

Problemas de saúde no Território Federal de Ponta Porã

RANDOVAL MONTENEGRO

Médico e Assistente de Organização

A NECESSIDADE de criar-se um serviço de saúde no Território Federal de Ponta Porã para atender às exigências locais é uma oportunidade para discussão de alguns problemas comuns a quase todos os serviços que no país se dedicam a esse tipo de atividade.

Qualquer unidade de saúde, em função da variedade de técnicas que utiliza — as quais requerem um equipamento humano especial e um equipamento material complexo — apresenta um mínimo de dispêndios para montagem e manutenção, que bem merece ser confrontado com a qualidade e o vulto dos serviços que pode prestar.

O rendimento de um centro de saúde, com uma dúzia de especialistas, dispondo de um laboratório, um aparelho de raio X e outros recursos técnicos, pode ser compensatório em uma cidade como Cuiabá — para citar um exemplo regional — que tem a seu alcance uma população de 20 mil habitantes e pode ainda atender grande número de núcleos menores situados nas adjacências, em pontos acessíveis servidos por boas estradas.

O rendimento de um posto de higiene, que emprega um número mais reduzido de técnicas, pode ainda ser compensatório em núcleos não muito pequenos ou em núcleos menores mas situados na contigüidade de outros que dêle possam servir-se graças a uma propícia relação de vizinhança ou facilidade de acesso.

Nos Estados com serviço de saúde satisfatório nota-se sempre essa característica do fácil contato entre as unidades existentes e a clientela a servir. Ao passo que em outros — como em Mato Grosso e Goiás — esses serviços encontram sempre sérios óbices no problema das distâncias a vencer e da disseminação da população a cobrir.

E' assunto fora de discussão que nas áreas de população rarefeita tôdas as campanhas tenden-

tes a melhorar o padrão de vida são de difícil realização. Já sabemos que no Território de Ponta Porã cerca de 80% da população se derrama pela área rural. O restante se distribui por pouco mais de uma dúzia de pequenos núcleos, sendo um de 4.000 habitantes, dois de 3.000, um de 2.000, um de 1.000 e o resto de menos de 1.000.

Não é possível planejar um serviço de saúde para o Território de que nos ocupamos aqui, sem levar em conta, além de outros elementos, a distribuição da população e suas primitivas condições de vida, a extensão da área a cobrir, os meios de comunicações existentes — estradas, transportes, correios, linhas telegráficas — as necessidades reais da clientela quanto à assistência do campo próprio da saúde pública, a exequibilidade do padrão de assistência que se deseja prestar, a cooperação possível de outros órgãos da administração, etc..

A eficiência das unidades de saúde depende de determinados elementos, que, se estão sempre à mão em certas áreas ou aglomerações, em outras são sempre deficientes.

Com um bom programa de trabalho, uma boa previsão de meios e uma equipe bem selecionada, é quase certo conseguir-se muito.

Mas um bom programa de trabalho, como se viu, deve procurar atender às necessidades da população a cobrir dentro das possibilidades do aparelhamento com que se pode contar. Ninguém cogitaria de improvisar uma campanha para melhorar a alimentação do sertanejo, embora todos saibam que a alimentação precária é uma das principais características de sua vida primitiva e um dos mais importantes obstáculos à valorização do homem do interior. Para isso seria necessário um longo trabalho preparatório dependente da cola-

boração de diferentes setores da administração: instrução, agricultura, etc.

Uma boa previsão de meios depende do estabelecimento prévio de uma política bem definida e de um conhecimento tão extenso quanto possível das particularidades das técnicas envolvidas e das condições peculiares ao ambiente onde se pretende atuar.

A formação de uma boa equipe oferece certas vêzes dificuldades consideráveis. Se fôsse possível atender aos serviços locais com equipes recrutadas no próprio ambiente seria o ideal. Mas isso, como se sabe, nem sempre é realizável. Daí a necessidade de trazer especialistas de fora e estes, via de regra, procuram compensar o constrangimento que lhes causa essa segregação forçada, ou exigindo vantagens pecuniárias, ou entregando-se a atividades privadas nem sempre compatíveis com a moral e a eficiência dos serviços a que estão ligados.

As equipes destinadas a realizar trabalhos de saúde pública devem ser bem selecionadas, ter um treinamento completo nos respectivos ramos de trabalho, receber uma remuneração adequada à qualidade do serviço que prestam e às condições em que terão de realizá-lo — de desconforto, de riscos, de desgaste, etc. — e sujeitar-se a um regime de tempo integral.

O aproveitamento de clínicos locais, como sanitistas, nos serviços das unidades de saúde nem sempre ou raramente dá bons resultados. Falamos baseados numa experiência de seis anos de contato com o interior de uma dezena de Estados da Federação.

O aproveitamento de médicos à base de tempo parcial só se tem revelado eficiente com relação a certas modalidades de trabalho ou então em núcleos cercados de facilidades, como em centros grandes e adiantados com uma clientela de nível regular (1).

(1) "The full-time personnel of the health department will be utilized for those activities which require continuous rendition of service, such as epidemiological studies, activities aimed toward direct prevention of communicable disease, vital statistics, public health nursing, sanitation services, laboratory activities, etc. The health officials will organize, direct and co-ordinate the necessary clinical activities for promotion of the health of individuals in the community. But all the clinical work of the health department — at least in the larger local health departments — will be done by resident practicing physicians." — WILSON G. SMILLIE — *Public Health Administration in the U.S.*

Numa área como a do Território de Ponta Porã, um serviço de saúde deveria preferentemente orientar-se pelos moldes dos serviços rurais.

Se no Brasil os serviços de saúde são eficientes apenas em núcleos urbanos ou em áreas de população condensada, o que se deduz é que não procuramos dar às unidades criadas o sentido de penetração que elas devem ter, e isto só será possível quando não dermos feição de serviço urbano àqueles que se propõem a resolver problemas de saúde rural.

Devemos reconhecer que a nossa experiência em matéria de higiene rural — salvo quanto aos serviços especiais — é praticamente nula. E infelizmente não se registrou ainda um esforço no sentido de modificar a velha rotina a fim de poder dar às unidades do interior a eficiência e a utilidade que os problemas de saúde rural estão a exigir.

Os serviços distritais e os centros de saúde continuam a viver, praticamente, à custa das populações urbanas. São estas que enchem de números os relatórios.

Quem viaja pelo Brasil verifica que a população do interior vive em completo abandono em matéria de saúde pública. Até ela não chegam as atividades dos centros de saúde nem das unidades menores. Neste caso estão 80.000 dos 100.000 habitantes do Território de Ponta Porã, e seus problemas de saúde não se resolverão nem com a criação de centros de saúde, nem com a instalação de hospitais, nem com a construção de rês de esgotos, nem com outras manobras que só aproveitam às populações urbanas.

Unidades adequadamente instaladas, convenientemente distribuídas e devidamente orientadas para resolver tanto quanto possível os problemas fundamentais de saúde da população dispersa nas respectivas jurisdições é o que se faz necessário no Território de Ponta Porã e, da mesma forma, em outras áreas que ofereçam condições semelhantes.

Já começamos a falar em "unidades volantes" — espécie de posto de higiene ambulante — mas realmente não temos uma idéia clara do meio pelo qual elas poderão tornar-se úteis, que programa de trabalho devemos dar-lhes, qual o ciclo de inspeção indicado em cada caso, etc.

O que parece óbvio é que uma unidade de saúde rural adequadamente organizada deve estar em

condições de atender a todos os problemas de saúde existentes na área que lhe corresponde. A unidade, propriamente, não deve ser móvel, mas seu pessoal, que deve estar sempre nos lugares onde há problemas a solucionar. E esses problemas, via de regra são de uma simplicidade impressionante.

2. SERVIÇOS FEDERAIS

Há três órgãos do Departamento Nacional de Saúde, cuja ação no Território de Ponta Porã deve ser considerada como indispensável.

I. O Serviço Nacional de Febre Amarela, que tem a seu cargo exclusivo tôdas as atividades ligadas à profilaxia da febre amarela;

II. O Serviço Nacional de Malária, cuja ação poderá verificar-se segundo um plano de colaboração ou de execução integral.

III. O Serviço Nacional de Lepra, cuja atuação será objeto de considerações especiais no curso deste trabalho.

Deixamos de apontar outros serviços federais cujo concurso poderá oportunamente tornar-se necessário, como o Serviço Nacional de Doenças Mentais, o Serviço de Saúde dos Portos e outros.

Ao Serviço Nacional de Febre Amarela será suficiente dar as garantias que lhe assegura a legislação federal existente (Dec. 21.434) e as facilidades que se tornaram indispensáveis à execução de suas tarefas, naquilo em que o referido Serviço depender da administração do Território.

As atividades relacionadas com a profilaxia da malária, pelo menos na sua fase de reconhecimento e levantamento, deveriam ser atribuídas ao Serviço Nacional de Malária ou, caso isso não fôsse possível, ficar a cargo do Território, mas com a assistência que pudesse ser prestada pelo referido Serviço.

Seria de tôda a conveniência que a princípio as atividades de profilaxia da malária ficassem separadas das do serviço de saúde Territorial, isso com o intuito de não agravar o excessivo pêso dos encargos das unidades distritais na sua fase inicial.

Por isso seria interessante para a administração territorial que o S.N.M. concorresse, como já faz em várias unidades da Federação, com sua

atuação direta e exclusiva para solucionar os problemas referentes a êsse ramo de profilaxia.

Quanto à profilaxia da lepra, talvez fôsse interessante procurarmos, para realizá-la, caminhos diferentes dos seguidos até aqui.

Como se sabe, o Governo Federal vem se conduzindo nesse setor segundo uma política apenas de colaboração com as administrações estaduais. Construir e equipar leprosários, organizar cursos para formação de especialistas, prestar assistência técnica e realizar censos — eis o programa do Serviço Nacional de Lepra.

Às administrações estaduais e territoriais fica, pois, a parte executiva da profilaxia da lepra.

Dentro dêsse regime já contamos com eficientes serviços no país, em alguns Estados (São Paulo, Espírito Santo, Sta. Catarina), e, em outros, temos serviços que podemos considerar regulares. Mas nem sempre as administrações estaduais e dos territórios estão em condições de conduzir com eficiência a parte dessa profilaxia que lhes delega o Governo Federal. Seria oportuno citar aqui o caso de Mato Grosso, não só pelo muito que êle é do nosso conhecimento mas também pela influência que provávelmente exercerá sobre a eficiência dos trabalhos de profilaxia da lepra que se realizarem futuramente no Território.

Somos forçados a reconhecer que a profilaxia da lepra no Estado de Mato Grosso está sofrendo uma séria crise. Vejamos alguns dados capazes de justificar esta afirmação:

Doentes de lepra existentes no Estado, segundo cálculos de técnicos leprologistas (entre 700 e 900)	800
Doentes no asilo-colônia em dezembro de 1941	163
Em dezembro de 1942	257
Em dezembro de 1943	266
Em outubro de 1944	259
Capacidade das instalações do asilo-colônia (leitos)	188
Área do asilo-colônia em hectares	253

Dotações para manutenção do asilo-colônia de S. Julião (2) :

VERBAS	DOTAÇÕES CONCEDIDAS				DOTAÇÕES MÍNIMAS ACEITÁVEIS			
	Até set. 1944		Atuais		P/259 doentes		P/800 doentes	
	Anuais	Dpc (1)	Anuais	Dpc (1)	Anuais	Dpc (1)	Anuais	
Alimentação (2)...	140.000	1,28	270.000	2,46	(2) 540.000	5,00	1.460.000	
Medicamentos....	32.000	0,30	49.000	0,50	94.500	1,00	292.000	
Outras.....	319.000	3,62	282.000	3,34	665.500	4,00	1.168.000	
Totais.....	491.000	5,20	601.000	6,30	1.200.000	10,00	2.920.000	

(1) Diária per capita.

(2) Alimentação calculada para 300 pessoas, inclusive saos.

Pelos dados acima vê-se quanto é penosa a situação da profilaxia da lepra atualmente a cargo do Estado. A assistência aos doentes hospitalizados é precária e os trabalhos de recolhimento de novos doentes estão, como se viu, praticamente paralisados. As fugas são freqüentes e o asilo-colônia dispõe apenas de um médico à base de tempo parcial com remuneração inadequada.

Já existe uma experiência de vários anos — o asilo-colônia foi inaugurado em 1941 — a demonstrar que o aparelhamento de saúde pública do Estado de Mato Grosso não é capaz de desempenhar-se satisfatoriamente de suas incumbências no campo da profilaxia da lepra — problema cuja importância e alcance social é desnecessário encarecer.

Opõem-se à eficiência da profilaxia da lepra no Estado de Mato Grosso, principalmente os seguintes fatores :

a) dotações inadequadas, especialmente para remuneração dos técnicos. O Diretor do asilo-colônia percebe vencimentos mensais de Cr\$ 1.500,00 e os cargos de assistentes — há muito tempo vagos — correspondem a vencimentos mensais de Cr\$ 1.200,00. O "turnover" tem sido grande — 3 diretores em 3 anos e longos períodos de vacância do cargo;

b) regime de trabalho impróprio. Os técnicos não fazem tempo integral. Os médicos se distraem nas aventuras da clínica privada.

(2) Diário Oficial do Estado de Mato Grosso, edições de 12-12-43 e 5-9-44.

Seria difícil tarefa para a administração estadual a eliminação desses fatores de ineficiência, isso por motivos óbvios.

Se o Serviço Nacional de Lepra assumisse a direção da colônia de S. Julião e tomasse sob sua responsabilidade a profilaxia da lepra no Estado de Mato Grosso, poderia estender sua ação ao Território de Ponta Porã. Isto traria para o Território uma solução imediata a um problema que, ficando a seu cargo segundo as normas comuns do regime de cooperação até agora observado, levaria cerca de três anos ou mais para ser solucionado.

Um argumento favorável a essa política é o de que, graças à grande facilidade de intercâmbio existente entre o Território e o sul de Mato Grosso, o fenômeno da migração de leprosos em busca de um regime mais favorável aos interesses privados seria certamente um elemento de estorvo a considerar, se o Território optasse pela orientação de constituir serviço próprio. E' verdade que a questão das fronteiras é já bem conhecida dos nossos leprologistas, mas certamente na generalidade dos casos ela não se manifesta tão agudamente como no caso do Território, que tantas e tão fortes afinidades tem com o sul de Mato Grosso.

Queremos crer que, ao menos como uma solução provisória, a intervenção do S.N.L. tomando a seu cargo a execução dos trabalhos de profilaxia e submetendo a uma direção única essas atividades tanto no Estado de Mato Grosso quanto no Território de Ponta Porã, seria o caminho mais recomendável para fazer face às dificuldades que ambos atualmente suportam para prestação desse serviço.

3. SUGESTÕES PARA UM PLANO DE SAÚDE

A) ESTRUTURA — De acôrdo com o plano de organização administrativa apresentado pela comissão para isso designada pelo D.A.S.P., as atividades de saúde pública no Território Federal de Ponta Porã ficarão a cargo de um órgão denominado *Divisão de Saúde*, diretamente subordinado

ao Governador (3). Tal Divisão poderá obedecer ao esboço de estrutura que abaixo apresentamos :

- I — Diretor.
- II — Laboratório (L.)
- III — Turma de Administração (T.A.)
- IV — Serviços Distritais (S.D.).

I. A Divisão de Saúde será dirigida por um Diretor em comissão, escolhido pelo Governador.

II. O Laboratório se incumbirá da realização de exames e pesquisas de interesse para a Divisão de Saúde e da preparação de soros, vacinas e outros artigos destinados a uso profilático ou terapêutico com fins profiláticos.

III. A Turma de Administração se encarregará dos trabalhos referentes aos serviços auxiliares de comunicações, pessoal, orçamento, material e estatística.

IV. Os Serviços Distritais constituirão um conjunto de unidades — os Distritos Sanitários — a cuja competência fica a execução da política sanitária da Divisão de Saúde.

O Território ficará, para efeito da execução dos trabalhos de saúde pública da alçada da Divisão de Saúde, dividido em 6 distritos sanitários, tendo por sedes, respectivamente, as seguintes localidades : Ponta Porã, Bela Vista, Porto Murtinho, Miranda, Maracaju e Dourados.

São atribuições das unidades distritais, nas áreas das respectivas jurisdições, as seguintes atividades :

1.º — Polícia sanitária, compreendendo inspeção das instalações de residências, de logradouros públicos, hotéis, restaurantes, cafés, casas de diversões, oficinas, fábricas e outros locais onde essas

inspeções se façam necessárias para estabelecer e manter condições de higiene satisfatórias no que interessa à segurança da saúde coletiva. A inspeção de gêneros alimentícios expostos à venda, de leite, carne e outros alimentos. O controle de entorpecentes e a fiscalização do exercício da medicina. A higiene dos transportes coletivos como trens, embarcações e outros.

2.º — Higiene escolar, compreendendo visitas periódicas às unidades escolares, exame físico dos alunos, ovohelmintoscopias, testes de tuberculina, premunições usuais, etc. Nessas visitas será objeto também de atenção a higiene das instalações escolares, bebedouros, etc.

3.º — Controle das doenças transmissíveis, compreendendo a constituição de um aparelhamento capaz de indicar a existência de entidades mórvidas de notificação necessária, investigações epidemiológicas e emprêgo de medidas tendentes a impedir tanto o desenvolvimento de surtos epidêmicos quanto a propagação de doenças transmissíveis incidindo em casos isolados ou esparsos. Premunições usuais.

4.º — Controle da sífilis e das doenças venéreas, compreendendo diagnóstico e tratamento dos casos em evolução, educação sanitária referente e tratamento dos focos.

5.º — Higiene pré-natal, compreendendo exame físico das gestantes, exames de laboratórios, reações sorológicas específicas, tratamento da sífilis e de outras condições mórvidas peculiares, prejudiciais ao desenvolvimento da gestação. Registro e fiscalização das curiosas. Assistência no parto.

6.º — Higiene infantil e pré-escolar, compreendendo exame e tratamento dos menores, prescrição de regimes alimentares, ovohelmintoscopias e administração de vermífugos, premunições usuais.

7.º — Controle da tuberculose, compreendendo exames de escarro e, quando possível, levantamento de censo torácico. Fornecimento de subsídios para a organização de um serviço ou para a construção de um hospital.

Outras atividades que tenham porventura escapado poderão ser acrescentadas à relação acima. Por outro lado, nem tôdas as relacionadas deverão ser obrigatoriamente desempenhadas pelas várias unidades — o que dependerá certamente das possibilidades das equipes disponíveis, dos recursos existentes e das condições do meio, em cada caso.

(3) "... Os requisitos para o planejamento administrativo — departamentalização mista à base do lugar — devem ser encontrados na ordem dos principais problemas : administração geral; defesa e segurança; saúde e saneamento; organização e fomento da produção; educação e cultura; engenharia e obras; política financeira. Desde que se trata de administração direta da União, seria de alta significação dar ao governo territorial o caráter de um grande departamento abandonando-se a orientação clássica que subdividia a secretaria geral em departamentos de execução. As divisões, que se subdividiriam em seções e serviços auxiliares, representariam meios pelos quais os órgãos correspondentes do Governo Federal pudessem realizar, dentro de uma fórmula de cooperação, um plano misto, de preferência quinquenal" — OCÉLIO DE MEDEIROS — *Territórios Federais* — Editora Nacional de Direito Ltda. — 1944 — Rio de Janeiro — Págs. 81/82.

B — PESSOAL — Preliminarmente seria interessante estabelecer certos princípios tendentes a facilitar a solução dos problemas de pessoal, que são talvez dos mais agudos do Território :

- a) o pessoal médico e demais técnicos deveriam ser tomados em função de tempo integral e com remuneração adequada;
- b) o pessoal médico deveria ser recrutado de preferência entre elementos recém-formados, indivíduos física e moralmente sadios, com disposição para trabalhar;
- c) o treinamento do pessoal médico e demais técnicos deveria ser providenciado pelo Diretor, que para isso designaria as unidades de saúde mais eficientes e completas e ao mesmo tempo mais acessíveis. Esse treinamento será provavelmente indispensável e deve ter um cunho rigorosamente prático. Nêle se visará familiarizar os médicos com as técnicas e rotinas indispensáveis ao funcionamento das unidades do interior; e as enfermeiras e guardas com os vários aspectos dos serviços que dêles serão exigidos (4);
- d) durante o treinamento a remuneração atribuída deveria ser inferior (de metade ou de um terço) à que se estabelecesse a título definitivo para as várias funções.

Outras preliminares poderiam talvez ser acrescentadas às precedentes.

Além do pessoal fixo, que deve, como se viu, ser admitido em função de tempo integral, convém considerar a necessidade de utilizar serviços, à base de tempo parcial e pagos por dotações especiais (Verba 3, Serviços de Saúde e Higiene e Serviços Clínicos e de Hospitalização), de médicos especialistas de olhos, ouvidos, nariz e garganta, de dentistas, de veterinários, de técnicos de laboratório e outros, quando necessários e acessíveis, nas áreas trabalhadas.

(4) "... it must be said that the presence of trained young men in the field is rapidly changing the whole public health picture. It reverses the vicious cycle which has hindered us so long; that is, health officer incompetence, insecure tenure, inadequate appropriation, lack of results, still less adequate appropriations, greater incompetence, less secure tenure". — W.P. SHEPARD — *American Journal*, Oct. 1939.

MUSTARD define uma unidade rural típica como uma "four piece health unit", constando dos seguintes elementos :

- 1 sanitarista
- 1 enfermeiro
- 1 inspetor sanitário (guarda)
- 1 empregado burocrático.

Essa unidade sanitária constitui, no dizer daquele autor, "a espinha dorsal da moderna administração sanitária rural".

Não estão ainda estabelecidas as proporções que devem ser guardadas entre a população a ser atendida e a quantidade e qualidade do pessoal a ser utilizado (MUSTARD).

A "American Public Health Association", estudando a organização sanitária do Canadá e dos Estados Unidos, encontrou 27 condados em 46, com a seguinte organização para uma população de 100.000 habitantes (FREEMAN), igual portanto à do Território de Ponta Porã :

Empregados com tempo integral	17,6
Sanitaristas	3
Enfermeiras	7,4
Inspetores Sanitários	2,9
Empregados de escritório	3
Técnicos	0,8
Inspetores médicos escolares	0,1
Dentistas	0,4

Ao examinarmos a lotação proposta para a Divisão de Saúde do Território de Ponta Porã, ver-se-á que ela, embora possa parecer acanhada, é contudo mais larga que a do esquema acima. Adaptada ao esquema teremos :

Empregados com tempo integral	61
Sanitaristas	6
Enfermeiras	12
Inspetores sanitários	12
Empregados de escritório	21
Técnicos	3
Inspetores médicos escolares	0
Dentistas	0

O pessoal necessário ao desempenho das atividades da Divisão de Saúde nas condições acima estabelecidas poderá ser assim discriminado:

I. Um Diretor em comissão, que, além das atribuições de caráter administrativo normais, terá as de direção técnica das unidades distritais subordinadas, as do planejamento da política sanitária da Divisão de Saúde e as de fiscalização periódica das atividades dos serviços distritais.

O Diretor terá um Assistente Técnico que o auxiliará no estudo dos assuntos técnicos e nas inspeções de campo dos 6 distritos sanitários.

II. Laboratório:

- 1 Médico Laboratorista
- 1 Auxiliar de Laboratório
- 1 Servente.

III. Turma de Administração:

- 1 Chefe de T.A.
- 1 Enc. de Comunicações
- 1 Enc. de Material
- 1 Enc. de Orçamento
- 1 Enc. de Pessoal
- 1 Enc. de Estatística
- 1 Datilógrafo
- 1 Servente.

IV. Unidades Distritais — Cada unidade disporá do seguinte pessoal:

- 1 Médico
- 2 Enfermeiras
- 2 Guardas sanitários
- 1 Auxiliar microscopista
- 1 Datilógrafo
- 1 Servente.

Feitas as previsões acima quanto às necessidades de pessoal para executar as tarefas inerentes à Divisão de Saúde, poderemos sugerir o seguinte plano de remuneração mínima, que se baseia nos padrões do S.E.S.P. e dos serviços especiais do D.N.S., no regime de trabalho que se objetiva, no custo da vida, nas condições do meio

e nas atuais dificuldades de recrutamento e seleção de pessoal aproveitável:

	Cr\$
Diretor	4.000
Assist. Técnico	3.500
Médicos	3.500
Médico Laboratorista	3.500
Auxiliar de Laboratório	1.500
Enfermeiras até	1.200
Guardas sanitários até	1.000
Auxiliar de Microscopia até	800
Enc. de Turma	1.000
Auxiliar de Escritório	600
Serventes	500

C — ORÇAMENTO — A previsão das despesas da Divisão de Saúde para o exercício de 1945, obedecida a organização esboçada e o plano de remuneração sugerido, poderá ser fixada como se segue (5):

	Cr\$
Verba 1 — <i>Pessoal</i>	1.243.200
Verba 2 — <i>Materiais</i>	678.000
Verba 3 — <i>Serviços e Encargos</i> ...	800.000

(5)

VERBA I — PESSOAL

Consignação I

	Cr\$	Cr\$
01 — Pessoal permanente		
1 Diretor	48.000	48.000

Consignação II

04 — Pessoal extranumerário		
8 médicos a Cr\$ 3.500 ..	336.000	
1 auxiliar de laboratório ..	18.000	
12 enfermeiras a Cr\$ 1.200 ..	172.800	
1 chefe de T.A.	18.000	544.800

05 — Mensalistas

1 Guarda sanitário	12.000	
2 Guardas sanitários a Cr\$ 900	21.600	
4 Guardas sanitários a Cr\$ 800	38.400	
5 Guardas sanitários a Cr\$ 700	42.000	
1 Auxiliar de Microscopia ..	9.600	
2 Auxiliares de Microscopia a Cr\$ 700	16.800	
3 Auxiliares de Microscopistas a Cr\$ 600	21.600	
5 Auxiliares de Escritório a Cr\$ 1.000	60.000	
7 Auxiliares de Escritório a Cr\$ 600	50.400	272.400

4. CONCLUSÕES

O esquema apresentado neste trabalho pode aplicar-se talvez, mediante certas modificações, às atividades de saúde pública dos demais territórios recentemente criados e mesmo às atividades de saúde rural de que tanto necessitam, de modo geral as outras unidades da Federação.

Na concepção do presente plano evitou-se tanto quanto possível o lirismo de uma organização ideal que se propusesse a resolver todos os problemas que afligem a saúde das populações do interior. Em lugar disso, foram focalizados, de preferência, os aspectos mais importantes e urgentes e, ao mesmo tempo, mais acessíveis do ponto de vista de executabilidade.

Tentou-se estabelecer o mínimo das necessidades da população quanto à assistência do campo

06 — Diaristas		
8 serventes a Cr\$ 500	48.000	48.000
08 — Novas Admissões	50.000	50.000
<i>Consignação III</i>		
	Cr\$	Cr\$
10 — Zona insalubre	35.000	35.000
12 — Serviços extraordinários	5.000	5.000
<i>Consignação IV</i>		
<i>Indenizações</i>		
22 — Ajuda de custo	40.000	40.000
23 — Diárias	200.000	200.000
<i>Total da Verba Pessoal</i>	<i>1.243.200</i>	

VERBA 2 — MATERIAL

	Cr\$
03 — Livros, etc.	10.000
13 — Máquinas, utensílios, de lab ^o , etc.	300.000
16 — Animais, etc.	20.000
17 — Art. de expediente, etc.	50.000
25 — Matérias primas, etc.	30.000
26 — Produtos químicos	100.000
28 — Vestuário, etc.	20.000
29 — Acondicionamento, etc.	10.000
30 — Água, etc.	3.000
31 — Aluguel, etc.	40.000
33 — Assinatura de recortes	10.000
35 — Despesas miúdas	10.000
37 — Iluminação	3.000
38 — Publicações, etc.	2.000
40 — Ligeiros reparos, etc.	5.000
41 — Passagens, etc.	60.000
42 — Telegramas, etc.	5.000
<i>Total da Verba de Material</i>	<i>678.000</i>

VERBA 3 — SERVIÇOS E ENCARGOS

35 — Serviços Clínicos e de Hospitalização	300.000
52 — Serviços de Saúde e Higiene	500.000
<i>Total da Verba de Serviços e Encargos</i>	<i>800.000</i>

próprio da saúde pública, ao mesmo tempo que se procurou prever o máximo que se pode honestamente esperar do aparelhamento com que pode contar o govêrno.

Quanto aos serviços de natureza puramente assistencial, como instalação e manutenção de hospitais e ambulatórios de clínicas, há de haver surpresa da parte de muitos ao verificar que não foram êles incluídos no presente plano.

Deve dizer-se que as atividades de caráter assistencial existem sempre, em graus variados, graças à iniciativa particular, em quase todos os núcleos de população. Hospitais de caridade e casas de saúde sempre existem em núcleos maiores. Em núcleos menos importantes, médicos residentes, farmacêuticos, práticos de farmácia, curiosas e curandeiros, com ou sem o beneplácito da lei, enchem as horas de seus dias "curando, aliviando e consolando" os que sofrem.

O médico anônimo é por excelência o guardião do trabalho colonizador. A despeito de dizer-se freqüentemente que êle se recusa a sair do conforto dos grandes centros, vamos encontrá-lo em tôdas as latitudes enfrentando as condições primitivas da vida no sertão, como verdadeiro bandeirante do progresso. E' admirável vê-lo todos os dias a percorrer grandes distâncias para aliviar o sofrimento alheio, modesto, humilde e humano.

Já quando se quer dar uma idéia da importância de uma vila ou cidade, diz-se: tem tantos médicos. E assim logo se percebe como se distribuem êles tão bem e de acôrdo com a densidade da população.

Realmente cabe ao govêrno completar a obra de assistência de iniciativa particular. E' então que êle deve manifestar-se, ora subvencionando as instituições existentes, ora contribuindo com fundos para a criação de novas organizações, ora criando serviços seus para atender aos que não dispõem de recursos suficientes.

Entretanto, as atividades peculiares às organizações de saúde pública, atividades de higiene, de medicina preventiva, que importam na proteção da saúde coletiva contra a agressão das endemias e a ameaça dos surtos epidêmicos, atividades de caráter educativo e muitas vêzes de natureza policial — essas não encontram apoio na iniciativa particular e, se as não realiza o govêrno, ficam abandonadas.

E' esse o quadro que presenciamos no Território Federal de Ponta Porã, simples repetição do que existe por toda parte. Numa área de 100 mil quilômetros quadrados e povoada por 100 mil habitantes, apenas um posto de higiene foi tudo quanto encontramos em matéria de saúde pública, ao passo que os serviços assistenciais de iniciativa privada, rudimentares embora, já vêm de há muito beneficiando grande parte de sua população. Pelo menos podemos contar com recursos médicos nas localidades de Ponta Porã, Dourados, Posto Indígena Francisco Horta, Maracaju, Miranda, Porto Esperança, Porto Murtinho, Nioac, Bela Vista, Campanário, etc. Em Ponta Porã, há mesmo um hospital construído pelo governo, que atualmente é administrado por uma associação de caridade e que já tem prestado excelentes serviços.

Essas considerações nos levaram a deixar de lado, ao propor um plano de saúde territorial, os problemas estritamente assistenciais. Não estão em situação idêntica os outros territórios, assim parece. Nêles a falta de recursos médicos é certamente sensível, devido talvez aos níveis ínfimos de densidade demográfica existentes, e, assim, nos

planos de saúde para êles propostos domina sempre o aspecto assistencial (6).

Não cabe no feito deste trabalho, e nas proporções a que deve êle ser limitado, entrar em apreciações mais extensas sobre este assunto, muito embora seja êle de grande interesse.

Entretanto, fica como sugestão aos que posteriormente disso se ocuparem, que mais precisam de assistência médica os moradores afastados das grandes aglomerações do que os nelas residentes. Quem mais precisa de assistência é o *caboclo*, é o homem do campo que tudo dá para a nação, que constitui uma massa de 70% de seus trabalhadores (mais de 12 milhões) e que quase nada recebe em paga do muito com que contribui para a vida do país. Para esse vale a pena criar o governo hospitais de clínica, quando puderem êstes ser bem localizados e aparelhados com equipamento de comunicações e transportes adequados de modo a poder prestar socorros eficientes e oportunos (7).

(6) Ver J.M. DOS SANTOS ARAUJO CAVALCANTI — *Administração Territorial* (Relatório apresentado aos Srs. Presidente da República e do D.A.S.P. — Boa Vista, 25-9-44).

(7) J.M. DOS SANTOS ARAUJO CAVALCANTI — *Organização e Administração dos Territórios Federais* — Artigo na "Revista do Serviço Público" — Abril, 1945.