamento direto dos prontuários a qualquer consultório, sem cruzamento, pelos corredores internos. Os pacientes de tb encontram os setores inerentes a sua especialidade, isolados do resto da Unidade. Todavia, graças ao corredor de inter--comunicação, todo o Centro pode servir-se do Rx e da câmara escura localizados no setor reservado à tb, sem no entanto ter que invadí-lo. Em face da realidade nacional, da pouca aceitação da medicina preventiva e da consequente necessidade de se dar muita medicina curativa, foram descentralizadas as enfermeiras de saúde pública, educadoras e assistentes sociais, e localizadas junto a cada grupo de consultórios. A posição central da portaria do pavimento inferior possibilita a supervisão total dêsse andar e de todos os seus acessos. O grupo de salas reservadas às atividades sociais, dada sua localização térrea, integra-se aos jardins e áreas de recreação externas. O pavimento superior forma um só ambiente. As divisões, quando elevadas até o teto, são envidracadas na sua parte superior, de modo a não tirar a unidade do fôrro. Este, com as paredes perimetrais e a parte do piso correspondente ao balanço, formam um e mesmo desenho. A insolação e a ventilação dos ambientes se faz através das frestas entre as placas, que unificam o forro e as paredes.



3 — Referente às instalações:

"Duplicação desnecessária de esforços e equipamentos deve ser evitada sempre que possível, pela utilização comum das instalações, tanto pelo hospital, como pelos serviços de saúde pública. A economia resultante é grande, pois várias são as instalações e equipamentos em comum: Raios-X, laboratórios e ambulatórios. Assistência materna, à infância, à tuberculose e doenças venéreas são elementos essenciais a um bom serviço de saúde, mas, também, são atribuições do hospital. Doenças nervosas e mentais se estão tornando gradativamente problemas mais sérios da saúde da coletividade. O hospital e o serviço de saúde pública, trabalhando em conjunto, estarão mais aptos a atender a estes e outros problemas. Até a utilização do mesmo pessoal, revela-se viável em certos casos".

V — UNIDADE SANITÁRIA MISTA

É a unidade que, sob direção única, presta assistência médico-sanitária integral à população

Segundo Mário Franca e Corinha Fischer (18), a integração, num só órgão, das atividades clássicas do hospital e da unificação sanitária, lhes confere uma amplitude de ação extremamente valiosa para a consecução de seus objetivos e maior economia e eficiência, cujos aspectos mais importantes são:

- Construção funcional simplificada; 1)
- Administração centralizada;
- Utilização conjunta do prédio, de equipamento e registros médicos;
- 4) Utilização conjunta dos serviços técnicos, administrativos, auxiliares e gerais;
- 5) Coordenação das atividades preventivas e curativas;
- Eliminação da duplicidade de trabalhos e desperdício de tempo e material;
- Trabalho educativo continuado;
- Utilização mais racional dos leitos hospitalares, devido ao trabalho do Pôsto, propiciando redução do tempo de permanência e do custo do paciente dia;

9) Redução do quadro de pessoal.

Unidades Sanitárias mistas, em um mesmo edifício, tais como descritas, estão sendo operadas pelo S.E.S.P. em Pão de Açúcar, em Alagoas (35 leitos), Alagoa Grande (50 leitos) na Paraíba, Santarém e Breves, no Estado do Pará, funcionando respectivamente desde 1955, 1953 e 1945. Centros de Saúde-Hospital também foram instalados pelo S.E.S.P. em Colatina (Espírito Santo), Petrolina (Pernambuco) etc. Paulo Cesar de Azevedo Antunes e Hermelino H. Gusmão oferecem outro exemplo de Hospital Centro de Saúde, em Amapá (19).

TIPOS DE UNIDADES SANITARIAS

O Centro de Saúde é a unidade sanitária regional básica.

"É o eixo da organização sanitária", segundo Geraldo de P. Souza e Borges Vieira (15).

Para os técnicos americanos, um centro de saúde só é econômicamente viável, quando se destina a uma população, mínima, de 50.000 habitantes. Nos distritos sanitários, dentro do âmbito do Centro de Saúde, podem existir cidades, municípios e distritos de paz, que careçam do suplemento de outro serviço local de saúde pública, mais simples.

R. Mascarenhas e P. C. Catro (14) classificam essas uni-

dades sanitárias locais em:

- a) "Subcentro de Saúde unidade sanitária local, polivalente, exercendo atividade de medicina preventiva e, quando necessário, medicina curativa. E subordinado a um centro de saúde regional. Possui sempre funcionários permanentes, residindo na cidade ou via-sede, tais como vi-sitadora, inspetor sanitário, etc. Poderá possuir, também, um ou mais médicos permanentes ou receber assistência médica, através de um facultativo do Centro de Saúde, que o visita, uma ou mais vêzes por semana". Araraquara é um bom exemplo. O seu Centro de Saúde possui 5 subcentros instalados nas vilas do município, tendo enfermeiras de saúde pública residentes.
- "Unidade Sanitária-Hospital: Em muitas regiões, onde não existe serviço de assistência hospitalar, o govêrno se vê na obrigação de construir um hospital oficial. A população, também, precisa de uma unidade sanitária. Os dois

órgãos são criados, seja aproveitando um mesmo prédio, seja em prédios diferentes, contíguos ou não. São essas duas unidades distintas, que se caracterizam pela coordenação íntima de suas atividades. Essa coordenação é, em muitas regiões, colocada em uma chefia comum, geralmente um médico sanitarista, que administra os dois órgãos"

c) "Hospital-subcentro: essa denominação é dada para a unidade sanitária situada em uma comunidade, onde não exista nenhum serviço de assistência médico hospitalar. Aqui, não há separação entre unidade-hospital e unidadesanitária. Existe apenas um só órgão, com atividades, preponderantemente de medicina curativa, mas que, também, tem alguma ação no setor da medicina preventiva. É uma unidade que deve ser chefiada por um médico, geralmente jovem, capacitado para o exercício da clínica médica, da obstetrícia e da cirurgia de urgência e que terá o auxílio técnico do centro de saúde regional, para a realização das atividades sanitárias.

No hospital-subcentro não existe coordenação, mas, sim, integração de atividade. A unidade funciona como um to-do, sob a mesma chefia, com um só pessoal e utilizando-se do mesmo material. A finalidade precípua dêsse órgão é prestar assistência médico-curativa, sendo as atividades de saúde pública, de âmbito mais restrito, complementares. No centro ou subcentro de saúde e hospital, a coordenação é a mais completa possível. Neste caso, o hospital, distrital ou local, e a unidade sanitária estão sob a mesma administração. São órgãos distintos, funcionando em um mesmo edifício ou em edifícios contíguos ou diferentes. A chefia em comum, de médico sanitarista, facilita a possibilidade de um só plano de saúde para o distrito sanitário". O S.E.S.P. já adota outra classificação, que atende ao seu princípio de prioridade: Subposto; Pôsto Médico; Unidade Sanitária A; Unidade Sanitária C e Centro de Saude. As atividades de cada um dêsses diferentes tipos de unidade sanitária encontram-se descritas à página 47 dos Anais do X Congresso Brasileiro de Higiene (4). O Serviço Americano de Saúde Pública (20) também ado-

ta diferentes tipos de unidades sanitárias locais, como

Tipo A — Com, aproximadamente, 300 m² de área construída, dotada de 12 funcionários de tempo integral e destinada a servir uma população máxima de 35.000 habitantes. Capacidade anual: 8.000 visitas.

Tipo B-1 e B-2 — Com, aproximadamente 600 m², dotada de 27 funcionários de tempo integral, destinada a servir uma população de 60.000 habitantes. Capacidade anual: 16.000 visitas.

Tipo C — Com, aproximadamente, 1.000 m² destinada a servir uma população de 100.000 habitantes, dotada de 46 funcionarios de tempo integral: 1 diretor; 1 assistente; 1 enfermeira-chefe; 1 enfermeira assistente; 20 enfermeiros de saúde pública; 8 engenheiros sanitaristas; 1 educador sanitário; 1 assistente social; 1 laboratorista; 1 técnico; 1 servente de laboratório; 3 secretárias; 6 serventes. Capacidade anual: 25.000 visitas.

VI — HOSPITAL-CLUBE E UNIDADE SANITARIA CLUBE-SAUDE

Hospital-Clube é a instituição especialmente planejada e organizada para proporcionar saúde a uma coletividade, sob forma científica, racional e econômica. É a assistência integral. O homem em seu todo, uno e indivisível, e a família, substituindo o indivíduo no conceito de unidade de vida. A amplitude desta moderna concepção médico-social não mais se acomoda dentro dos estreitos limites do hospital e do Centro de Saúde usuais; não mais comporta o fracionamento da medicina, em preventiva e curativa, e não mais aceita o desdobramento sanitário de postos de puericultura, postos de tracoma, postos de malária, dispen-sários, postos de hidratação, serviço de saúde escolar, ga-

binetes dentários escolares, ambulatórios isolados, etc.

O Hospital Clube, portanto, enfeixa tudo o que de mais moderno se pode oferecer ao bem-estar físico, mental e social de uma coletividade: unidade sanitária polivalente, ambulatório, propto socorre, hospitalização, distributação, dist ambulatório, pronto-socorro, hospitalização, diagnóstico, tratamento, geriatria, reabilitação, assistência domiciliar, recreação, educação e pesquisa.

A assistência, quanto mais ampla, completa e profunda, A assistencia, quanto mais ampia, compicia e protunta, mais contribui para o bem-estar orgânico, psico-social e sócio-cultural do indivíduo. Sendo a assistência preventiva a melhor e a mais econômica: "a assistência ao são, para evitar a assistência ao doente", o Hospital-Clube foi meldede pore "dor soude a partir da própria saúde". E. moldado para "dar saúde a partir da própria saúde". E, para isso, associou as atividades sanitárias às recreativas. Associação essa inspirada nos excelentes resultados e renomadas pesquisas do Centro de Saúde-Clube de Peckham (Londres).

O Clube desempenha papel preponderante no plano sanitário visado pelo Hospital-Clube e pela Unidade Sanitária--Clube-Saúde. Além de sua função natural, recreativa, esportiva, cultural, de higiene mental e social, familiariza o povo com a instituição de saúde, habituando-o a considerá-lo com um bem integrante da comunidade, sem inibições, temores ou preconceitos psicológicos; beneficia as famílias com a concentração, num só local, de todos os elementos ligados aos problemas sanitários, sociais, educacionais e recreativos; êsse contato íntimo permanente, tão importante, de outra forma seria impossível. Além dessas funções, o clube enseja, a exemplo de Peckham, a observação da família em ação. Para o biólogo e o médico isto é particularmente necessário, já que, duas das três atividades principais, lhes são inacessíveis: o lar e o traba-lho; resta-lhes a terceira atividade: a recreação. Os esportes, jogos, dança, leitura, música, teatro etc. constituem as fontes do contato social das famílias e os meios de análise dos médicos (21)

A par das funções focalizadas: de clube, medicina preventiva, curativa e saúde pública, importante aspecto, tanto do Hospital-Clube como do Centro de Saúde-Clube, é o econômico: a racionalização e o uso múltiplo de instala-ções, que possibilita. O auditório é um exemplo: a unidade sanitária vale-se dêle para preleções, projeções e de-monstrações; o centro social para reuniões de associações da comunidade, danças, filmes e representações; o centro de estudos para aula de médicos, sanitaristas, enfermeiros, assistentes sociais, visitadores, etc. É o uso duplo do espa-go e do equipamento, tanto para fins clínicos como para fins sociais. E não são poucas as atividades comuns: são as oficinas de trabalho, as diferentes modalidades de esportes, os parques infantis, as salas para reuniões, a bi-blioteca, etc. Os esportes e a recreação das pessoas sadias são exercidos em conjunto com o hospital ou a Unidade Sanitária. E isso pela simples razão de não haver justificativa para uma tal separação, pois, o que se chama de pas-sa-tempo, desportos e "hobby", no nosocômio e Centro de Saúde toma o nome de terapia de ocupação, fisioterapia e reabilitação física e social.

As instalações especificamente médicas, também, desempenham funções múltiplas. como o laboratório, raios X, a unidade móvel, o ambulatório, o serviço social médico, o fichário etc. Sirva de exemplo o Ambulatório e o Labo-

ratório

O ambulatório é um dos setores que mais elementos de integração oferece. A êle converge o povo, através dos muitos acessos do Hospital Clube: através das áreas de recreação, unidade sanitária, geriatria, reabilitação, unidades de hospitalização, pronto-socorro e da entrada do ambulatório pròpriamente dito. O laboratório, na parte médica atende aos exames clínicos; na parte de saúde pública — exames de leite, alimentos, água. etc. e a ambas as partes nos exames sorológicos para sifilis, análise de urina, contagem de glóbulos sanguíneos, etc. Em conclusão: o Hospital Clube ou a Unidade Sanitária

Clube-Saúde, autônoma, possibilitam, sob um mesmo teto e direção única, uma política sanitária e social sadia e um plano racional capaz de solucionar integralmente, técnica, científica e econômicamente os problemas humanos da co-

letividade a que se destinam.

VII — CONCLUSÃO DA I PARTE

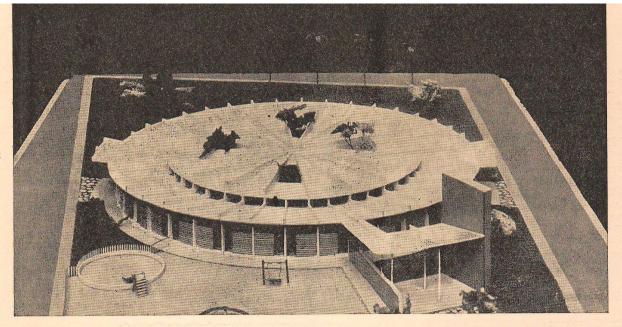
O Brasil encontra-se em situação peculiar, quanto aos problemas de saúde. Se, por um lado, ainda luta com alguns problemas básicos de saúde pública, próprios do século passado, como saneamento do meio, combate às endemias rurais, às doenças transmissíveis agudas e à mortalidade infantil, por outro se defronta com as doenças crônicas e degenerativas, como as afecções cárdio-vasculares, diabete e câncer

Enquanto algumas unidades da Federação ultrapassam o coeficiente de 5 leitos hospitalares por 1.000 habitantes, outras não atingiram sequer a cifra de 1 leito por 1.000

No setor de abastecimento de água, a par de cidades paupérrimas, de menos de 1.000 habitantes, no extremo norte do país, que possuem serviço de água, em 1952, 138 cidades no Estado de São Paulo, algumas com mais de 15.000 habitantes, não contavam com êsse e outros serviços básicos. (Inquérito de H. Pinto Tameirão) (22)

O contraste é flagrante. A situação reclama urgente planejamento coordenado, de âmbito nacional, regional e local e a sua progressiva execução, dentro das possibilidades econômicas, técnicas, sociais e educacionais (a Nação.

A escassa disponibilidade em pessoal, também, deve ser atendida. No tocante ao elemento médico, do total aproximado de 20.000 médicos, dispomos de 10.000 para uma



CLUBE SAUDE DE MOGI DAS CRUZES

população rural de 50 milhões, isto é, apenas um médico para cada 5.000 habitantes. Os outros 10.000 médicos aten-dem a população de 10 milhões, que vive em sedes municipais.

No setor restrito das unidades sanitárias, impõe-se, portanto:

- 1) Estabelecer um programa de execução das atividades sanitárias.
- H. M. Penido e colaboradores (4) preconizam:
- a) Nos centros urbanos: Apenas a centralização, por parte do govêrno, dos setores de bioestatística, de epidemiologia (coleta de dados, estudos, plano geral de contrôle); de saneamento do meio e de educação sanitária (plano geral de trabalho, preparo de pessoal e de material técnico) e apenas coordenação da medicina preventiva e curativa, a cargo dos órgãos assistenciais.
- b) Nas áreas rurais: a responsabilidade direta do govêrno, quanto à execução das medidas de medicina preventiva e curativa, ou promoção do seu desenvolvimento, quando possível.
- 2) Estabelecer uma prioridade de execução das atividades sanitárias
- Ainda de acôrdo com H. M. Penido e colaboradores (4):
- Atividades básicas: Atingindo o total da população: assistência médica; educação sanitária; saneamento do meio; contrôle de doenças transmissíveis; bioestatística.
- Atividades especiais: Atingindo parte da população: higiene materna, higiene infantil; higiene pré-escolar; higiene escolar; higiene dentária; higiene do adulto; higiene industrial; higiene mental.
- 3) Não iniciar nenhuma atividade especial, antes de solucionar os problemas básicos. Cada uma das atividades básicas deveria ser desenvolvida dentro de um escalonamento progressivo, de trabalho, em função da magnitude do problema, das disponibilidades financeiras e de pes-
- 4) Não manter unidades sanitárias locais especializadas.
- 5) Não instalar centros de saúde em distritos de população inferior a 50.000 habitantes ou inferior a 25.000 para subcentros
- 6) Imprimir o caráter de efetiva polivalência, sob chefia única, a tôdas as unidades sanitárias.
- 7) Entrosar centros e subcentros com hospitais locais.
- 8) Interligar atividades sociais e recreativas da comunidade com as das unidades sanitárias locais, as unidades sanitárias clube-saúde.

II PARTE

ELEMENTOS PARA O PLANEJAMENTO

Cuida esta parte de apresentar, sob forma sucinta, dados, particularidades e noções sanitárias, diretamente concernentes ao planejamento de Centros de Saúde, abstraindo programa, levantamento das necessidades do distrito sanitário, localização, terreno, recursos financeiros, etc. Assim, serão focalizados:

I) Atividades da unidade sanitária, que interessam ao planejamento

- II) Pessoal que integra a unidade sanitária
- III) Dados e elementos necessários ao planejamento de unidade sanitária.
- I Atividades de Unidades Sanitárias, que interessam ao planejamento (23)

Podem ser assim enumeradas:

- 1) Educação Sanitária orientação especializada; planejamento, e supervisão da educação sanitária do público.
- 2) Estatística contrôle de movimento dos serviços, observação dos fenômenos demográficos e finalidades epidemiológicas.
- Epidemiologia e profilaxia estudo e prevenção das doenças de maior prevalência e incidência no distrito sanitário. Atividades gerais de combate à tuberculose, lepra e doenças venéreas. Atividades especializadas, em função da prevalência da doença e do número de doentes: tratamento da tuberculose, fiscalização dos focos de lepra (serviço da pele), exames periódicos de doentes suspeitos e egressos; sífilis e doenças venéreas, podendo constituir-se em sreviços autônomos.
- 4) Saneamento saneamento do meio, através da fiscalização de gêneros alimentícios, higiene de habitação, supervisão dos serviços de água e esgôto e o contrôle de ve-
- Visita domiciliar elemento de dinamização da uni-dade; função educativa e cuidados de enfermagem de saúde pública.
- 6) Higiene materna e da criança assistência pré-nupcial, pré-concepcional, pré-natal, natal e do puerpério. Cui-dados com o infante, pré-escolar e escolar.
- Higiene do adulto carteira de saúde, atestado de saúde, laudos médicos, exames médicos periódicos, diagnóstico precoce e de prevenção de doenças crônicas (câncer, diabetes, nefrites, hipertensão, etc.).
- 8) Higiene dentária fluoretação da água de abastecimento, aplicação tópica de fluoreto, assistência precoce especializada.
- 9) Fichário Central contrôle dos matriculados e da assistência médico-social prestada às famílias. Prontuário, reunindo os dados de cada membro, a fim de que a ação sanitária se possa fazer através da família e não do indivíduo.
- 10) Atividades administrativas expediente, contabilidade, almoxarifado, arquivo, etc.
- 11) Laboratório Diagnóstico, contrôle, colheita de material.
- 12) Nutrição demonstração e ensino, podendo fornecer alimentação supletiva.
- 13) Clínica especializada oftalmologia: nas zonas endêmicas, deverá funcionar como órgão de profilaxia de tracoma. Otorrinolaringologia: atividade entrosada com hospital local para as operações de amigdalectomia, adenoidectomia, etc.
- 14) Higiene mental em unidades pequenas, integrada nos demais programas de assistência materna e da criança, principalmente.

- 15) Higiene do Trabalho nas unidades pequenas, esta atividade cabe ao serviço de saneamento. 16) Fisioterapia — no centro, quando não puder ser exe-
- cutada em hospitais locais.
- Assistência social nas unidades pequenas, não precisa de serviço especializado, podendo ser executada por pessoal de saúde pública, sob supervisão especializada re-
- 18) Assistência médica restrita, nos locais providos de organizações médico-hospitalares e sem prejuízo da medicina preventiva.
- II Pessoal nas Unidades Sanitárias
- O pessoal, que opera em Unidades Sanitárias, costuma ser dividido em 5 grupos (24):
- a) pessoal médico e para-médico, inclusive sanitaristas auxiliares e médicos consultantes.
- b) pessoal de saneamento: engenheiro sanitarista, veterinário sanitarista e inspetores sanitários.
- c) pessoal dentário.
- pessoal diverso como: educador, assistente social e d) auxiliares administrativos.
- a) Pessoal Médico e Para-médico Compreende o médico-chefe e os médicos auxiliares; êstes divididos em sanitaristas auxiliares e médicos consultantes.
- Pessoal de Saneamento Engenheiro sanitarista, Veterinário sanitarista, Inspetores sanitaristas (em sua falta, substituir por fiscais sanitários — antigos guardas sanitários). Enfermagem de saude pública: enfermeira de saude pública, visitadora domiciliar.
- c) Pessoal dentário Dentista, Higienista dentário (atendente treinada).
- d) Pessoal diverso Assistente social, Educadora sanitária (criado para sanar a falta de enfermeiras de saúde pública), Nutricionista.

Técnicos auxiliares: Técnico e prático de laboratório, Ope-

rador de Raios X, Atendentes.
Funcionários Administrativos: Escriturários e Serventes.

III — Dados e elementos necessários ao planejamento de Unidades Sanitárias

A) Higiene materna:

1 — Clínica Pré-Natal

- exame obstétrico realizado no 1.º trimestre da gestação. Além dos exames de rotina (roentgenfotografia, exame de fezes e urina) será procedida a prova sorológica de sífilis, determinação do fator Rh, taxa de hemoglobina e outras necessárias. Bufo-reação, em caso de gestação duvidosa (25). Exames subsequentes, todos os meses, até a 28.a semana; todos os 15 días entre a 28.a e 36.a semanas; tôdas as semanas, a partir da 37.a semana. Nesses exames, além de verificação da pressão arterial e contrôle de pêso, serão feitos os exames de urina, determinação da taxa de hemoglobina etc.
- b) Educação sanitária será ministrada, através de entrevistas com o médico e com a auxiliar de clínica.
- c).. Visitas domiciliares: as visitas por enfermeiras sanitaristas ou visitadoras sanitárias variam com a mortalidade materna, freqüência à clínica, grau de instrução, normalidade da gestação etc. 30% a 60% das gestantes do distrito sanitário devem ser visitadas, mesmo quando não matriculadas na Unidade Sanitária; 4 visitas, em média, por caso.
- Assistência dentária dada a maior frequência de cáries nas gestantes, as mesmas devem ser examinadas pelo serviço dentário para prevenção e tratamento, assim como para tratar possíveis focos de infecção.
- Serviço de Nutrição: a dieta no ciclo grávido-puerperal previne transtornos maternos e fetais. Havendo necessidade e dispondo a unidade de recursos, pode ser fornecido alimento suplementar à dieta das gestantes. (26).

2 — Assistência Pós-Natal

Parto domiciliar — cuidados de enfermagem e instrução da família para alguns cuidados à puérpera e à criança pela enfermeira de Saúde Pública.

- 1) exame da mãe 2.a semana após o parto.
- 2) exame da mãe entre a 4.a e 6.a semana

Capacidade de atendimento: 1.a consulta 20-30 minutos; consultas subsequentes 10-15 minutos. Número de consultas por gestante — 6; tempo total gasto por gestante — 1:45 h a 2h. Trabalho médico — 3 h/dia; 250 dias por ano. Número de gestantes consultadas por ano — 375 gestantes. A instalação de vários consultórios e vestiários, de modo a reduzir o tempo despendido no preparo da cliente, po-derá levar à duplicação do número de consultas. Cálculo de consultas médicas para a capital de São Paulo,

segundo Dr. P. C. e Castro (27).

Total de nascimentos e natimortos em 1950 — 64.115. Abortamentos — 20%. Gestações estimadas: 76.938 para uma população de 2.198.096 habitantes. Gestações por 100.000 habitantes — 3.500.

O Centro de Aprendizado da Faculdade de Higiene de São Paulo, para uma população de 70.000 habitantes, teria. 2.750 gestantes — necessitando, portanto, de 5 médicos especialistas para atendê-las. Para a frequência aos serviços de H.P.N. de 30% (28), as 2.750 se reduziriam a 825 gestantes. Visitadoras para assistência materno-infantil: 5 a 6 enfermeiras, de preferência com especialidade obstétrica.

B) Higiene da Criança

Clínica de higiene da criança: Para facilidade das mães, deve funcionar no período da manhã e da tarde.

A divisão etária em 3 grupos (o a 1 ano, 1 a 7 e de 7 a 12 anos) infantil, pré-escolar e escolar, só interessa para ob-servações estatíticas, não havendo vantagem na existência de serviço independente na Unidade.

Periodicidade de exames, menos de 1 ano: 1 vez por mês; de 1 a 2 anos: cada 3 meses; de 2 a 7 anos: cada 6 meses.

"Nurse conference": Neste sistema de consulta, sem exame médico, a auxiliar da clínica (enfermeira ou educadora) faz educação sanitária e o contrôle da saúde, através do desenvolvimento da criança e das informações da mãe, ficando o exame médico reservado para as crianças doentes ou com alguma anormalidade, realizando-se reuniões, 2 vêzes por semana, das mães de crianças sadias, sob a orientação do médico e auxiliar.

Visitas domiciliárias: número de visitas a domicílio: 5 visitas anuais ao menor de 1 ano; 2 visitas anuais para as de 1 ano; 1 visita anual para as crianças até 4 anos.

Segundo o Dr. P. C. e Castro (29) baseado no recenseamento de 1950, existiam no Município de São Paulo, para uma população de 100.000 habitantes, 2.602 crianças de menos de 1 ano e 12.305 crianças de 1 a 7 anos. Considerado o adicional de 80% para os problemas especiais de Hiscock, (36) seriam 2.082 crianças a serem visitadas 4 vêzes ao ano, e 3.079 (25%) com 3 visitas, perfazendo o total de 17.575 visitas. Deduzindo-se 2.774 (30%) de visitas a pré-escolares, em cujos domicílios podem ser encontrados infantes, resultam 14.801 visitas. Podendo cada visitadora fazer de 1.000 a 1.250 visitas anuais (250 dias úteis) seriam necessárias 12 a 14 para êsse serviço. Sendo polivalente a atividade da visitadora, a visita dará mais rendimento com a realização da higiene da criança, imunização das crianças não matriculadas etc.

Nenhum progrma de assistência à infância pode realizarse sem estreita relação com a atividade pública, principalmente a epidemiologia e o saneamento

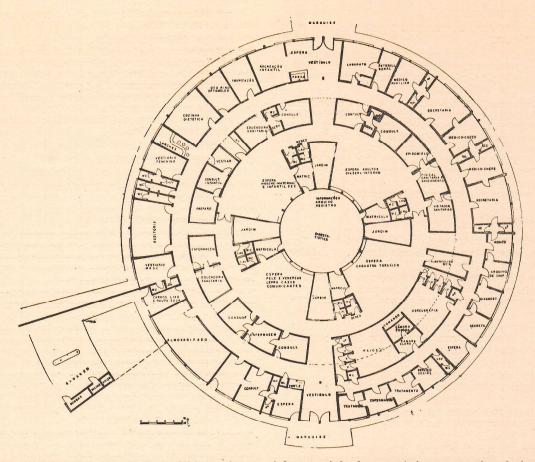
Nutrição: a nutrição é considerada o principal fator direto da alta morbidade e mortalidade infantis no Brasil. É, também, importante no combate à tuberculose, nos servicos de higiene escolar, dentária e industrial; no contrôle de doenças transmissíveis, bócio endêmico, avitaminose e carência protêica(25) (26)

O lactário e a cozinha dietética na Unidade Sanitária fornecem às mães os princípios da nutrição sadia, com demonstrações práticas e econômicas. As demonstrações coletivas permitem alto rendimento educativo, principalmente pela técnica de discussão em grupo. Número de nutricionistas: uma, de tempo integral, para cada grupo de 100.000 a 200.000 habitantes.

Clínica dentária: exame em tôdas as crianças de 2 a 5 anos e aplicação tópica de fluoreto.

Imunização: ao completar um ano de idade, a criança deve estar protegida contra a tuberculose, difteria, tétano, coqueluche, varíola e poliomielite. Depois, seguem-se doses e revacinações periódicas. Outras vacinas, como a contra sarampo e a gripe, serão, em futuro próximo, incluídas no esquema de proteção.

Educação Sanitária: As atividades de higiene da criança são de natureza essencialmente educativas. Os contatos com os elementos da equipe sanitária, quer na unidade, quer na visita domiciliária, oferecem oportunidades para orientação dos pais e das crianças. A tarefa é extraordina-riamente facilitada pela receptividade das mães (29). A educação de grupos não deve ser feita nas salas de espera dos Serviços de Higiene Infantil; ambiente calmo é essencial à atenção e concentração das mães e aos debates informais.



Este Centro é o menos integrado das unidades sanitárias aqui apresentadas, possuindo duas secretarias e os serviços de lepra e tuberculose dissociados do núcleo central — o fichário centralizado. A unidade administrativa, também, não se encontra tão delineada como nos demais. A unidade de atividades sociais e de recreação quase inexiste. O projeto foi concebido em forma circular, tendo dois acessos radiais que levam diretamente ao seu núcleo, onde foram centralizadas tôdas as partes em comum do Centro. Dêsse núcleo irradiam os acessos aos diferentes setores que compõem a Unidade. Bâsicamente o conjunto apresenta três anéis concêntricos: no núcleo localiza-se o fichário único; no anel imediato as diferentes salas de espera, separadas por quatro jardins; o segundo anel abriga predominantemente as unidades de diagnóstico e tratamento (unidades de clínica geral e especializadas), e no anel perimetral, as unidades administrativas, de serviços gerais e de ensino e higiene. A cobertura é constituída por um disco central sobrelevado, de grandes dimensões, livre de apoios, que abrange o núcleo central e o primeiro anel. Segue-se, em plano inferior, a laje que cobre o segundo e terceiro anéis. No vão entre os dois planos situam-se os caixilhos de insolação e ventilação do segundo anel. A iluminação e arejamento do núcleo e primeiro anel são obtidos através de quatro aberturas zenitais, correspondentes aos jardins internos. A caixa dágua ocupa a têrre em forma de prisma reto de base retangular, que compõe o abrigo de carros.

Higiene Mental: é atividade essencial no programa de higiene da criança (30), "a idade de ouro para a prática de higiene mental é a pré-escolar" (31). Dispondo a Unidade de serviço especializado de higiene mental, para êle serão encaminhadas as mães e crianças, que carecerem de exame ou tratamento. Em unidades menores, a orientação é dada por enfermeiras auxiliares das clínicas e visitadoras.

Prematuros: As medidas preventivas da Unidade Sanitária para a redução do coeficiente de mortalidade consiste na assistência à gestante, no empréstimo de incubadoras e na orientação dos pais, quanto aos cuidados epeciais a serem prestados ao prematuro, em domicílio.

Pessoal: A assistência é prestada pelos médicos sanitaristas, auxiliar de clínica (enfermeira educadora) e por visitadoras. Pediatras, principalmente com curso de Saúde Pública, são em pequeno número; por isso a unidade se vale de Consultantes, para esta e outras especialidades, como nutricionistas, assistente social, psiquiatra, psicologista etc. O número de médicos é determinado a partir da possibilidade de 1 médico poder dar 20 consultas por dia em 3 horas de trabalho, em ano de 250 dias úteis, totalizando 5.000 consultas por ano.

Medicina Curativa: de 50 a mais de 70% das crianças atendidas em nossas Unidades Sanitárias são doentes. Nas condições atuais do nosso meio, torna-se impossível separar as atividades de medicina preventiva e curativa (29).

As Unidades devem dispor de sala de espera privativa, dividida em "boxes" para prevenir infecções cruzadas.

C) Serviços de Tuberculose (32) (33)

Premunição pelo BCG: Essa atividade pode ser exercitada por tôdas as unidades, facilitada pela existência da assistência materno infantil. A técnica e esquema da aplicação e o contrôle dos resultados cabem ao órgão especializado. Fichário: deve servir à parte sadia e à parte dos pacientes

Fichário: deve servir à parte sadia e a parte dos pacientes em tratamento, e deve possuir cadastro abreugráfico, fi-

chário clínico de todos os doentes e suspeitos, inclusive dados epidemilógicos e relação dos comunicantes.

Abreugrafia: A crescente utilização da abreugrafia pode dar oportunidade para a criação de uma secção de pneumopatias não tuberculosas.

Diagnóstico da infecção: A utilização da tuberculina padronizada, satisfazendo tôdas as exigências técnicas, pode ser feita pelas Unidades Sanitárias.

Bioestatística: estatística vital, inclusive as específicas de tuberculose.

Saneamento do meio: contrôle sanitário das moradias, saneamento dos locais e processos de trabalho, higienização de alimentos, principalmente do leite.

Educação sanitária: noções sôbre a profilaxia da tuberculose devem fazer parte de um programa geral educativo da unidade.

 $Exame\ m\'edico\ peri\'odico$: de gestante e crianças e de certos grupos de matriculados.

Visitação domiciliária: é atividade obrigatória; a parte mais importante do programa, principalmente em vista da visita ser feita à família e não aos indivíduos.

Assistência social: a presente falta de profissionais habilitados torna difícil a criação de um serviço social em tôdas as unidades. Nos centros de saúde, por isso, a tarefa de assistir os pacientes em seus desajustamentos e nas discussões em grupo, cabe às funcionárias e, principalmente, às visitadoras, sob a orientação da assistente social. A mobilização dos recursos da comunidade e articulação das unidades sanitárias com outros órgãos de assistência social ou médico-social são da responsabilidade pessoal da assistente social.

Diagnóstico da doença: pelo método radiológico, confirmado pelos exames bacteriológicos. Tôdas as unidades distritais devem estar capacitadas para o diagnóstico clínico e

de laboratório da tuberculose.

Tratamento: antibióticos, novos agentes químicos e moderna cirurgia torácica.

Laboratório: aparelhos para: exame direto de escarro, lavado gástrico e pulmonar; cultura e inoculação em cobaia, diagnóstico de afecções não tuberculosas, prova de sensibilidade do bacilo de Koch, etc.

Pessoal: tisiólogos-sanitaristas e tisiólogos para assistência médica especializada: enfermeiras, atendentes, técnicos em Raios X, escriturários (os da própria unidade sanitária); serventes (os da própria unidade) visitadoras domiciliares 3 a 4 por 100.000 habitantes (ideal 1 por 5.000 habitantes); enfermeiras de saúde pública (uma para tôda a unidade). São necessários 16 casos para justificar os serviços de 1 médico, 1 técnico, 2 enfermeiras e 1 escriturário, e mais 50 pacientes por sessão, relativamente à abreugrafia.

D) Epidemiologia (34)

É a atividade mais importante da unidade sanitária. Tem por finalidade o contrôle e a profilaxia das doenças infecto-contagiosas e prevenção das outras doenças.

Medidas de profilaxia: Prevenção da disseminação da doença: aumento da resistência do novo hospedador, atenuação dos danos causados pela doença nos casos não evitados (35).

Contrôle (36) depende da pronta comunicação dos casos à autoridade sanitária, da investigação dos focos e meios de propagação e da eliminação das vias de infecção.

Educação da comunidade: é importante e fundamental para o sucesso de qualquer medida profilática; o público só aceita e pratica as recomendações, quando compreende seu valor.

Isolamento: domiciliar ou hospitalar é medida necessária. De 20 a 30 leitos por 100.000 habitantes (exclusive tuberculose) (37).

Visitação: o sanitarista deve fazer, pelo menos, 1 visita a cada caso, que não esteja isolado em hospital, para diagnóstico e fichamento. As outras visitas podem ser feitas por enfermeiras de saúde pública ou visitadoras, devidamente treinadas.

Fichamento: o fichamento deve ser feito pelo sanitarista, que selecionará as moléstias, que mereçam ser fichadas na rotina epidemiológica. Prof. Mascarenhas, recomenda a ficha única, com dados apenas gerais, desaconselhando os modelos impressos para cada doença. A cópia da ficha epidemiológica do casos de doenças transmissíveis, não pertencentes ao distrito sanitário, deve ser enviada pelo sanitarista à unidade responsável.

Exames de laboratório: O exame de laboratório é necessário para o diagnóstico de doenças, supressão de contatos e diagnóstico de cura. Os exames mais especializados devem ser enviados aos laboratórios regionais ou centrais.

Vacinação: A imunização deve abranger os casos comunicantes e a população exposta. É obrigatória, por lei, contra varíola, diftéria, febre amarela e raiva (cães).

As vacinas devem ser mantidas refrigeradas para evitar a perda de seu poder imunizante.

A unidade deve zelar para que tôda a população do distrito sanitário seja vacinada oportuna e diretamente, para o que conta com todos os serviços de assistência sanitária da unidade: higiene infantil, pré escolar, de gestantes, etc. A coordenação de unidades sanitárias encarregadas de imunização evita multiplicidade de vacinação nas mesmas pessoas.

Contrôle de vetores da malária, febre amarela urbana, doença de Chagas, diarréia, enterites (moscas), peste e tifo murino. A aplicação dos inseticidas de ação residual pode ser feita por funcionários da unidade ou, preferentemente, por equipes especializadas das unidades regionais. Contrôle: Boletins semanais e mesmo comunicação do movimento epidemiológico da unidade são enviados aos serviços regionais e centrais. Para o contrôle administrativo de doenças transmissíveis, a unidade utiliza registros e gráficos de várias naturezas: de morbidade, mortalidade, prevalência estacional ou de grupos ètários, imunizações etc.

Organização (38): A execução de um programa de profilaxia de doenças transmissíveis necessita de:

- a) serviço especializado de diagnóstico, com médico habilitado.
- b) investigação epidemiológica
- c) instrução domiciliária por enfermeiras

 d) pessoal de escritório para coleta, registro e análise de dados de morbidade.

e) serviço de hospitalização.

Pessoal: As funções de epidemiologista cabem ao médico-chefe da unidade. As unidades maiores podem contar com um sanitarista auxiliar. Visitadoras polivalentes (com os encargos de enfermagem: 3 a 4 por 100.000 habitantes. Serviço de escritório: a cargo do pessoal auxiliar. As imunizações nas unidades podem ser feitas por atendentes treinadas. Os inspetores e fiscais sanitários também podem auxiliar na vacinação.

E) Saneamento (39)

O saneamento do meio físico e do meio social é atividade básica de qualquer unidade local de saúde pública.

Finalidades "ação visando à melhoria de tôdas as condições que, no meio físico da vida humana, influem, ou são suscetíveis de influir desfavoràvelmente sôbre o bem estar físico, mental e social" (38).

Programas: abastecimento de água; evacuação de resíduos líquidos; remoção de resíduos sólidos domiciliares; condições de habitação e edifícios e uso coletivo; alimentos; hábitos individuais e coletivos de limpeza, principalmente relativos ao perigo de moléstias; locais de tradano, controlando ou eliminando os riscos para a saúde; vetores de moléstias; poluição atmosférica; piscinas e outros locais de natação e banho.

Meio de ação: participação de sanitaristas na elaboração de leis municipais e códigos; auxílio na solução de dificuldades técnicas na captação e distribuição de água domiciliária, contrôle da água de abastecimento; contrôle do lançamento de excretos; cadastro de fossas; inspeção de miciliária; educação sanitária, fiscalização de piscinas, contrôle de vetores, combate à nocividade (terrenos baldios, lixo, odores, ruídos;) contrôle de alimentos; higienização dos locais de trabalho etc.

Pessoal: um engenheiro sanitarista por unidade; na sua falta a supervisão será feita pelo médico sanitarista, e a inspeção sanitária realizada pelos fiscais e inspetores sanitários

Um inspetor sanitário para cada 10.000 habitantes, ou fração de 6 mil e 1 fiscal para cada 15.000 habitantes da zona rural, ou fração de 10.000; segundo a A.P.H.A. — 1 inspetor para cada 16.000 habitantes; segundo Barros Barreto— 1 fiscal sanitário para cada 2.000 prédios, além dos empregados em serviços especializados.

F) Laboratório (40)

Constitui um dos mais valiosos meios para complementar e melhorar as atividades dos serviços da unidade sanitária. Mesmo existindo um laboratório central bem aparelhado, os laboratórios das unidades sanitárias locais são indispensáveis para as necessidades imediatas do seu distrito; todavia, "é melhor não ter laboratório que possuí-lo em condições precárias" (37).

Colheita de amostras: certas amostras são retiradas no próprio laboratório; outras são entregues pelos interessados em horário determinado, outras ainda são colhidas nos próprios serviços internos da unidade (pré-natal, tuberculose, etc.); amostras podem, também, provir da visitação familiar.

Doenças Transmissíveis: diagnóstico, contrôle da terapêutica, orientação dos doentes isolados. Dados sôbre a prevalência de doenças transmissíveis na coletividade. Meios de contrôle

Saneamento: exames de contrôle de água, esgôto, alimentos, ambiente de trabalho e outros.

Assistência sanitária à população: exames para diagnóstico e contrôle de saúde dos matriculados.

Centro de distribuição: distribuição de soros e vacinas. Colheita de material para exames realizados nos laboratórios regionais ou central.

Assistência médica particular: a hospitais e médicos no diagnóstico e prevenção de doenças em geral, na falta de laboratório local.

Fichário: Os resultados são arquivados no laboratório, e uma cópia no prontuário do paciente, mantido no fichário central.

Pessoal: Para 50.000 a 100.000 habitantes e 10.000 a 15.000 exames por ano, o pessoal mínimo recomendado é 1 diretor, 1 assistente, 1 auxiliar técnico e 1 servente.

(Continua)