



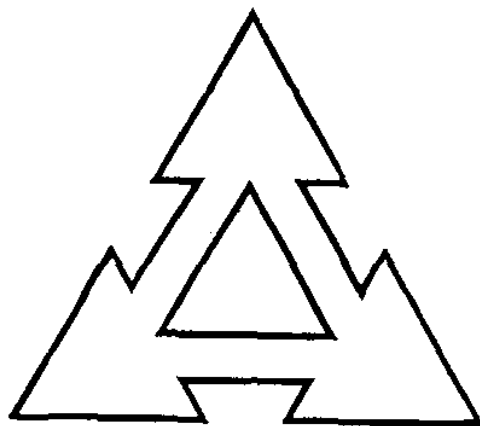
MINISTÉRIO DA SAÚDE

4.ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

**RECURSOS HUMANOS
PARA AS
ATIVIDADES DE SAÚDE**

RIO DE JANEIRO, 30 DE AGOSTO A 4 DE SETEMBRO DE 1967

ANAIIS
DA
IV CONFERÊNCIA NACIONAL
DE
SAÚDE



BIBLIOTECA Ministério da Saúde	
Registro ML 2825	Aquisição Doação R\$10,00
Data 21/11/60	e. 1

Realizada no período de 30 de agosto a 4 de setembro de 1967

NA
FUNDAÇÃO
ENSINO ESPECIALIZADO DE SAÚDE PÚBLICA
RIO DE JANEIRO

**RECURSOS HUMANOS
PARA AS
ATIVIDADES DE SAÚDE**

PRESIDENTE DA REPÚBLICA
MARECHAL ARTHUR DA COSTA E SILVA

MINISTRO DA SAÚDE
LEONEL MIRANDA TAVARES DE ALBUQUERQUE

PRESIDENTE DA COMISSÃO ORGANIZADORA
HÉLIO FRAGA

SECRETÁRIO-GERAL
EDMAR TERRA BLOIS

RELATOR-GERAL
MANOEL JOSÉ FERREIRA

Í N D I C E

INTRODUÇÃO	11
ESQUEMA DE ORGANIZAÇÃO	15
TEMÁRIO	17
CAPÍTULO I	
Discurso do Ministro Leonel Miranda	23
CAPÍTULO II	
Simpósio Internacional	
A. Política e realizações da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, Dr. Abraham Horwitz	31
B. Educação e treinamento de pessoal para as atividades de saúde, Dr. Ernâni Braga	45
C. Atención médica de la población dispersa — Experiencia de Venezuela, Dr. Carlos Luiz González	57
D. Estudio de recursos humanos en Colombia, Dr. Raúl Paredes Manrique	71
CAPÍTULO III	
Tema Central: Recursos humanos para as atividades de saúde, Dr. Raymundo Moniz de Aragão	83
CAPÍTULO IV	
A. Tópico 1: O profissional de saúde de que o Brasil necessita, Dr. Achilles Scorzelli Junior	97
B. Perguntas formuladas aos Grupos	109
C. Respostas (Relatórios dos Grupos)	111
CAPÍTULO V	
A. Tópico 2: Pessoal de nível médio e auxiliar, Prof. Sávio Antunes	135
B. Perguntas formuladas aos Grupos	149
C. Respostas (Relatórios dos Grupos)	151

CAPÍTULO VI

A. Tópico 3: Responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar em Pinar del Rio Blois	181
B. Perguntas formuladas aos Grupos	207
C. Respostas (Relatórios dos Grupos)	213

CAPÍTULO VII

A. Tópico 4: Responsabilidade das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde, Dr. Roberto Santos	235
B. Perguntas formuladas aos Grupos	247
C. Respostas (Relatórios dos Grupos)	255

CAPÍTULO VIII

Conclusões, Dr. Amador José Ferreira	277
--	-----

CAPÍTULO IX

Mesas Redondas

1. O saneamento básico como fator de desenvolvimento econômico-social, Dr. José M. de Azevedo Neto	283
2. Fomento da saúde e a importância da medicina, Dr. Carlyle Guerra de Macedo	291

CAPÍTULO X

Discurso de agradecimento, Dr. Walter Lopez	307
Discurso do Ministro da Saúde, Dr. Leonel Miranda	311
Discurso do Presidente da República, Marcos Antonio de Costa e Silva	317

ANEXOS

1. Rotelro de trabalho	321
2. Composição dos Grupos	323

INTRODUÇÃO

A IV Conferência Nacional de Saúde foi convocada pelo Decreto n.º 58.266, de 27 de abril de 1966, nos termos do disposto no art. 90 e parágrafo único da Lei n.º 378, combinado com o art. 1.º da Lei n.º 1.920, de 25 de julho de 1952, com a finalidade de formular sugestões para uma política permanente de avaliação de recursos humanos, tendo em vista a formação dos contingentes de pessoal de que o país carece para o desenvolvimento de suas atividades de saúde.

Instalada pelo Exmo. Sr. Dr. Leonel Miranda Tavares de Albuquerque, Ministro de Estado da Saúde, e encerrada pelo Exmo. Sr. Presidente da República Marechal Arthur da Costa e Silva, a Conferência teve lugar de 30 de agosto a 4 de setembro de 1967, no edifício da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, em Manguinhos, Rio de Janeiro.

A Comissão Organizadora presidida pelo Dr. Hélio Fraga, Vice-Presidente do Conselho Nacional de Saúde, e integrada pelos doutores Achilles Scorzelli Junior, Alceu Vicente Wighman de Carvalho, Edmar Terra Blois, Ernani Agrícola, Francisco de Paula da Rocha Lagôa, Germano Sinval Faria, Jacques Noel Manceau, Jorge Bandeira de Melo, Manoel José Ferreira, Paulo Cezar de Azevedo Antunes e Rinaldo Victor De Lamare, foi auxiliada por um Comitê Executivo, composto do Secretário-Geral da Conferência Dr. Edmar Terra Blois,

Secretário-Adjunto Dr. Nelson Luiz de Azevedo Moraes e Drs. Euclides N. Mellem, Mário M. Chaves e Sebastião Duarte Barros Filho.

Tema central da Conferência, Recursos Humanos para as Atividades de Saúde, foi exposto pelo Prof. Manoel Moniz de Aragão, Reitor da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e os quatro tópicos em que foi subdividido: 1) O Profissional de Saúde de que o Brasil necessita; 2) Pessoal de nível médio e auxiliar; 3) Responsabilidade do Administrador da Saúde na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de Saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar; 4) Responsabilidade das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde. Asseio introdutório respectivamente pelos Drs. Achilles Scotta Junior, Roberto Albuquerque Antunes, Edmar Terra Moir e Roberto, Barreto.

Pela primeira vez, nas Conferências Regionais de Saúde, foi introduzida a técnica de Seminário para a apresentação dos temas em sessões plenárias e sua discussão em grupos de trabalho em que se dividiram os 300 participantes.

Como parte integrante da Conferência foi realizado um Simpósio Internacional, presidido pelo Dr. Rubens Abreu, Prof. da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e tendo como expositores o Dr. Abraham Horwitz, Diretor da Oficina Sanitária Pan-Americana, que expôs o tema "Recursos Humanos para as Atividades de Saúde - Política e Realização da Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde nas Américas", Dr. Ernani Braga, Chefe da Divisão de Recursos e Treinamento da OMS, que dissertou sobre "Educação e Treinamento do Pessoal para as Atividades de Saúde" e o Dr. Carlos Luiz Gonzalez, Secretário Executivo da Associação

Venezuelana de Faculdades de Medicina, com o trabalho “Atenção Médica da População Dispersa — Experiência da Venezuela”; e Dr. Raul Paredes Manrique, Chefe da Divisão de Educação da Associação Colombiana de Faculdades de Medicina, que apresentou um “Estudo de Recursos Humanos na Colômbia”.

Dois temas sôbre o “Saneamento Básico como Fator de Desenvolvimento Econômico e Social” e “O Planejamento de Saúde e a Importância da Estatística”, expostos pelo Pro-Professor José Martiniano de Azevedo Neto, Catedrático da Faculdade de Higiene e Saúde Pública de São Paulo, e Doutor Carlyle Guerra de Macedo, Secretário de Saúde Pública do Piauí, foram debatidos em mesa-redonda, como temas complementares da Conferência.

A IV Conferência Nacional de Saúde, reunindo autoridades e professores universitários, autoridades e profissionais de saúde, para a discussão de problemas comuns, representou, no dizer do Exmo. Sr. Ministro da Saúde, a oportunidade “de os educadores se tornarem mais sanitaristas e de os sanitaristas se tornarem mais educadores”.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESQUEMA DE ORGANIZAÇÃO
DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
(Estudos Preliminares — Regulamento)



COMISSÃO ORGANIZADORA
Comitê Executivo
(Preparação da Conferência até sua instalação)



MESA DIRETORA
(Ministro da Saúde, Vice-Presidente do Conselho Nac. Saúde,
Secretário-Geral e Relator-Geral da Conferência)



ATIVIDADES DA CONFERÊNCIA



SESSÃO INAUGURAL
(Exposição do Tema Central)



SESSÕES PLENÁRIAS

**SIMPÓSIO
INTERNACIONAL**

Presidente
4 Expositores
Participantes

**4 REUNIÕES GERAIS
DOS TÓPICOS**

Presidente
Expositor
Participantes

**2 MESAS
REDONDAS**

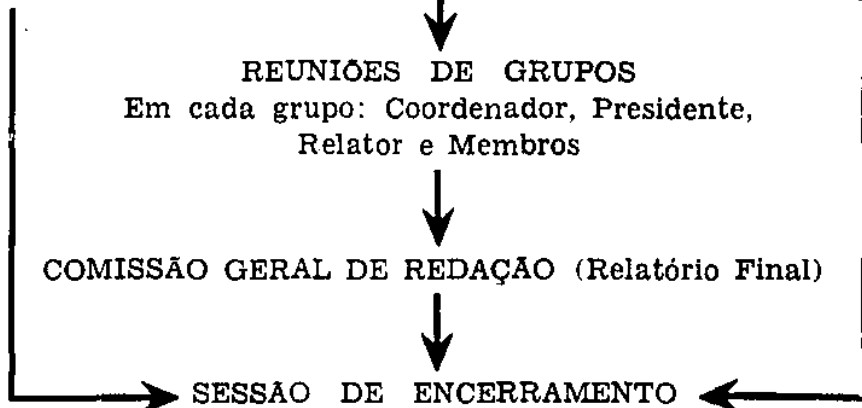
Moderador
Expositor
7 Membros
Participantes



REUNIÕES DE GRUPOS
Em cada grupo: Coordenador, Presidente,
Relator e Membros



COMISSÃO GERAL DE REDAÇÃO (Relatório Final)



SESSÃO DE ENCERRAMENTO

TEMÁRIO

I — SIMPÓSIO INTERNACIONAL

Primeira Parte

- A. Política e realizações da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde nas Américas.
- B. Educação e treinamento de pessoal para as atividades de saúde.

Segunda Parte

- C. Atención médica de la población dispersa — Experiencia de Venezuela.
- D. Estudio de recursos humanos en Colombia.

II — TEMA CENTRAL: Recursos humanos para as atividades de saúde.

- Tópicos:*
- 1 — O profissional de saúde de que o Brasil necessita.
 - 2 — Pessoal de nível médio e auxiliar.
 - 3 — Responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar.
 - 4 — Responsabilidade das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde.

III — MESAS-REDONDAS

- 1 — O saneamento básico como fator de desenvolvimento econômico-social.
- 2 — Planejamento da saúde e a importância da Estatística.

IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

CAPÍTULO I

Discurso do Ministro Leonel Miranda

Pronunciado na abertura da Conferência
Dia 30 de agosto de 1967

DISCURSO DO MINISTRO LEONEL MIRANDA (*)

Não me é fácil distinguir, neste momento, que razão me desvanece mais por presidir à abertura dêste Encontro. Pois êste honroso encargo não me sensibiliza menos como médico do que como integrante do Govêrno.

Médico, eu me sinto instalando uma Junta que vai procurar identificar e desenvolver um meio de tratamento para um paciente com uma família composta de milhões de dependentes.

É uma questão de amor ao próximo e à profissão.

Integrante do Govêrno, eu espero, também ansioso, que as indicações dêem ao paciente condições de assumir, sem mais demora, o destino que lhe está reservado.

É uma questão de idealismo e amor à Pátria.

Nós, os médicos, especialmente nos países em desenvolvimento, passamos a vida, ao longo de nossa carreira, pugnando pela melhoria dos recursos humanos necessários ao progresso das nações.

É um sentimento inerente ao nosso juramento, indispensável a melhor desempenharmos nossa missão, inadiável ao bem-estar dos povos e ao julgamento da posteridade.

Êste o espírito que tem inspirado todos os conclave que temos realizado no país e dos quais tantos resultados floresceram e frutificaram.

Esta a magnânima inspiração da Organização Mundial da Saúde — para a qual tanto tem contribuído o Brasil,

(*) *Pronunciado na abertura da Conferência — Dia 30 de agosto de 1967.*

homenageado com a entrega da Diretoria Executiva da entidade ao Dr. Marcolino Candau, que nos honra com a sua presença — e da Organização Pan-Americana da Saúde, que também nos honra com a presença do Dr. Abraham Shwartz.

O tema central dessa Conferência — Recursos Humanos para as Atividades de Saúde — está, portanto, por demais enfatizado nas nossas cogitações.

Mas isto não quer dizer, entretanto, que o assunto esteja esgotado. Ao contrário, ele é tão dinâmico quanto o progresso da Ciência Médica e requer, pois, exame e reavaliação constante.

Ainda este ano, a Organização Mundial da Saúde divulgará amplo relatório de um Comitê de Peritos, reunido em Genebra no ano passado, a respeito de Planejamento Nacional de Saúde em países em desenvolvimento, encorajando a necessidade de aquele organismo continuar a observar as tendências do planejamento em diferentes regiões geográficas, com vistas ao aprimoramento dos indicadores mais significativos de saúde e de recursos, com destaque especial para:

— estudar e experimentar, com novos métodos, o treinamento de especialistas quanto aos aspectos de saúde do desenvolvimento nacional e de treinar planejadores de saúde nos aspectos econômicos do planejamento nacional, através do treinamento de campo de equipes conjuntas;

— encetar estudos quanto à possível utilização, para diagnóstico e tratamento, do emprêgo de pessoal paramédico e auxiliar existente em muitos países em desenvolvimento, de modo a que sejam feitas recomendações sobre o nível educacional requerido dos educandos e sobre o conteúdo e duração dos programas de treinamento.

Dois outros pronunciamentos merecem registro.

O primeiro, do professor Abel Smith, da Faculdade de Economia da London School, na Conferência de Tel-Aviv, há cerca de 15 dias, quando afirmou que "os administradores de saúde precisam aprender a linguagem

dos economistas para poderem apresentar seus problemas em termos tais que possam impressionar os planejadores econômicos, caso desejem obter sua competente parcela dos recursos nacionais.”

O segundo, do Senador Edward M. Kennedy, membro da delegação norte-americana à 20.^a Assembléia Mundial de Saúde, em Genebra, quando frisou perante o plenário que, se é certo que conquistaremos a face escura da lua, é de se crer na conquista da face escura da pobreza, da ignorância e das doenças. E recomendava como pontos fundamentais:

- a ajuda das nações desenvolvidas às que estão em desenvolvimento em caráter prioritário e prestada com melhor previsão de capital, mais orientação do talento e maior intercâmbio de experiência e conhecimentos;

- a necessidade da formação de “pools” de médicos, peritos em saneamento, pessoal auxiliar e técnico, para serviços diretos de saúde e treinamento de mão-de-obra;

- a criação de corpos de auxiliares, que chamou de “semi-médicos”, dedicados a programas prioritários de saúde.

O temário desta Reunião não poderia estar mais atualizado, portanto, quando procura identificar o profissional de saúde de que o Brasil necessita, nos setores universitário, médio e auxiliar, e a responsabilidade do Ministério da Saúde, das Universidades e Escolas Superiores na formação e aperfeiçoamento, com vistas ao desenvolvimento de uma Política Nacional de Saúde para fazer frente à realidade brasileira.

Nenhum Governo poderá esperar resultados auspiciosos do planejamento de saúde, se não voltar sua preocupação, cumulativamente, para os recursos humanos disponíveis e a formar.

Outro não foi o entendimento do Presidente Costa e Silva, quando definiu a Meta-Homem no seu Programa Estratégico.

Este programa — que em Saúde representou, dentre outras vantagens, a antecipação do término da fase de combate agressivo à Malária, de 1970 para 1968, e que dará ao

Brasil uma grande vitória perante o mundo em projetos desta natureza -- atribui ao item Recursos Humanos em planejamento de saúde significativa importância.

Não pode entender de modo diferente o Governo de nosso país cuja maioria de municípios ainda não dispõe de assistência médico-hospitalar e que enfrenta uma acentuada insuficiência de mão-de-obra técnica e uma falta de 15 mil médicos para 65 milhões de habitantes, no interior, incluindo as grandes cidades, contra a de 19 mil médicos para 16 milhões de habitantes nos grandes centros urbanos.

O Ministério da Saúde e este colega aqui trazem, portanto, senhores convencionais, o mais efusivo cumprimento e uma mensagem de esperança e otimismo na tarefa a ser desempenhar em prol da Saúde no Brasil, para vencermos os números negativos no mais breve prazo possível.

Asseguramos que as recomendações resultantes do vosso trabalho serão recebidas com o aprêço merecido para execução.

Sairemos todos daqui com a mesma sensação de dever cumprido que levamos para casa ao sair de uma junta médica bem sucedida.

Com o entusiasmo que esta Conferência vai proporcionar entre educadores e médicos, espero que, para melhor desenvolvermos a Política de Saúde, os educadores saiam deste Encontro mais sanitaristas e os sanitaristas mais educadores.

CAPÍTULO II

SIMPÓSIO INTERNACIONAL

Primeira Parte

- A. *Política e realizações da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde nas Américas.*

Expositor: Dr. Abraham Horwitz, Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana.

- B. *Educação e treinamento de pessoal para as atividades de saúde.*

Expositor: Dr. Ernani Braga, Chefe da Divisão de Educação e Treinamento da OMS.

Segunda Parte

- C. *Atención médica de la población dispersa — Experiencia de Venezuela.*

Expositor: Dr. Carlos Luiz González, Secretario Ejecutivo Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina.

- D. *Estudio de recursos humanos en Colombia.*

Expositor: Dr. Raúl Paredes Manrique, Jefe de la División de Educación, Planeación y Desarrollo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

SIMPÓSIO INTERNACIONAL

(Resumo)

1. *Objetivo* — Informar os participantes da Conferência sobre a experiência de outros países ou de organizações internacionais no campo dos recursos humanos para as atividades de saúde.
2. *Composição* — Presidente: Dr. Rubens Maciel
Expositores: Dr. Abraham Horwitz
Dr. Ernâni Braga
Dr. Carlos Luiz González
Dr. Raúl Paredes Manrique
3. *Programa* — a) Introdução e apresentação dos participantes
Dr. Rubens Maciel
b) *Política e realizações da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde nas Américas*
Expositor: Dr. Abraham Horwitz
c) *Educação e treinamento de pessoal para as atividades de saúde*
Expositor: Dr. Ernâni Braga
d) *Atención médica de la población dispersa — Experiencia de Venezuela*
Expositor: Dr. Carlos Luiz González
e) *Estudio de recursos humanos en Colombia*
Expositor: Dr. Raúl Paredes Manrique
f) Sumário e Encerramento
Dr. Rubens Maciel

POLÍTICA E REALIZAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE E DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE NAS AMÉRICAS

Dr. ABRAHAM HORWITZ (*)

Nas ciências e nas artes, os recursos humanos sempre foram e serão essenciais à organização dos esforços da sociedade no sentido de satisfazer suas necessidades de saúde. Acaciano seria sem dúvida o comentário, não tivéssemos em mente o que agora se deu de chamar “a nova medicina”, na qual podemos observar crescente tendência para a substituição do técnico pela aparelhagem e os processos automáticos. Malgrado o surpreendente progresso — e mais progresso ainda é de se esperar — temos a convicção de que a presença do especialista em saúde será sempre indispensável, dada precisamente a “universalidade e diversidade do gênero humano”. Afirma Dubos que “os fenômenos relacionados com as doenças apresentam características universais e imutáveis, porque a natureza fundamental do homem permaneceu essencialmente a mesma nos últimos cem mil anos; mas a incidência relativa dos vários tipos de doença mostra grande diversidade, porque as condições da vida humana são tão variadas e tão mutáveis”.¹

Cada ser humano é um mundo em si mesmo e impossível será prestar-lhe assistência adequada sem primeiro compreendê-la. O perigo do aparelhamento excessivo da Medicina

(*) *Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana.*

¹) *Dubos, René: O Homem e Seu Ambiente. Conhecimentos Bio-médicos e Ação Social. Publicação Científica N.º 131, junho de 1966, p. 17.*

está na sua desumanização, processo que já se iniciou com o desenvolvimento. Nem todos os progressos do diagnóstico, do tratamento e prevenção das doenças e do aumento da saúde podem substituir a relação espiritual, afetiva, mediante a toda assistência ao enfermo por parte do médico e seus auxiliares. O que o desvalido mais deseja é compreensão e não piedade. O que o homem normal requer é persuasão — e não coerção.

Que os técnicos de saúde sejam indispensáveis não significa, no entanto, serem eles também imutáveis — outra observação acadiana, não fôra a evolução, às vészes vertiginosa, dos conhecimentos, a contínua transformação dos indivíduos e dos grupos e, sobretudo hoje em dia, a demanda social crescente por maior bem-estar. Com razão se tem dito ser a Medicina "estudo para toda a vida", que adquire nas outras disciplinas tudo quanto lhes corresponde realizar para prevenir e tratar a doença, assegurar o crescimento e desenvolvimento normal da criança, preservar e incrementar produtividade física e intelectual do adulto e promover o bem-estar social.

Na América Latina, o problema dos recursos humanos é tanto de quantidade como de qualidade, observação que requer, porém, mais esclarecimento. Com efeito, a quantidade desse elemento humano e as funções que lhe cabem, não se estabelecê-las à luz dos problemas prevalentes, nem sempre comparáveis nas distintas sociedades. Dubos fala da dimensão da pobreza e das enfermidades da civilização, estas últimas nos países industrializados e prósperos. E destaca o fato alarmante de que, ao contrário da crença geral, a expectativa de vida após os 45 anos de idade não aumentou de maneira significativa em lugar algum do mundo, nem mesmo nos grupos sociais que podem obter assistência médica mais aprimorada.

O correto é formar o pessoal universitário e seus auxiliares tendo por base o melhor conhecimento da evolução da saúde e das doenças: formá-los em número suficiente para alcançar determinados objetivos sociais com respeito a cada

problema, o que equivale a harmonizar a ciência com a orientação política. Temos que admitir que em todos os países, seja qual fôr o grau de seu desenvolvimento, há desequilíbrio entre necessidades e recursos, entre aspirações e possibilidades — e que cabe ao governo determinar o que melhor atende às necessidades essenciais da maioria dos habitantes. Aos cultores da ciência e da técnica, cabe colaborar para o acerto e pleno êxito dessa seleção. O processo tem sua dinâmica própria, enraizada na história e na cultura de cada sociedade, e deve ser objeto de avaliações e reajustes periódicos. Suas conseqüências far-se-ão sentir diretamente na educação e no treinamento.

Eis porque é importante medir os recursos humanos existentes e correlacionar êsses dados com as medidas que o país propõe tomar para reduzir progressivamente a incidência dos problemas de saúde através da prevenção e do tratamento. Cumpre por conseguinte readaptar a educação universitária e de seus auxiliares às características da morbidade e da mortalidade, de modo que êsse pessoal se forme para resolver sobretudo o que é freqüente, não o excepcional. Essa análise assaz complexa é que motivará a criação ou ampliação dos centros de ensino. O conjunto deverá refletir as tendências do crescimento econômico e do desenvolvimento social.

Fica assim definida a política que orienta nossa Organização nesse particular, diretiva posta em prática na colaboração que, associados ao Milbank Memorial Fund, prestamos ao Governo da Colômbia para o estabelecimento de metodologia que outros países poderiam talvez adaptar às suas circunstâncias. Adiantada está também na Venezuela a programação de estudo semelhante e da Argentina já recebemos manifestação de interesse no mesmo sentido. Tão importante quanto medir os recursos humanos é assegurar a continuidade de todo o processo, quantitativo como qualitativo. Sem essa precaução, será talvez preferível não iniciá-lo de todo, uma vez que dados não demoraram a perder atualidade. A realidade não é estática, modifica-se constan-

tamente por obra dos homens, para bem e para mal. Já disse o poeta que "ninguém vê a relva crescer".

Precisamos por esse sutil evoluir de nossas sociedades, dentro do modo de vida que se estabeleceu, não pode a educação universitária dissociar-se da pesquisa. Sem esta, aquela se torna estática, perde progressivamente o senso da realidade. Ginzberg, economista ilustre, afirmou: "Como professor com 30 anos de experiência na sala de aulas, creio que posso falar com alguma autoridade sobre a inevitabilidade de um atraso entre a melhor prática e o ensino usual. Sempre haverá entre os dois certa discrepância. Mas se os corpos docentes obsoletos e os métodos antiquados permanecem em função, o divórcio entre a prática e as escolas pode-se acentuar até que a estrutura educacional se atrase uma ou duas gerações." A pesquisa que não se transmite pelo processo educacional conduz ao isolamento e à derrota de sua finalidade. É este o fundamento do programa de pesquisas médicas da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, do qual há abundantes expressões na literatura científica.

Destas considerações se depreende que os recursos humanos, embora essenciais ao atendimento das necessidades de saúde de toda sociedade, de acordo com as características de sua cultura, não podem separar-se, tanto em sua formação quanto no exercício de suas responsabilidades, do processo geral de desenvolvimento. Assim o decidiram, em sua "Declaração dos Presidentes da América", os Chefes de Estado de dezolito nações. Ao determinarem a crescente aplicação de ciência e da técnica moderna, indicaram que a educação, em todos os seus aspectos, deve orientar-se para a consecução do grau de desenvolvimento que em cada período da história os países colimam. Entendemos por desenvolvimento o que tem como finalidade única e impreterível o bem-estar dos seres humanos e a harmonia social, encarando tudo mais, inclusive o crescimento da economia, como etapas interme-

*) Ginzberg, Eli: A Manpower Strategy for Public Health. American Journal of Public Health, abril de 1967, Vol. 57, Nº 4, p. 591.

diárias. Nortear a educação para êsse propósito superior em nada cerceia — muito pelo contrário, amplia e estimula — a liberdade de pensamento, a imaginação e a generosidade inerente à arte de ensinar. Ao participar das comemorações do Centenário da Universidade de Howard, tivemos ocasião de assinalar que a universidade deve ser autônoma — local de liberdade para o professor e para o estudante, onde possam pensar e debater; duvidar e investigar; analisar problemas e questionar valores. As idéias relacionadas com o homem e suas sociedades devem ser objeto de ampla discussão, porque é alheia à vida universitária tôda sorte de discriminação, sobretudo para com a condição humana, qualquer que seja sua natureza e diversidade.

Afirmamos que o problema dos recursos humanos na América Latina é tanto de quantidade como de qualidade. Embora o papel do médico nas ações diretas de prevenção e tratamento apareça como principal, à medida em que penetramos nas complexidades do ambiente e compreendemos a ecologia, vemos clara a importância das outras disciplinas que concorrem para a saúde individual e coletiva. Mais ainda: surge nítida a influência recíproca das técnicas preventivas e terapêuticas e as dos outros componentes do bem-estar que conduzem ao crescimento da economia. Eis porque é indispensável a programação harmônica, para que possamos obter o melhor rendimento dos recursos disponíveis, bem como, ao mesmo tempo, da ação complementar das diversas funções e, portanto, de seus ocupantes.

Em 1965 comunicaram-nos os governos da América do Norte um registro de 15,4 médicos por 10.000 habitantes. Essa taxa era de 4,9 na América Central e de 6,2 na América do Sul. Mesmo consideradas as diferenças de freqüência e distribuição dos problemas de saúde, é evidente a urgência de aumentar o número de diplomas nestas duas regiões. Em vista do tempo que a formação adequada do médico requer — mesmo através dos sistemas mais concentrados — será necessário determinar nesta geração as metas a alcançar e as profissões principais e auxiliares que deverão realizar êsse

trabalho. Veremos, com efeito, que o médico exerce hoje atividades que poderia delegar a pessoal auxiliar.

Em geral, nos países da América Central e da América do Sul, a taxa de aumento anual da classe médica tem sido quase o dôbro da que corresponde à população, mas ainda assim insuficiente para atender às necessidades de qualquer programa de saúde. Nos últimos vinte anos, o número de escolas de medicina mais que duplicou, atingindo o total de 122, com as variações próprias dos incrementos dessa natureza. Em termos de população total, há uma escola para cada dois milhões de habitantes, proporção que, aliás sem muito fundamento, se considera aceitável. Esse conjunto de educandários diploma cerca de 7.000 médicos por ano, a maioria dos quais se concentra nas capitais e nas grandes cidades.

É essa realidade, que mostra ser imperioso melhorar a qualidade e aumentar o número dos médicos. Como assinalamos, temos contribuído para a formulação de métodos destinados à medição dos recursos humanos para a saúde. Introduzimos conceitos e técnicas para melhorar o processo do aprendizado, o que equivale a instituir a pedagogia médica em várias faculdades de medicina, nas quais ficaram assim lançados os fundamentos que permitirão estabelecer relações adequadas entre professores e estudantes, mediante a identificação do propósito comum que os guia e das responsabilidades que a uns e outros lhes cabem. Temos colaborado na organização geral do ensino da medicina, dando particular atenção ao currículo e, recentemente, à administração escolar. No ano passado, assessoramos 27 escolas, em 15 países, em tôdas as funções e docência, inclusive nos departamentos de ciências básicas e de medicina preventiva. No campo do ensino pós-graduado, temos cooperado em cursos internacionais de pediatria social, imunologia e dinâmica da população.

Continuamos atentos ao programa regional de ciência e tecnologia, criado por decisão dos Chefes de Estado em sua "Declaração dos Presidentes da América". Esperamos com-

borar no estudo e desenvolvimento de centros multinacionais de ciências biológicas, médicas e da saúde em geral. A comissão de técnicos constituída para a formulação do programa, apresentaremos projetos em vários campos, inclusive bioquímica, patologia, virologia e fisiologia da reprodução.

Estamos tomando as medidas necessárias para fornecer livros de ensino, no vernáculo do país, a praticamente todos os estudantes de medicina, programa que tem recebido o apoio entusiástico das universidades da América Latina.

Com o concurso da Federação Pan-Americana de Associações de Escolas de Medicina, organismo não governamental reconhecido pelos Corpos Diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde, foi posta em circulação a revista "Educación Médica y Salud". Esta é apenas uma parte de programa mais vasto, no qual colaboram estreitamente as duas entidades, colaboração que esperamos incrementar e ampliar numa série de outros projetos já em desenvolvimento.

Graças à generosa contribuição dos Ministérios da Educação e da Saúde do Brasil, da Escola Paulista de Medicina, da Biblioteca Nacional de Medicina do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos e do Commonwealth Fund, estamos organizando na referida Escola a Biblioteca Regional Médica e de Saúde. Servirá, em futuro próximo, de centro de referência da bibliografia moderna para pesquisadores e professores das escolas universitárias e outras instituições da América Latina, assim como para o treinamento dos bibliotecários de tais entidades em técnicas modernas, inclusive as de computação eletrônica.

É na falta de enfermeiras que a escassez de recursos humanos na América Latina assume aspecto mais grave. Na América Central há 3 enfermeiras por 10.000 habitantes e na América do Sul 2,5 por 10.000. Em outras palavras, há 2 médicos por enfermeira, donde essa afirmativa de que estão muito mal aproveitados os conhecimentos científicos e a experiência de pessoal universitário de dispendiosa formação. Estima-se que apenas 26% das 170.000 enfermeiras auxiliares existentes nas duas regiões receberam educação formal. So-

mando-se ainda assim esse total ao das enfermeiras diplomadas, teremos proporções apenas ligeiramente superiores a 2 enfermeiras por médico na América Central e 1,5 na América do Sul. Em síntese, a falta é enorme e a qualidade das auxiliares deixa muito a desejar.

Em 1966 havia na América Latina 109 escolas de enfermagem para candidatas de nível correspondente a pelo menos nove anos de frequência escolar; e estavam matriculadas 4.155 estudantes. No ano anterior, o número de escolas fôra de 103 apenas e a matrícula atingira somente 3.672.

Nossa Organização colabora com várias escolas, tanto em cursos básicos quanto em programas avançados, para a melhor formação das enfermeiras diplomadas. Estamos considerando a possibilidade de organizar o fornecimento de livros de ensino das disciplinas mais importantes, com o fim de melhorar a qualidade do processo docente.

A evolução das sociedades humanas, aliada ao contínuo crescimento da população do mundo e aos novos e profundos problemas criados por modificações sociais e tecnológicas de grande alcance, dá origem a interações do homem com seu ambiente, cuja consideração determina crescentes demandas.

A escassez de habitações e de abastecimento de água adequado às necessidades humanas, a deterioração rápida e constante das reservas de água, a contaminação do ar e do solo, a eliminação de resíduos de matéria sólida, líquida e gasosa, o controle de vetores e a urbanização rápida são apenas alguns dos graves problemas que hoje enfrentam a engenharia sanitária.

Nestas considerações se fundamenta a política de nossa Organização, tanto em princípio como na prática. Nossa concepção da saúde é ecológica — o reflexo de um propósito — que se concretiza no conhecimento dos fenômenos da adaptação do homem ao ambiente. Como este é diverso e variável, tanto nos seus componentes físicos como nos sociais, diversos e variáveis têm que ser também os métodos de prevenir e curar as doenças e fomentar o bem-estar do ser humano.

Cabe aqui destacar que os Governos das Américas se comprometeram a fornecer água potável a 70% de sua população urbana e a 50% de sua população rural, dentro da década iniciada em 1962. É a meta que fixaram a si próprios os signatários da Carta de Punta del Este. No decorrer dos seis últimos anos, foi empreendida a instalação ou ampliação de serviços que deverão beneficiar 52 milhões de pessoas, sendo 15 milhões no meio rural. Sessenta por cento dessa inversão é de origem interna e uma quinta parte desses recursos está representada pela contribuição de indivíduos e comunidades. Os créditos internacionais têm sido concedidos principalmente pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento, que se transformou em verdadeiro banco do progresso da América Latina. A Agência de Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos realiza também obra importante nesse setor. A inversão ultrapassa 1,1 bilhão de dólares. Se a esse trabalho, que será sem dúvida ressonância na história da saúde das Américas, juntarmos obras de menor vulto destinadas a melhorar outros componentes do meio, compreenderemos a importância adquirida pela engenharia sanitária e, em geral, o que se tem chamado de "higiente do ambiente". Como ocorre com todos os outros recursos humanos que vimos comentando, a escassez é a regra na comparação da demanda com as disponibilidades conhecidas. Não há ainda sistemas práticos para calcular o pessoal de formação universitária que será necessário. A título de exemplo, pode-se entretanto mencionar que nos Estados Unidos há 33 engenheiros sanitários por milhão de habitantes. No Brasil, 12 por milhão, sendo que apenas 4 especializados. Aplicando-se essas taxas à população de 270 milhões prevista para a América Latina no término desta década, o número de engenheiros capacitados flutuaria entre 1.000 e 9.000. Cálculo superficial, pois que as informações são incompletas, indica haver hoje na América Latina 2.000 engenheiros sanitários.

Estas cifras mostram claramente as dimensões do problema educacional, explicam a situação em que se encontra a higiene do meio e justificam o clima, que ora prevalece nas

Américas, em favor de medidas corretivas, qualquer que seja o vulto da empresa e o montante das inversões, dentro do marco da economia nacional.

No que respeita a recursos humanos, a política da Organização, determinada pelos Governos e centralizada nas universidades, tem sido proporcionar antes de tudo assessoria à criação ou melhoramento de recursos para a formação de engenheiros sanitários. O sistema, embora essencial, é por sua própria natureza bastante lento. Tem sido suplementado por cursos intensivos de aperfeiçoamento em matérias selecionadas pelas universidades em consulta com os Governos, as instituições e os técnicos interessados. Em matéria de difusão de literatura técnica, foram preparados e distribuídos amplamente manuais de cada tema analisado. Assinamos convênios com 31 universidades, em 18 países. Em 1966, graças a essa verdadeira rede de centros educacionais, foi possível oferecer sessenta cursos de aperfeiçoamento intensivos e de especialização, além de sete seminários. Foram tratadas, entre outras, matérias relacionadas com abastecimento de água — o tema mais solicitado — habitação, higiene industrial, eliminação de resíduos sólidos, contaminação da água, fiscalização de alimentos e conservação de equipamento hospitalar. Frequentaram os cursos 1.831 técnicos, que contaram com a assessoria de 81 consultores da Organização e 343 professores universitários.

A medida que as ciências biológicas e sociais se diferenciam e o progresso faz crescer a responsabilidade que têm os governos e as sociedades na prevenção e no tratamento das doenças, mais se destaca a importância da saúde pública como especialidade. Com efeito, além da transcendência de sua missão, cumpre considerar a magnitude do investimento. Estimando-se que 5% dos gastos totais dos Governos centrais da América Latina se destinam à prevenção e ao tratamento das doenças, teremos cifra superior a 2 bilhões de dólares por ano. E neste cálculo não estão incluídas as inversões priva-

das de indivíduos e instituições nem os gastos que correspondem à nutrição, à formação e aperfeiçoamento dos recursos humanos e à investigação científica. O total é considerável. A importância do investimento explica a necessidade imperiosa de aplicar ao delicado processo de organização e administração dos serviços de saúde os critérios e as técnicas próprias da grande empresa. Certa proporção, relativamente pequena, do pessoal de saúde deve por conseguinte adquirir preparo universitário para essa especialidade e a ela se dedicar. Existem na América Latina 10 escolas de saúde pública e a todas elas nossa Organização presta assessoria. Cabe à especialidade redefinir seus propósitos, identificar seus métodos ou determiná-los através da investigação científica, para nortear o ensino acadêmico e prático no sentido de assegurar à saúde sua condição de componente indispensável do desenvolvimento. Com isto não queremos porém dizer que a disciplina não esteja perfeitamente diferenciada. Não há na América Latina, a meu ver, a situação que se alega existir nos países tecnologicamente adiantados e que Ginzberg resume nesta observação: "O problema mais básico de saúde pública não é conseguir recursos humanos, porém continuar existindo."³ Os antecedentes históricos, as características sociais e a evolução dos serviços fazem com que se tenha a tendência de organizar os recursos de prevenção e cura das enfermidades dentro das mesmas entidades do setor público da economia. Acresce que o custo da assistência médica ultrapassa às vezes o poder aquisitivo das famílias. Torna-se então imprescindível a ação do governo, a qual se exerce sob várias formas, inclusive mediante instrumentos indispensáveis como o planejamento, as estatísticas e os princípios e técnicas de administração pública. Esses são outros setores nos quais nossa Organização desenvolve intenso programa de formação e aperfeiçoamento, assim como de colaboração direta com os

³) Ginzberg, Eli: A Manpower Strategy for Public Health. American Journal of Public Health, abril de 1967, Vol. 57, n.º 4, p. 592.

Ministérios da Saúde. O mesmo ocorre com outros campos fundamentais, entre os quais se destacam a nutrição e a assistência médica.

É notória na América Latina a escassez de técnicos de preparo intermédio, entre o pessoal universitário e o auxiliar. A situação conduz à deficiência do trabalho de supervisão e ao encarecimento dos serviços. O problema é semelhante na indústria e nas empresas de desenvolvimento em geral. A situação justifica a orientação de nossa política com respeito à formação profissional do pessoal que colabora com o médico. Impõe, além disso, a necessidade de definir com precisão as responsabilidades dos auxiliares, o que lhes pode ser confiado e o que deve permanecer nas mãos do médico. Foi o que recomendou um grupo assessor de nossa Organização, destacando que o pessoal auxiliar tem funções próprias, nas quais não substitui o de nível superior. Investigamos atualmente, pelos estudos chamados de "tempo e movimento", as atividades da enfermeira, com o fim de determinar suas verdadeiras funções. Conforme os resultados, pretendemos sugerir reformas nos numerosos programas de capacitação que hoje se realizam nas Américas. Não será possível, em nossa geração, reduzir os riscos do ambiente, evitar as doenças e curar oportunamente os enfermos valendo-nos apenas de pessoal diplomado em universidade. O auxiliar tem papel definido e tanto mais eficiente quanto melhor for a supervisão. No meio rural disperso da América Latina, carente de toda assistência, sua presença é hoje insubstituível.

Entre os métodos da colaboração internacional que têm maior projeção, destacam as bolsas para cursos de aperfeiçoamento. De 1961 a 1966, concedeu nossa Organização 3.940 bolsas, das quais 605 ou 15,3% a professores universitários. Deste total, 426 foram dadas a professores de medicina. Embora não tenhamos feito uma avaliação funcional do sistema, estamos convencidos de sua influência favorável em todo o processo de educação da América Latina.

Os recursos humanos são o elemento essencial das atividades de saúde. Em sua formação, cumpre tomar muito em conta a observação atilada de Lederberg: "A qualidade única do homem é sua firme consciência histórica. Todo ser humano contempla no passado uma tradição cultural que, entenda-a ele ou não, lhe modelou a personalidade, a linguagem e a capacidade de adaptar-se ao mundo exterior. Contempla no futuro uma posteridade e em torno de si mesmo uma comunidade de outros homens com os quais sua vida está inevitavelmente em estreito contacto".

EDUCAÇÃO E TREINAMENTO DE PESSOAL PARA AS ATIVIDADES DE SAÚDE

Dr. ERNÂNI BRAGA (*)

A tese de que o homem — como a terra, as matérias-primas, as fontes de energia — deve ser considerado como um dos recursos econômicos com que pode contar a sociedade para o seu desenvolvimento, ganha cada vez maior aceitação. Diferentemente, porém, dos demais recursos, toca especialmente ao homem a tarefa de promover o progresso e o bem-estar social, e sua atuação será tanto mais significativa, quanto melhor fôr sua qualidade e mais adequada sua utilização. Por outro lado, a saúde, um dos elementos integrantes do bem-estar humano, além de ser meta, é principalmente e acima de tudo, um poderoso fator de desenvolvimento.

Em mais de uma oportunidade o Dr. M. G. Candau, Diretor-Geral da OMS, se tem referido à inter-relação que deve existir entre os três elementos básicos dos quais depende a elevação do nível de vida das nações. O primeiro, como é sabido, corresponde aos recursos naturais e o segundo, aos recursos humanos, estes menos pelo número, que pela qualidade, isto é, por sua saúde, educação, aptidões e, além disso, motivação para atuar como força de progresso e prosperidade. Ao terceiro elemento, que poderíamos denominar “fatores de transformação”, toca o papel fundamental de promover tal inter-relação de maneira positiva. Frequentemente, porém, tal elemento — representado por influências políticas, sociais ou econômicas — trabalha em sentido negativo e quando isto

(*) *Chefe da Divisão de Educação e Treinamento da OMS.*

ocorre, mesmo nos países que contam com bons recursos naturais e humanos, os níveis de bem-estar geral caem.

A OMS reconhece, pois, que o homem é ao mesmo tempo objeto e instrumento do desenvolvimento social e económico. Sem boa saúde os recursos humanos representam na realidade um peso morto cuja transformação em fator de progresso requer despesas geralmente muito superiores às possibilidades financeiras de um grande número de países. Não há, porém, alternativa: para que uma nação possa alcançar o estado de bem-estar a que tão bem se refere a conhecida definição adotada pela OMS, o nível de saúde dos respectivos recursos humanos necessita ser desenvolvido ao máximo. De fato, a mala saúde é de tal forma fundamental para a sociedade humana, que simplesmente não poderá estar ausente de qualquer programa nacional de desenvolvimento.

Caberá evidentemente aos governos responder a esta simples questão: "Quanto poderão as nações gastar, de maneira justificável, com os serviços de saúde que devam oferecer às suas populações?" Tais serviços — como por sinal também ocorre com a educação — não são fáceis de analisar do ponto de vista custo-benefício, porém os administradores mais capazes certamente saberão utilizar a moderna metodologia de planificação, para provar que investir em saúde representa um impacto positivo — possível, de medir — sobre a qualidade dos recursos humanos de cada país.

Há menos de dois meses o Diretor-Geral-Adjunto da UNESCO, Sr. Malcolm S. Adiseshiah, ao abrir na Finlândia o Primeiro Seminário de Planejamento Educacional daquele país, perguntava: "O que é melhor? Uma determinada unidade de investimento capaz de produzir algo que, para ser vendido a uma população desorientada, precisa ser anunciado espalhafatosamente em jornais, rádio, televisão, etc., ou a mesma unidade investida em serviços de saúde para o povo?" E ele mesmo respondia: "Como economista, o melhor que posso fazer diante de tal pergunta, é afastar-me polidamente, fingindo ser surdo". Aliás, uma boa demonstração do conceito de que "saúde é riqueza" consiste na generosidade

com que os países socialistas dotam os orçamentos dos seus programas de saúde. Porém mesmo nesses países, a relação custo-benefício, tanto de projetos para o controle das doenças de massa, quanto de investimentos em programas integrados de saúde para as comunidades, não deixa de ser cuidadosamente levada em conta.

Pode-se dizer, num amplo sentido, que todas as atividades da Organização Mundial da Saúde estão voltadas para um objetivo único e central: o desenvolvimento dos recursos humanos. Ao adotar a tese de que o homem é ao mesmo tempo recurso, instrumento e objeto do desenvolvimento social e econômico, a OMS reconhece que ele só pode funcionar adequadamente se desfrutar de boa saúde. Entretanto, o grau de desenvolvimento sócio-econômico de um país está estreitamente relacionado ao seu contingente de pessoal para as atividades de saúde, à maneira com que esse pessoal é utilizado em benefício da população e, especialmente, ao nível e à qualidade de sua preparação e treinamento. Na verdade, sua má ou precária utilização certamente há de influir negativamente no estabelecimento e expansão de serviços adequados, daí devendo resultar um agravamento dos problemas de saúde, com sérias repercussões no desenvolvimento da nação.

Não há país que não tenha problemas em matéria de recursos humanos para as atividades de saúde. Nos mais desenvolvidos, a verdadeira explosão das ciências e da tecnologia, ao lado de fatores sociológicos, está provocando um desencontro cada vez maior entre a demanda de tais recursos e a capacidade de produção dos mesmos pelas organizações que os formam. Além disso, de um ponto de vista puramente administrativo e econômico, se reconhece que os serviços de saúde, mesmo nos países em desenvolvimento, já aparecem como setor especial de emprego, entre os mais importantes, possuindo campos bastante diversificados e carreiras de alta complexidade. Em virtude, pois, da seriedade do problema e da necessidade de debatê-lo amplamente, multiplicam-se congressos mundiais, regionais ou nacionais, reúnem-se comitês, grupos de estudo, seminários e *simposia*; movimentam-se as

organizações privadas e as grandes fundações; desenvolvem-se inúmeros projetos cooperativos bilaterais. Por sua vez a OMS em seu trabalho fundamental junto aos países membros, especialmente aos menos desenvolvidos, visando a ajudá-los a fortalecer os respectivos serviços nacionais de saúde, busca alcançar seus objetivos sempre tendo em conta que não há problema algum de saúde que possa ser resolvido sem que se dê a devida atenção à educação e ao treinamento do pessoal que terá a responsabilidade de enfrentá-lo.

Como acaba de declarar o Diretor-Geral da OMS em recente reunião do ECOSOC, a educação e o treinamento do pessoal de saúde, em seus vários níveis e categorias, necessita ser parte essencial de qualquer programa de saúde e deve estar relacionado ao seu planejamento e respectiva implementação. Durante os últimos 20 anos a OMS deu alta prioridade a esta área e fez da educação e treinamento do pessoal de saúde parte integrante de suas atividades. Tem tido, porém, a OMS o cuidado de deixar claro que os programas de saúde não podem ter por base o médico, ainda que altamente qualificado, porém na verdade uma equipe, composta dos denominados "profissionais da saúde" — como o médico, a enfermeira, o dentista, o engenheiro sanitário, o veterinário de saúde pública, etc., com os respectivos elementos auxiliares, em seus diversos tipos e capacidades.

No presente momento a OMS está concluindo uma análise de seu trabalho de 20 anos em matéria de educação e treinamento, com vistas a definir, de maneira mais precisa, suas futuras atividades e programas neste campo. Tal estudo está revelando a necessidade de um exame mais aprofundado do problema de formação de quadros de pessoal em relação ao planejamento de saúde. A OMS espera dar toda a ênfase possível à preparação de líderes educacionais capazes de promover o planejamento nesta área, a fim de que a mesma possa ser desenvolvida em consonância com os programas e atividades de saúde. Haverá que dar toda a atenção à preparação das várias categorias de pessoal de saúde para atender às necessidades mais urgentes das populações dos países em

desenvolvimento; mister será, porém, não perder de vista que os planos de saúde de cada país têm que considerar situações as mais diversas, devendo variar enormemente, de um para outro, as necessidades, tipos e características daquele pessoal.

Todo e qualquer planejamento, como é sabido, traz consigo algum risco, pois ao serem estabelecidas as áreas prioritárias de ação, os aspectos educacionais das mesmas podem ser sacrificados naquilo que é fundamental, isto é, em seu conteúdo e qualidade. A falta de planejamento significa, porém, a certeza da desordem, coisa que os países em desenvolvimento, de escassos recursos econômicos, têm de evitar a todo o custo. Cabe então promover a atuação interdisciplinar dos administradores e planejadores de saúde, com a dos educadores, especialmente aqueles ligados ao ensino das ciências biomédicas. Tão importante tarefa não pode ficar a cargo exclusivo de uns ou de outros. Se, de um lado, já há quem parafraseie Clemenceau e diga que “educação é assunto muito sério para estar nas mãos apenas de educadores”, muito apropriadas parecem estas outras palavras de Malcolm S. Adiseshiah, ao referir-se ao assunto nos seguintes termos: “A educação tem que ser planejada por uma variedade de razões. Se os educadores não a planejarem, isso será feito pelo tecnocrata ou pelo amador”.

O programa de educação e treinamento da OMS tem três objetivos principais: a) estudar os problemas que dizem respeito à preparação e treinamento dos recursos humanos para as atividades de saúde, disseminando informações e oferecendo consultoria sobre o assunto; b) oferecer oportunidade de aperfeiçoamento para o pessoal de saúde de diversos países, com vistas a fortalecer os serviços a que pertencem; c) assistir os países membros em seus esforços no sentido de desenvolverem recursos próprios destinados à educação e ao treinamento do referido pessoal. Para que os dois últimos objetivos sejam alcançados, muito há que ser feito pelos países antes de poderem dar início a atividades regulares, a longo prazo, no campo da educação e treinamento. Em muitos casos, porém, as falhas dos serviços de saúde, no que concerne à

qualidade do seu pessoal, são tão patentes, que a concessão pela OMS, de bolsas de estudos destinadas a enviar alguns elementos promissores para estudar no exterior, não deverá depender de elaborados planos de desenvolvimento. Além disto, a OMS busca atuar no campo da educação do pessoal de saúde de outras maneiras, convindo salientar as seguintes:

- a) convocação de Comitês de Peritos e de outros grupos consultivos e publicação dos respectivos relatórios; realização de estudos especiais; divulgação de informações sobre esquemas educacionais e sobre instituições capacitadas a formar pessoal;
- b) organização de reuniões, seminários viajantes e cursos de treinamento, visando principalmente a beneficiar os participantes dos mesmos;
- c) concessão de bolsas, tanto para estudo no exterior, em nível avançado ou de pós-graduação, quanto para estudos de formação profissional, em caso de faltarem recursos locais para isso;
- d) fornecimento de consultores e de professores para a elaboração de planos visando a fortalecer instituições de ensino existentes, ou a promover a criação de novas instituições;
- e) eventual fornecimento de material de ensino ou bibliográfico.

Os programas de trabalho da OMS, aprovados nas reuniões do Comitê Executivo e pelas Assembléias Mundiais de Saúde, no que concerne às atividades de educação e treinamento, têm-se desenvolvido sem solução de continuidade, progressivamente. De fato, o programa de ação da OMS para o período de 1957 a 1960 já dizia o seguinte: "O objetivo comum consiste em diminuir a escassez de médicos incrementando a produção desses profissionais pelas escolas de medicina, que para isso precisarão aumentar ao máximo sua eficiência técnica, através da elevação da qualidade do ensino que ministram. O currículo de tais escolas precisa ser

adaptado às necessidades de cada país, e amplas oportunidades de treinamento devem ser colocadas à disposição dos médicos, quer trabalhem em medicina preventiva ou curativa. Finalmente, os padrões acadêmicos dos corpos docentes devem ser mantidos por intermédio de contatos científicos internacionais. A OMS precisa estar preparada para ajudar em todas estas medidas”.

A respeito das profissões para-médicas, aquele mesmo programa de ação contém o seguinte: “O médico não pode cuidar sozinho dos problemas de saúde de sua comunidade. As comunidades precisam também de enfermeiras, dentistas, engenheiros de saúde pública, veterinários de saúde pública, técnicos de laboratórios, terapeutas ocupacionais — a lista é incompleta, devendo crescer na medida com que a complexidade social e tecnológica aumenta. A OMS deve assistir os países a analisar suas exigências, de forma a adaptar o treinamento de cada grupo às necessidades e circunstâncias.”

O terceiro programa de ação da OMS para o período de 1962-1965 aborda por sua vez a necessidade de aperfeiçoar outro tipo de pessoal, isto é, aqueles que terão responsabilidade de administração ou de ensino. “Muita ênfase tem sido dada até agora à educação e ao treinamento do pessoal de saúde em geral, porém a experiência dos últimos dez anos está mostrando necessidades mais evidentes. Vê-se, por exemplo, que particular atenção deve ser dada à educação, não só das pessoas que irão assistir junto aos serviços de saúde dos seus países elevadas responsabilidades técnicas ou administrativas como também das que irão exercer funções docentes de relevância”. Não deixou, porém, o terceiro programa de ação de referir-se a outro setor dos mais importantes no campo dos recursos humanos para a saúde, isto é, ao do pessoal auxiliar. “Esforços especiais voltados para a educação de pessoal auxiliar em todas as categorias aparecem como cada vez mais necessários, não somente para os países nos quais esses elementos podem remediar a falta de pessoal qualificado, quanto para aqueles desenvolvidos, nos quais o pessoal auxiliar não é considerado menos indispensável”.

Finalmente, o quarto programa geral de ação da OMS para o período 1967-1971 resume o que foi mencionado atrás, da seguinte forma: "A educação e o treinamento de pessoal de saúde são do interesse universal de todos os Países Membros, pois são básicos para a totalidade de suas iniciativas no campo de saúde. O programa continuará a considerar o ensino de formação, o de pós-graduação e áreas especiais de educação médica, assim como a educação e o treinamento de enfermeiras, engenheiros de saúde pública, educadores sanitários, parteras, inspetores sanitários e todo o tipo de pessoal auxiliar. Reservará, além disso, para a preparação de professores, um lugar todo especial, principalmente com respeito à concessão de bolsas de estudo".

Não cabe, nesta breve apresentação, referir o vulto das atividades realizadas até agora, nem especificá-las em detalhe. Muito haveria que dizer sobre a educação do médico e dos outros profissionais de saúde; sobre educação de pós-graduação, em especial, no campo da saúde pública; sobre programas de bolsas de estudo e de reuniões educacionais. Parece, porém, apropriado mencionar apenas três setores que deverão merecer, de parte da OMS, particular atenção em seus futuros programas.

O primeiro se refere à preparação local de quadros docentes. De fato, uma das mais eficientes formas de colaboração que a OMS pode dar aos países membros consiste em ajudá-los a preparar, com conveniente antecedência, professores para as respectivas instituições de ensino das ciências da saúde. O programa de bolsas da OMS é de grande valia em tal sentido, pois alta prioridade pode ser atribuída à preparação de futuros professores.

Espera a OMS utilizar ao máximo instituições locais, que por terem alcançado nível científico e educacional elevados, e, além disso, haverem preenchido certas condições adicionais, podem responsabilizar-se pela preparação e aperfeiçoamento de elementos docentes provenientes de instituições do mesmo país, ou de países da mesma região. Trata-se de um programa de relativa simplicidade, que visa em última análise a distri-

buir os elementos a serem preparados por uma rede de centros de treinamento de professores, constituída por instituições já existentes. Nada há que criar *de novo*; aproveitam-se apenas essas verdadeiras “ilhas de excelências”, para uma tarefa de transcendental importância. Ao invés de implantar “centros internacionais de treinamento”, de pouca ou nenhuma autenticidade, procura-se usar, no plano internacional, instituições nacionais cuja qualidade tenha sido amplamente comprovada.

O segundo consiste em estimular o intercâmbio das experiências que estão sendo realizadas, em matéria de educação, por certo número de escolas médicas, em sua maioria situadas em países em desenvolvimento. Essas “instituições-chave” estão acumulando isoladamente, e com repercussão limitada, um grande acervo de experiências e modos de abordar o problema da organização do ensino das ciências da saúde. Haverá que utilizá-las como elementos promotores de transformação das obsoletas estruturas educacionais das instituições tradicionais, que resistem ao progresso. O simples conhecimento de sua existência, de seus programas, características e peculiaridades; a promoção de debates sobre os aspectos particulares de seus planos de ensino e de pesquisa; o intercâmbio de pessoal docente dessas escolas, com o de outras menos evoluídas, não foram ainda explorados em todas as suas potencialidades, como fatores de emulação e, portanto, de renovação.

Em terceiro lugar há que mencionar um setor da maior e atual importância. O Comitê Executivo da OMS, ao examinar as medidas que se recomendariam no campo da educação e treinamento para atender às necessidades dos países em desenvolvimento, declarou o seguinte: “Uma distribuição judiciosa de funções, entre o pessoal médico e para-médico de um lado, e os respectivos auxiliares do outro, resulta em economia, em primeiro lugar, de pessoal profissional qualificado e, em segundo, do tempo gasto em seu treinamento, pois importaria em reduzir a um mínimo o número de pessoas cuja formação é mais demorada e complexa.”

O desenvolvimento dos serviços de saúde depende somente em parte do número de médicos existentes num país. O problema de sua escassez — o qual continuará agudo ainda por muitos anos na maioria dos países em desenvolvimento — pode ser observado através do treinamento de pessoal auxiliar de nível médio, capaz de exercer uma série de tarefas médicas delegadas, particularmente em áreas mais carentes de serviços de saúde. Nos países desenvolvidos, a crescente complexidade da educação das profissões de saúde torna pouco econômico fazer com que um médico gaste parte de seu tempo realizando atividades de certa simplicidade que bem poderiam estar a cargo de pessoal para-médico, como por exemplo a enfermeira, ou de auxiliares adrede preparados. Como bem disse durante a última Assembléia Mundial de Saúde o representante dos Estados Unidos da América: "Este pessoal multiplica muitas vezes o impacto dos profissionais. Eles podem ser treinados, rápida e economicamente, para desempenhar-se individualmente de muitas tarefas. Onde quer que estejam, constituem um núcleo base para o desenvolvimento de um sistema de saúde, comunidade por comunidade". Do mesmo tom são as seguintes palavras pronunciadas pelo Diretor-Geral da OMS em recente conferência: "Nos países mais ricos há atividades consideradas como de única responsabilidade dos médicos, que podem ser perfeitamente desempenhadas por outros elementos da equipe de saúde, se adequadamente preparados. Nos países em desenvolvimento não há qualquer possibilidade, pelo menos durante uma geração, de produzir-se todos os médicos necessários para a execução de suas funções tradicionais. Suas responsabilidades têm de ser redistribuídas. Muito há que fazer a este respeito".

Ainda nessa Conferência, pronunciada há precisamente quinze dias, dizia o Dr. Candau: "Com respeito à educação nas profissões de saúde — *que é a minha maior preocupação* — a experiência tem mostrado que é um grande erro copiar servilmente tipos tradicionais de educação médica. Estes foram desenvolvidos em torno do fim do século passado, durante os primórdios da medicina científica, muito antes

portanto dos sensacionais eventos da medicina moderna nos últimos 30 anos. Mesmo nos países altamente desenvolvidos, há insatisfação com os presentes “currícula”. Várias das escolas líderes do Reino Unido e dos Estados Unidos da América estão revendo radicalmente os seus “currícula”, com vistas aos novos conhecimentos médicos e às mudanças que estão ocorrendo no panorama nosológico. Estas revisões levam em conta a quantidade e a qualidade do pessoal médico disponível nesses países. Não visam, porém, aos problemas totalmente diferentes dos países em desenvolvimento, onde não apenas as doenças são diferentes, como também o são as possibilidades e os recursos para enfrentá-las. Há portanto que reexaminar os sistemas educacionais de preparação do pessoal de saúde, em todos os níveis e segundo as necessidades de cada país. A tentativa de introduzir, num país em desenvolvimento, a política adotada por um país desenvolvido, geralmente está fadada ao insucesso, podendo provocar tensões intoleráveis. Em resumo, é um engano copiar escolas médicas dos países desenvolvidos. A tecnologia pode ser internacional em substância, porém sua aplicação tem de ser adaptada a cada situação. As Universidades dos países em desenvolvimento, as matérias ensinadas e os métodos de ensino, ainda têm por modelo as “velhas culturas”. Assim não deve ser. Tais Universidades necessitam buscar novos métodos, novos temas e novas idéias, de importante relevância face aos novos problemas. Se assim o fizerem, talvez possam forjar a Universidade do futuro, que eventualmente poderá ser copiada pelas “velhas culturas”.

Uma palavra para terminar. Grande é minha satisfação por estar aqui, neste momento, participando dos trabalhos iniciais desta Conferência; pois imensa será sem dúvida sua significação para o sério problema de formação dos quadros de profissionais de saúde e dos respectivos auxiliares de que o Brasil tanto necessita. Estou certo de que suas recomendações marcarão o início do processo de integração dos sistemas de educação e de saúde deste país.

ATENCIÓN MÉDICA DE LA POBLACIÓN DISPERSA — EXPERIÊNCIA DE VENEZUELA

Dr. CARLOS LUIZ GONZÁLEZ (*)

1. CONSIDERACIONES GENERALES

Repetidamente se ha insistido que en la América Latina los servicios de atención médica que se prestan como parte de un programa organizado de la salud han de enfrentarse a variados y complejos problemas que les hace difícil lograr un contacto directo y oportuno con la población. En otras palabras, que limitan, en mayor o menor grado, la *accesibilidad* de esos servicios.

El concepto de accesibilidad es relativo, pues lo que para unos es accesible resulta inaccesible para otros. No obstante, en administración sanitaria reviste enorme interés averiguar, lo más objetivamente que sea posible, cuál es el radio de acción de un programa de atención médica, bien sea definido en términos geográficos o de población cubierta, o desde cualquier otro punto de vista. En efecto, como servicio público un programa organizado de atención médica debe procurar la mayor cobertura posible; pero este propósito también tiene que compaginarse con un criterio económico, que exige mantener los costos unitarios del programa dentro límites razonables, acordes con la capacidad financiera de la comunidad.

Particular seriedad adquiere el asunto en la América Latina cuando se consideran las necesidades de salud de las

(*) *Secretario Ejecutivo, Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina.*

grandes masas de seres humanos que constituyen lo que usualmente se denomina *población rural*. Si bien esta expresión se usa en todas partes, su significado dista de ser uniforme, por cuanto hay una diversidad de criterio que se siguen para definirla. Desde un punto de vista práctico, sin embargo, parece haber acuerdo en usar el criterio censal, mediante el cual se considera como rural a la población ubicada en localidades cuyo tamaño está por debajo de una cifra arbitraria.

En una publicación reciente de la OPS (1) se indica que según los censos efectuados alrededor de 1960 en 11 de 18 países de las Américas más del 50 por ciento de la población vivía en zonas rurales, que fueron definidas como "localidades de menos de 2.000 habitantes o fuera de los conglomerados". Ahora bien, de ese sector demográfico una gran parte, lo que pudiera denominarse "población dispersa", está ubicada en pequeños caseríos o viviendas aisladas, separados entre sí por grandes distancias, con dificultosas vías de comunicación que empeoran durante las largas estaciones de lluvia y de sequía.

Motivo de muchos estudios ha sido la migración de los habitantes de zonas rurales hacia las grandes ciudades en América Latina que ha resultado en el violento aumento de éstas y en la aparición de los agudos problemas que le son inherentes. Sin duda, tal fenómeno es particularmente grave pues se trata de una "ruralización de la ciudad", producto de la succión rápida de grupos familiares enteros, lo cual conduce indefectiblemente a la carencia de viviendas y de servicios educacionales, sociales y de salud y dificultades de empleo a más de los trastornos de adaptación de esas personas al nuevo medio. Esto, sin embargo, no debe opacar el otro hecho, menos dramático pero no menos importante, de que la población rural sigue aumentando, aun cuando, como es de suponer, a una tasa muy por debajo de la urbana. El Cuadro I, basado en datos de una publicación reciente (2) da una idea de los cambios que en ambos tipos de población se han operado entre 1950 y 1960 en 9 países latinoamericanos. Esto

QUADRO I

Poblaciones urbana y rural hacia 1950 y 1960 y sus respectivas tasas de crecimiento en nueve países latinoamericanos.

PAÍS	Año	POBLACIÓN (en miles)		TASA DE CRECIMIENTO (%)	
		Urbana	Rural	Urbana	Rural
Brasil	1950	18.782	33.161	5.4	1.6
	1960	31.991	38.976		
Ecuador	1950	913	2.289	4.9	2.2
	1962	1.617	2.965		
El Salvador	1950	677	1.179	3.5	2.4
	1961	967	1.544		
Honduras	1950	424	944	2.9	3.1
	1961	575	1.309		
México	1950	10.983	14.809	4.9	1.5
	1960	17.705	17.218		
Panamá	1950	290	526	4.4	2.0
	1960	446	629		
Paraguay	1950	460	869	2.9	2.5
	1962	646	1.171		
R. Dominicana	1950	508	1.627	6.0	2.6
	1960	918	2.096		
Venezuela	1950	2.709	2.325	6.3	0.5
	1961	5.079	2.445		

FUENTE: Referencia (2)

indica que en nada ha disminuído la urgencia de encontrar una manera práctica y eficiente para proveer de servicios públicos básicos, entre ellos los de salud, a los habitantes de esas zonas rurales. Ahora bien, la satisfacción de la necesidad indicada se enfrenta con el problema, tan generalizado en la América Latina, del deficit cuantitativo y sobre todo de la distribución irregular de los profesionales médicos. La ya citada publicación de la OPS (1) señala que hacia 1964 en las

capitales y grandes ciudades de 17 países de Latinoamérica, había entre 5,8 y 28,8 médicos por 10.000 habitantes, al paso que en las áreas restantes esa razón fluctuaba entre 0,8 y 8,0. Para dar una idea de la situación en Venezuela, se puede indicar que en 1965 casi la mitad (46,6%) de los médicos registrados estaba ubicada en el área metropolitana de Caracas que apenas representa el 14,6% de la población del país.

He considerado oportuno, para corresponder en alguna forma a la honrosa invitación que me hizo la Comisión Organizadora de la 4.^a Conferencia Nacional de Saúde, presentar ante los distinguidos participantes de este evento un resumen del problema en cuestión y de los procedimientos que se han adoptado en mi país con miras a solucionarlo. Ojalá que la presente exposición pueda ser de alguna utilidad a tan selecta audiencia. Debo agregar que en beneficio de la brevedad mencionaré solamente algunos aspectos, por lo que sugiero a quienes estén interesados consultar otros detalles en las referencias bibliográficas que se citarán.

2. ENFOQUE DEL PROBLEMA EN VENEZUELA

Data ya de algún tiempo la preocupación de las autoridades de salud y de los organismos médicos gremiales y científicos del país por satisfacer las necesidades básicas de salud de la población rural dispersa, mediante algún sistema que se conformara a las condiciones peculiares a dicho medio. Es de justicia mencionar los trabajos de varios higienistas venezolanos al ensayar el uso de auxiliares para diversas actividades. Refiriéndome sólo a los pasos dados más recientemente por entidades interesadas, citaré que en 1961 el II Congreso Venezolano de Salud Pública consideró el problema como parte de la ponencia "Necesidades de personal para los servicios de salud y evaluación de su formación actual"; que en 1962 la Sociedad Venezolana de Salud Pública recomendó la realización de un ensayo piloto para la formación de un personal adecuado a las necesidades del medio rural; y por último, que la Federación Médica Venezolana, máxima institución representativa de la profesión médica en el país,

incluyó en sus Asambleas de 1961 y 1962 los temas "aspectos gremiales del ejercicio profesional en el medio rural" y "contribución del médico a la Reforma Agraria", respectivamente.

Las iniciativas mencionadas culminaron en la decisión de la Federación de considerar en su Asamblea de 1963 una ponencia oficial con el título "Estudio de los problemas sanitario-asistenciales de la población rural dispersa". El trabajo que se presentó en esa oportunidad (3) revisó la magnitud, extensión y grado de dispersión de la población rural venezolana, analizó sus problemas de salud en base a la información disponible y revisó los recursos de atención médica a su alcance.

La ponencia llamó la atención al hecho de que en los municipios predominantemente rurales una de cada tres defunciones diagnosticadas correspondía bien al renglón "enfermedades diarreicas" o al "afecciones respiratorias agudas", y que la inmensa mayoría de esos óbitos ocurría en niños menores de dos años de edad. Señaló que el cuadro de morbilidad de esa población rural también estaba dominado por las mismas afecciones, susceptibles de medidas terapéuticas cuya efectividad no radica en su complejidad técnica sino en que se apliquen precozmente, y por otras entidades nosológicas fáciles de tratar por procedimientos sencillos y uniformes y, portanto, aptos para ser aplicados directamente por un personal auxiliar siempre que éste fuera cuidadosamente preparado y supervisado.

El trabajo indicó que en las condiciones rurales venezolanas el alcance real del profesional médico para ofrecer atención directa y oportuna a los habitantes no podía extenderse más allá del centro poblado donde el profesional residía. A ese respecto, estimó que en los municipios cuya población rural era mayor al 75 por ciento, apenas alrededor de una sexta parte de los habitantes podía recibir la acción inmediata del médico; en los que dicha población fluctuaba entre el 50 y el 75 por ciento, la proporción cubierta era una tercera parte; y que en los que tenían entre 25 y 50 por ciento, la cobertura llegaba a un poco más de la mitad de los pobla-

dores. En conjunto, se calculó que únicamente alrededor de un tercio de los 3,5 millones de habitantes de esos municipios tenía acceso directo a servicios médicos a cargo de profesionales.

Al enfocar la solución que debería adoptarse, la ponencia recordó que se requerirían 926 médicos para que hubiera siquiera uno en cada una de las localidades que según el Censo de 1961 tenían entre 500 y 4.999 habitantes; y que para poder ubicar uno en las comprendidas entre 200 y 499 habitantes, se requerirían otros 2.372 profesionales (*). Advirtió, además, que aún en el supuesto de que ello fuera posible, quedarían todavía fuera de contacto directo y permanente con el médico más de un millón y cuarto de personas.

Un inventario de los recursos existentes mostró que para la época existían un poco más de 1.000 "Dispensarios Rurales", muchos de ellos funcionando desde hacía largo tiempo y bajo la responsabilidad inmediata de auxiliares que, en su inmensa mayoría, tenían escasa instrucción escolar, no habían recibido preparación formal alguna, desempeñaban sus funciones en forma restringida e inapropiada y no estaban sujetos a supervisión adecuada. Pese a todo ello, la experiencia indicaba que una buena parte de esos auxiliares (la inmensa mayoría del sexo femenino) tenían sentido de responsabilidad y gran calidad humana, por lo cual bien valía pena que se les prestara la debida atención y se les estimulara y orientara.

3. SOLUCION PROPUESTA

Del análisis efectuado, la ponencia concluyó que era urgente poner en práctica un sistema que, conformándose a ciertos principios técnicos y a los recursos humanos y financieros del país, condujera a acercar un poco más ciertos servicios elementales de atención médica a la población rural dispersa; y señaló que una cuestión de tanta transcendencia

(*) En 1962 existían en Venezuela 468 servicios denominados Medicaturas Rurales, cifra que para 1966 se había elevado a 489.

debía ser motivo de interés no sólo para las autoridades sanitarias oficiales sino también para la profesión médica.

Para cumplir tal propósito, se sugirió un programa de “penetración sanitaria”, reorientando el trabajo de los ya nombrados Dispensarios en forma tal que articulados a la red jerarquizada de los servicios locales de salud, actuaran como avanzada del médico rural y fueran capaces de ofrecer ciertos servicios mínimos y bien definidos de atención médica tanto curativa como preventiva. A este programa propuesto se lo dió el nombre de “medicina simplificada”, para indicar que debería colocarse al amparo de los servicios de salud de nivel superior, o sea, de la “medicina desarrollada”.

Se indicó, por tanto, que el programa debía integrarse a la estructura de la organización sanitaria venezolana y adaptarse a las normas de unidad de dirección, regionalización y distritalización, integración de actividades, supervisión constante, evaluación periódica y preparación adecuada del personal. Particular énfasis se dió a que las actividades de los Dispensarios se sujetaran a las siguientes bases: a) imposibilidad de separar la medicina preventiva de la curativa, por lo cual deben ofrecer un servicio mínimo integral y permanente; b) la delegación de actividades curativas debe limitarse sólo al tratamiento corriente de enfermedades frecuentes y fácilmente reconocibles; c) tienen que estar sujetos a una supervisión adecuada; y d) el procedimiento debe servir fundamentalmente para establecer un sistema organizado de referenciais a los niveles en donde se va a encontrar el servicio médico.

La ponencia dejó sentado claramente que el éxito del sistema propuesto iba a depender esencialmente de que se formar muy cuidadosamente el personal que iba a desempeñar las funciones. Para ello, propugnó un entrenamiento esencialmente práctico, utilizando un Manual tan simple como posible que sirviera a la vez como material de docencia y posteriormente de fuente de consulta para el auxiliar una vez que éste entrara en funciones.

4. ACTITUD DE LA FEDERACIÓN MÉDICA VENEZOLANA

Uno de los hechos transcendentales en la historia del programa, y que sin duda hece honor a la profesión médica venezolana, lo constituyó la acogida favorable dispensada por la Federación al planteamiento que se le hizo. En efecto, después de analizar objetivamente el contenido de la ponencia, adoptó una resolución por medio de la cual reafirmó "el interés demostrado desde su creación por el grave problema que para el país significa la atención sanitario-asistencial de los habitantes rurales"; señaló que "las soluciones propuestas en la ponencia no podrán ser llevadas a cabo eficientemente a menos que se cumplan los principios doctrinarios y se apliquen los procedimientos técnicos y administrativos indicados en ella"; y apoyó el programa de "medicina simplificada", en el entendido de que su desarrollo debe ir precedido por la organización de los servicios locales jerarquizados "necesarios para garantizar el adecuado funcionamiento del sistema".

Una demostración adicional del interés de la Federación lo dió el hecho de que presentó el asunto de la consideración del VIII Congreso Médico Social Panamericano (Montevideo, 1964). Una de las Mesas Redondas del citado evento discutió ampliamente el problema y concluyó recomendando aplicar la experiencia de varios países (entre ellas la "medicina simplificada" de Venezuela) para zonas donde no es posible disponer de médicos.

Dentro de la Federación ha venido funcionando una Comisión de Salud Rural, a fin de que siga de cerca el desarrollo del programa para orientar y mantener informado al gremio médico nacional. Esta Comisión presenta informes periódicos a las Asambleas de la Federación y sirve para mantener una relación estrecha con el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, lo cual ha sido valiosísimo en la marcha del programa.

5. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

El apoyo dado por la Federación Médica Venezolana al programa de medicina simplificada permitió al Ministerio de

Sanidad y Asistencia Social propiciar su ampliación a medida que en una zona existen condiciones favorables para garantizar el cumplimiento de los principios fundamentales ya citados. Por ello, de las experiencias iniciales llevadas a cabo en 1962 en dos Entidades del país, el programa se ha ampliado paulatinamente hasta cubrir siete, en grados variables de extensión, para fines de 1966. El Ministerio ha declarado enfáticamente que el programa "persigue ampliar la cobertura de atención médica preventiva y curativa a las zonas rurales más dispersas del país, mediante la utilización de técnicas y procedimientos sencillos de fácil aplicación por personal auxiliar debidamente adiestrado y supervisado" y que "no se trata de un sistema independiente y separado de proporcionar cierto tipo de cuidados médicos a determinados grupos de población, sino sólo de un procedimiento de extensión apoyado firmemente en las estructuras organizativas y funcionales de los servicios locales de salud" (4).

En Venezuela se trata de cumplir tales requisitos por medio de la implantación de servicios regionalizados representados por organismos que se denominan "Servicios Cooperativos de Salud" o "Regiones Sanitarias". En tal sistema, los Dispensarios Rurales equivalen al cuarto nivel ("red cuaternaria"), por debajo de las Medicaturas Rurales ("red terciaria"), de los Centros Distritales ("red secundaria") y del Centro Regional ("red primaria"). Los organismos de esos cuatro escalones deben funcionar articuladamente y establecer una corriente de contacto en ambos sentidos, los de nivel superior prestando apoyo y sirviendo como punto de referencia a los inferiores. En tal forma, se procura que funcionen como un sólo servicio de salud, con unos mismos principios a todos los niveles, variando sólo la forma y alcance de la atención médica prestada según las condiciones y recursos del sitio donde las instituciones se encuentran ubicadas. Lo que importa es que el programa esté bajo la tutela del profesional médico, sea de modo permanente o en funciones de supervisión y que pueda usar todos los organismos que integran el servicio regional de salud. Por ello, particular importancia se ha asig-

nao al respaldo activo y consciente de los médicos, especialmente de los que actúan en los niveles secundario y terciario, a fin de que ejerzan una vigilancia continua para evitar que el programa degenera en prácticas inconvenientes y contrarias al fin inicialmente concebido.

Ya se ha indicado que la ponencia insistió en la necesidad de una formación adecuada del personal auxiliar de los Dispensarios y recomendó el uso de un Manual simple especialmente preparado para tal propósito. Este Manual (5) fué elaborado por el Dr. Emilio López Vidal, se publicó por vez primera en 1962 y se ha venido mejorando paulatinamente en varias ediciones sucesivas, la quinta de las cuales apareció en 1965. La docencia, eminentemente práctica, se realiza de ordinario a nivel distrital, utilizando el Centro de Salud u Hospital pequeño que allí existe. Desde un comienzo se consideró indispensable que estuviera bajo la responsabilidad directa de una Enfermera Instructora *dedicada integralmente* a esa labor, a fin de que acompañe y guíe permanentemente a las cursantes. La experiencia ha demostrado palmariamente la necesidad de esa Instructora permanente, aún cuando por supuesto la enseñanza específica de algunos aspectos preventivos y educativos requiere la colaboración del personal médico y de otras categorías. Al principio el período de entrenamiento duró 3 meses, pero posteriormente hubo de aumentarse a cuatro. Finalmente, el cupo máximo para cada curso ha sido de diez alumnas.

En algunas áreas las condiciones inherentes al medio han hecho que el programa adopte algunas modalidades especiales. Entre ellas debe mencionarse al utilización de voluntarios, o sea, personas no dependientes administrativamente de los servicios oficiales de salud, como misioneros de varios credos religiosos, funcionarios de servicios de agricultura y miembros de las Fuerzas Armadas de Cooperación.

Si bien el objetivo ideal es que la supervisión del programa forme parte de la labor rutinaria que debe cumplir el personal regular de los servicios, especialmente de los de nivel distrital, ha habido necesidad de complementarla en ciertas zonas muy

extensas y con vías de comunicación difíciles por medio de un Supervisor Especial (varón) debidamente entrenado y convencido de la importancia de su labor. En esta forma, se asegura una revisión detenida y a intervalos frecuentes del funcionamiento de los Dispensarios, particularmente de los que se encuentran en sitios muy alejados.

6. LA LABOR REALIZADA

El progreso logrado en el programa fue analizado recientemente por el Primer Seminario de Medicina Simplificada (Caracas, 15-16 mayo, 1967), ante el cual los Dres. Lobo Castellanos y Hernández presentaron un resumen de las labores realizadas en el período 1962-66. De este resumen (6) se han tomado los datos que figuran a continuación.

Hasta fines de 1966, en 29 cursos, se había preparado un total de 269 auxiliares de las cuales 82 fueron voluntarios. La distribución cronológica y por regiones de este personal preparado se puede observar en el Cuadro II. De ese total, 196 estaban trabajando en el programa para fines de 1966. Es de observar que algunos de los "inactivos" no representan reales pérdidas para el programa general de salud, puesto que han pasado a trabajar en niveles superiores de la organización.

El Cuadro III muestra el volume global de algunas de las actividades realizadas por los Dispensarios incorporados al programa. Obsérvese que estas actividades incluyen el registro de nacimientos, la prestación de servicios curativos (denominados "primeros auxilios"), la práctica de vacunaciones de varios tipos, visitas a hogares, charlas de tipo educativo y toma de muestra para pruebas de laboratorio y su envío a los centros superiores donde se efectúa el examen correspondiente. Ultimamente, los auxiliares de algunos Dispensarios realizan satisfactoriamente la toma de hisopos laríngeos y la preparación y fijación de extendidos de esputos para investigación de *M. tuberculosis* como parte del sistema de regionalización de la lucha antituberculosa.

Los citados Dres. Lobo Castellanos y Hernández recalcan que el programa está consolidado técnica y administrativa-

mente y, lo que es muy importante, en las zonas donde esté funcionando se nota una ostensible mejoría de los servicios de "medicina desarrollada"; que hay un gran interés y mística por parte de los funcionarios que participan, a todos los niveles; que es muy positivo el papel de los voluntarios; y que, en suma, hay evidencias de que el programa se ha enrumado definitivamente y de que no se saldrá de las finalidades que se establecieron originalmente.

QUADRO II

Auxiliares preparadas para el programa de Medicina Simplificada de Venezuela, por años y Entidades, 1962-1966.

Entidad	1962	1963	1964	1965	1966	Total
Apure	—	17	33	8	20	78
Amazonas	20	12	8	10	—	50
Trujillo	—	27	23	—	—	50
Aragua	—	—	19	9	23	51
Zulia	—	—	—	9	16	24
Guárico	—	—	8	—	—	8
Yaracuy	—	—	—	8	—	8
Total	20	56	91	44	59	269

FUENTE: Referencia (6)

QUADRO III

Algunas actividades realizadas por Auxiliares en Dispensarios Rurales adscritos al Programa de Medicina Simplificada en Venezuela, por años, 1963-1966

Actividad	1963	1964	1965	1966	Total
Nacimientos registrados	266	1.201	1.567	1.677	4.711
Primeros auxilios	8.706	34.736	46.956	58.607	149.005
Pruebas de PPD	—	944	912	2.079	3.935
Vacunaciones:					
BCG	356	2.119	1.464	2.948	6.887
Antivariólicas	600	2.094	7.291	8.426	18.411
Triple (DPT)	2.420	7.831	13.428	9.823	33.502
Antitetánicas	—	—	—	1.264	1.264
Antitíficas	1.560	5.970	10.378	8.039	25.947
Visitas a hogares	191	891	1.155	2.479	4.716
Charlas educativas	—	532	1.314	1.608	3.454
Toma muestra Laboratorio	62	272	680	405	1.419

FUENTE: Referencia (6)

Referências

- (1) Organización Panamericana de la Salud: *Las condiciones de salud en las Américas, 1961-1964*. Pub. Cient. n.º 138 Washington, 1966.
- (2) Unión Panamericana: *Estudio social de América Latina 1962*. Washigton 1964.
- (3) Baldó, J. I.; González, C. L.; Guédez Lima, P.; Obregón G.; González H.; J. L. y Lobo-Castellanos, O.: *Estudio de los problemas sanitario-asistenciales de la población rural dispersa*. Cuadernos de la Escuela de Salud Pública N.º 6. Caracas, 1966.
- (4) Ministerio de Sanidad y Asistencia Social: *Memoria y Cuenta 1966*. Caracas, 1967.
- (5) López Vidal, E.: *Instrucciones para la atención de la salud en la población rural dispersa por personal no profesional*. Quinta edición. Pub. mimeografiada del Min. de San. y Asist. Social, Caracas, 1965.
- (6) Lobo-Castellanos, O., y Hernández, D.: *Programa Nacional de Medicina Simplificada, 1962-1966*. Doc. Mimeografiado, Caracas, 1967.

ESTUDIOS DE RECURSOS HUMANOS EN COLOMBIA

Dr. RAÚL PAREDES MANRIQUE (*)

Los problemas básicos que afectan la prestación de servicios de salud en Colombia han influido considerablemente sobre el contenido del estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica, que se inició en 1964. Tales problemas son la accesibilidad de los servicios a la población, la estructura misma de dichos servicios y los sistemas educativos.

El país ha tenido conciencia de que sus servicios de salud no llegan a una porción considerable de ciudadanos y que sólo benefician a un grupo limitado de empleados y obreros de las zonas urbanas y a las personas que pueden pagar la medicina privada. Quedan alejados de ellos grandes grupos de campesinos, de obreros, de empleados de pequeños negocios y los trabajadores independientes de escasa capacidad económica. La opinión formada sobre este problema se basa principalmente en observaciones diarias no cuantificadas, ya que sólo se ha dispuesto en el país hasta ahora de unos pocos datos estadísticos que la refueszan. Entre ellos está la baja proporción de certificación médica de las defunciones, que se ha calculado en 40% para 1951 y en 59% para 1965 (1). Se piensa que los factores que afectan la escasa extensión de la atención médica son la limitada capacidad económica de grandes masas de población, el tamaño y el funcionamiento,

(*) Jefe de la División de Educación, Planeación y Desarrollo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

actuales de los servicios, la actitud de algunos grupos de población ante la medicina, la escasez de recursos humanos y su inadecuada utilización.

La estructura de los servicios de atención médica es seguramente un factor limitante en la utilización apropiada del esfuerzo nacional en el campo de la salud. Es bien conocida la diversidad de servicios existentes — nacionales, seccionales, oficiales, privados, de utilidad común —, notoriamente incoordinados, con frecuencia duplicados y a veces antagónicos. Aún entre las organizaciones estatales de envergadura nacional se observa aislacionismo y falta de coordinación eficiente. Si a éste panorama se suman los servicios manejados por las Beneficencias y entidades similares, cuya estructura de gobierno conserva aún rasgos de la administración colonial, se completa un cuadro similar al que se describe para otros países latinoamericanos (2).

El tercer problema de importancia en el campo de la salud es el de la educación del personal necesario para la atención de los servicios. Tradicionalmente la educación en este campo ha estado orientada hacia el perfeccionamiento individual de los profesionales médicos y no ha hecho linca-pié en la formación de personal para el cumplimiento de servicios predeterminados. En el primer informe de recursos médicos, estado de la salud y educación médica en el Nuevo Reyno de Granada, que fué presentado al rey de España por el Doctor José Celestino Mutis en el año de 1801 (3), se señala la necesidad de producir médicos criollos capacitados para resolver los problemas de salud de la región y, sin embargo, se propone un plan de estudios que sigue las líneas tradicionales de España. Y esto a pesar de que el informe hace un recuento de los principales daños de salud que afectaban a la población en esa época, así como de los recursos humanos y materiales disponibles. Con posterioridad al informe de Mutis hubo recomendaciones de misiones francesas y, después de la II Guerra Mundial, de misiones estadinenses. Todas ellas se limitaron a sugerir interesantes cambios en educación, dirigidos particularmente a mejorar la formación científica de

los profesionales sin tener en cuenta los problemas específicos de salud. Por otra parte, la información que se ha tenido por muchos años sobre nivel de salud de la población ha sido fragmentaria y con frecuencia imprecisa o de calidad deficiente.

Otro rasgo típico de la educación tradicional en ciencias de la salud era la preponderancia casi absoluta en la formación de médicos con notable olvido del personal paramédico. Esta actitud se refleja en las limitadas responsabilidades y en los bajos salarios asignados a este personal en los servicios. Corolario de ésta situación es también la poca aptitud de los médicos para utilizar la ayuda del escaso personal paramédico disponible.

A los tres problemas básicos de salud enunciados se agrega el factor del tremendo crecimiento de la población, que obliga a cuantificar los problemas con mayor precisión y a una utilización máxima de los recursos disponibles. En estas condiciones, un estudio que conduzca a un mejor diagnóstico del conjunto, con las características del emprendido en Colombia en 1964, resulta ser un instrumento extremadamente valioso para afrontar la variedad de problemas propuestos.

El "Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica" fué recomendado en la Mesa Redonda reunida en Nueva York en el otoño de 1963, (4) con el patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud y de la Fundación Milbank para sentar las bases que permitan analizar los problemas de la enseñanza de la medicina en Latinoamérica en consonancia con los cambios socio-económicos y con la creciente necesidad y demanda de personal calificado de este Continente.

Colombia es un país tropical, con 18.5 millones de habitantes (1966) en 1'338.155 Km² de superficie y una tasa de crecimiento demográfico anual de 3.2%. El 50% de la población es urbana y aproximadamente el 98% está concentrada en cerca de la mitad del territorio, formado por montañas, valles y llanos, con altitudes habitadas que varían desde el nivel del mar hasta los 3.000 metros.

Los objetivos generales del Estudio de Recursos Humanos son: (5)

1 — Determinación de las necesidades y demandas de la población en materia de salud.

2 — Determinación de los recursos humanos necesarios para que los servicios de salud alcancen sus metas.

3 — Determinación de las modificaciones requeridas en la enseñanza médica y paramédica.

4 — Desarrollo de una metodología aplicable a otros países latinoamericanos para estudios similares.

CONTENIDO Y METODOLOGÍA

El enfoque de este Estudio es pluridimensional, no limitado al registro del personal disponible para las actividades de salud y educación médica, sino extensivo al análisis de las necesidades, demandas y mecanismos de prestación de servicios de salud y a la evaluación de los sistemas de formación de personal. La investigación está dividida en una serie de áreas de trabajo que se agrupan así:

- 1 — Recursos Humanos en el campo de la salud:
 - Censo y estudio de actividades de los médicos.
 - Censo y estudio de actividades de las enfermeras.
- 2 — Inventario y funcionamiento de los recursos institucionales y mecanismos de prestación de servicios:
 - Estudio de hospitales y centros de salud.
 - Estudio socio-económico de comunidades.
- 3 — Necesidades y demandas de la población en el campo de la salud:
 - Investigación Nacional de Morbilidad.
 - Estudios sobre mortalidad.
- 4 — Instituciones docentes:
 - Encuesta de Facultades de Medicina y de Enfermería.

Las dos entidades ejecutoras del estudio — Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y Ministerio de Salud Pública — se han distribuido la dirección de las distintas áreas de trabajo según sus disponibilidades para desarrollarlas (6). Sin embargo, a todo lo largo de su desarrollo se ha mantenido permanente coordinación, intercambio de información y mutua colaboración, independientemente de donde se haya ubicado la mayor responsabilidad de las operaciones. Esta modalidad administrativa ha permitido no sólo potenciar los recursos existentes en cada entidad y reducir costos operacionales, sino que ha constituido también un mecanismo efectivo para vincular más al Ministerio a la actividad docente y para lograr una mayor compenetración de las escuelas médicas con el problema de salud del país y sus características.

Los rasgos más notables de la metodología aplicada son:

1 — Máxima utilización de los recursos de la información dispersa existente en los servicios de salud, escuelas médicas y otras instituciones nacionales.

2 — Utilización de personal sub-profesional para responsabilidades compatibles con su nivel educativo y previo adiestramiento específico.

3 — Concentración de acciones para desarrollar el estudio en un período relativamente corto, lo cual ha implicado simultaneidad de operaciones en diferentes áreas.

4 — Incorporación de especialistas nacionales en calidad de asesores y utilización de asistencia técnica internacional para aspectos específicos.

5 — Realización de investigaciones operativas pequeñas para verificar el comportamiento en nuestro medio de los métodos y técnicas propuestas.

6 — Limitación de la investigación a los aspectos que se consideraron prioritarios en Colombia.

7 — Adopción de técnicas y procedimientos reproducibles en condiciones análogas a las de Colombia.

DESARROLLO DE OPERACIONES:

1 -- *Censo y estudio de actividades de médicos y enfermeras.*

Se realizó un censo de médicos y enfermeras mediante el envío postal de formularios especiales. Para los médicos se empleó la Lista de Graduados desde 1920 en las siete Facultades de Medicina, el registro oficial de los graduados en el exterior y otras listas parciales disponibles. Procedimiento similar se usó para las enfermeras, incluyendo las graduadas desde 1906.

Completado el Censo Médico, se procedió a tomar una muestra probalística estratificada del 5% (alrededor de 400 médicos) para estudio detallado, mediante entrevista personal, de la formación profesional, estatus socio-económico y patrón de ejercicio del médico colombiano. Por tratarse de un universo más pequeño, el formulario censal de enfermeras recoge de una vez la información sobre actividades. Además, se incluye en esta área un inventario de las auxiliares de enfermería egresadas de las 28 escuelas existentes.

2 — *Estudios de la educación médica y de enfermería.*

Mediante entrevista directa y visita a las siete Escuelas Médicas y a las seis Escuelas de Enfermería, se investigaron los aspectos siguientes:

— Las Instituciones: objetivos, gobierno, relaciones estatales y universitarias; directivas; estabilidad; organización departamental; financiación; relación con hospitales y centros de salud.

— Los estudiantes: procedencia; nivel socio-económico; sistemas de admisión; deserción.

— Profesorado: censo, distribución del tiempo por actividades; educación; reglamentaciones vigentes.

— Plan de estudios y sistemas de enseñanza.

La metodología evalúa las relaciones entre la docencia y el recurso humano actual, y pondera la capacidad de dichas

instituciones para tomar nuevos rumbos en la formación de personal.

3 — *Estudio de Instituciones de Salud.*

Incluye un inventario de los recursos institucionales de salud para la atención abierta y cerrada, e investiga las características más importantes sobre su funcionamiento, mediante envío postal de un formulario a través de una agencia gubernamental (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE) .

Sobre una muestra representativa de las Instituciones de Atención Médica se realiza un costo-análisis, un análisis de las actividades con especial referencia el personal médico y de enfermería profesional y sub-profesional y, asimismo, un estudio de la morbilidad hospitalaria reflejada por los diagnósticos de los egresos y de las consultas externas.

4 — *Investigación Nacional de Morbilidad.*

Presenta un corte transversal de la morbilidad del país y el impacto socio-económico que las enfermedades ejercen en términos de incapacidad, invalidez y costo de la atención médica; indaga sobre las características de la atención médica en cuanto a su disponibilidad, calidad y costo; e intenta una verificación del grado de integridad, veracidad y comparabilidad de algunos fenómenos vitales.

El estudio se realizó en una muestra probalística de áreas del país, multiestratificada, de la población ambulatoria civil, no institucional de los 18 Departamentos de Colombia, la cual constituye el 98.7% de la población total, que se concentra en el 52.7% de la superficie. Por el método de selección controlada se determinaron 40 Unidades Primarias de Muestreo (UPM). Una UPM es un municipio de más de 5.000 habitantes, con algún tipo de servicio de salud, o un agregado de municipios pequeños (6).

Los fundamentos de la INM son:

— El sujeto es una muestra representativa de la población colombiana;

— Aplica técnicas y procedimientos estandarizados con razonable uniformidad, lograda a través de adiestramiento adecuado y desarrollo de manuales de procedimientos detallados y supervisión de las actividades en los diferentes niveles;

— Hay riguroso control de calidad de la información en los aspectos más críticos de la recolección de los datos;

— La operativa se apoya en la participación voluntaria de las gentes. La INM obtiene su información a través de dos fases bien definidas, integradas en sus principios, en sus objetivos y en la operativa misma, para producir resultados y conclusiones recíprocamente complementarias:

- a) La Fase de Entrevistas Domiciliarias, que obtiene su formación mediante el interrogatorio personal de 10.000 familias, aproximadamente 50.000 personas, en sus respectivas viviendas, lo cual ha sido realizado por estudiantes de medicina previamente adiestrados.
- b) La Fase de Evaluación Clínica, que obtiene su información mediante exámenes clínicos de 5.000 individuos, sub-muestrados de la población entrevistada. Los examinadores fueron residentes de medicina interna y pediatría de las escuelas de medicina, odontólogos de los servicios de salud pública, asistidos por auxiliares de enfermería específicamente adiestrados.

Los exámenes especiales ("portable data") se tratan por procedimientos tendientes a reducir la variabilidad individual en la interpretación de los datos. Todos los elementos de juicio se integran luego para un diagnóstico definitivo.

5 — Estudio de mortalidad.

Comprende un análisis de las causas de muerte más importantes, sus tendencias, distribución geográfica y por gru-

pos de edad. Para este efecto se aprovechan datos del DANE y estudios especiales.

6 — *Estudios socio-económicos*

Analizan el valor del medio físico, social y económico como elemento condicionante del nivel de salud, para explorar las relaciones recíprocas de la morbilidad y la mortalidad con factores tales como el nivel educativo, ingreso familiar, seguridad social, la accesibilidad de los servicios de salud y las condiciones de la vivienda.

La información procede de las entrevistas domiciliarias y de los datos por regiones del país existentes en diferentes fuentes. Esta área incluye una delimitación previa del sector salud y un análisis financiero del mismo.

7 — Toda la información recolectada en las áreas precedentes, debe proporcionar los datos fundamentales para la formulación de un Plan Nacional de Salud del cual formará parte el plan de educación médica y paramédica.

REFERENCIAS:

- 1 — Pabón, Aurelio — Estudio de la Mortalidad — Ministério de Salud Pública, Bogotá 1967.
- 2 — Roemer, Milton I — Medical Care in Integrated Health Programmes of Latin America — Medical Care, July — September 1963 — Vol. I Number 3.
- 3 — Hernandez de Alba, Guillermo — Historia de la Medicina Colombiana — Biblioteca Schering Corporation U.S.A. de Cultura Colombiana — Vol. N.º 38, Bogotá 1966.
- 4 — Recursos Humanos para las Actividades de Salud y los Programas de Educación Médica en America Latina. Reporte de una Conferencia de Mesa Redonda. Reimpreso de la Fundacion Milbank Memorial Trimestral. Enero, 1964. Vol. XLII, n.º 1, Pgs. 11-66.
- 5 — Boletín de la División de Educación, Planeación y Desarrollo, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, Bogotá, 1965.
- 6 — Manual de Operaciones de Campo (Estudio de Recursos Humanos). Ministerio de Salud Pública, Bogotá, D. E., 1966.

CAPÍTULO III

Tema Central: *Recursos Humanos para as Atividades de Saúde*

Expositor: Dr. Raymundo Augusto de Castro Moniz de Aragão,
Magnífico Reitor da Universidade Federal do Rio
de Janeiro

RECURSOS HUMANOS PARA AS ATIVIDADES DE SAÚDE

Dr. RAYMUNDO MONIZ DE ARAGÃO (*)

I — SAÚDE E RESPONSABILIDADE GOVERNAMENTAL

A constituição da Organização Mundial da Saúde proclama, em seu preâmbulo, que possuir o melhor estado de saúde, que lhe seja possível atingir, face às contingências hereditárias e congênitas, constitui uma das prerrogativas essenciais e inalienáveis de todo ser humano. Em consequência, Winslow assinala ser no plano moral, antes de em qualquer outro, que o problema da saúde se coloca.

Mas existem correlações evidentes e perfeitamente identificadas, entre o estado de saúde do indivíduo e a sua capacidade de trabalho, como entre o grau de higidez de uma população e a sua produtividade. Nesses termos, o problema da saúde desloca-se, de imediato, ao plano econômico, afetando a economia individual, comunitária e nacional, e refletindo-se no desenvolvimento do país.

Em razão disso, o *direito* transforma-se em *necessidade*, e torna efetivo o primeiro, como dar atendimento adequado à segunda, são deveres do Estado moderno.

De fato, ao Estado incumbe identificar as necessidades e anseios populares, traduzi-los e explicitá-los em objetivos definidos, eleger os meios adequados para alcançá-los, erigindo, em consequência, a *Política Nacional*. Atendendo à natureza diversa dos vários objetivos, a eletividade e especifici-

(*) Reitor da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

dade dos meios e métodos adequados para atingi-los, a complexidade das tarefas administrativas inerentes, a execução da Política Nacional se decompõe em planos setoriais. No que tange ao cumprimento dos deveres do Estado no particular do problema da saúde, o esforço nacional define-se, estrutura-se, disciplina-se, orienta-se, efetiva-se dentro do *Plano Nacional de Saúde*.

II — AVALIAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS PARA AS ATIVIDADES DE SAÚDE

No momento atual, não se admite que o Estado empreenda qualquer ação, máxima de interesse transcendente e grande envergadura, sem prévio planejamento. A idéia de ação estatal planejada, embora nascida de inspiração socialista, tornou-se imperativo das modernas técnicas de governo e tende a erigir-se, na generalização do seu emprêgo, em "função normal dentro da administração normal".

O planejamento consiste, em última análise, na elaboração de um conjunto de meios para aplicá-los a um conjunto de objetivos determinados. Admitido o pressuposto de que os objetivos, no campo da saúde estão definidos e quantificados, impõe-se eleger e avaliar os recursos humanos e materiais necessários a que sejam plenamente alcançados.

Esta *Quarta Conferência Nacional de Saúde* foi precisamente convocada com a finalidade de "oferecer sugestões para a formulação de uma política permanente de avaliação de recursos humanos, tendo em vista a formação dos contingentes de pessoal de que o país carece para o desenvolvimento das suas atividades de saúde" (*Quarta Conferência Nacional de Saúde. 1 — Convocação e Finalidade*). Vale dizer, incumbê-lhe propor bases e diretrizes para a avaliação dos recursos humanos de que o país carece, para a execução do Plano Nacional de Saúde, na concepção atual e na sua projeção para um futuro limitado, a fim de que os órgãos competentes formem os contingentes necessários de pessoal, das diversas categorias.

É que, para a formulação e efetiva realização de um plano dessa envergadura, os elementos mais importantes consistem na avaliação dos recursos humanos, na acumulação do capital humano de alto nível correspondente e no adequado emprego dêste.

A avaliação dos recursos humanos é requisito básico para um planejamento equilibrado. A organização, avaliação e projeção de dados essenciais sobre eles é indispensável à determinação das relações atuais e previsíveis entre a necessidade e a oferta de pessoal especializado, tanto quantitativa como qualitativamente.

Consistem, essencialmente, de dados exatos ou estimativas aproximadas da população total, sua composição segundo vários critérios — sexo e idade, grau de alfabetização e nível educacional, distribuição urbana e rural — e índices de crescimento demográfico. Complementarmente, devem-se obter todos os pormenores possíveis sobre a distribuição da força de trabalho, os tipos e a natureza dos programas de aprimoramento da capacidade do pessoal especializado, os padrões de evolução técnica e a expansão das atividades de saúde programadas. Organizadas essas informações, servirão a que se determinem as relações entre a demanda e a oferta de trabalhadores para as atividades de saúde atuais e as referentes ao período de projeção, bem como para se indicarem os processos ou mecanismos pelos quais possam, mais efetivamente, se equilibrar os diversos tipos de demanda e oferta.

As grandes diferenças existentes, quanto às fontes de informação, de um país a outro, tornam extremamente difícil o emprego de qualquer método padronizado ao trabalho de avaliação. É um desafio à argúcia e à capacidade do perito, para investigar e identificar tais diferenças, e adaptar o seu procedimento ao caso concreto.

Por outro lado, a variação dos resultados alcançados, em relação a atividades iguais exercidas em meios econômica e socialmente diversos, torna extremamente precária a aplicação de critérios resultantes da experiência de um país, a outro.

Nova dificuldade que se apresenta, nos países subdesenvolvidos, são as deficiências dos recenseamentos oficiais e outras fontes de informações. Dados desatualizados ou incompletos, particularmente com referência à força do trabalho a empregar, erros decorrentes de amostragens limitadas, insuficiência de treinamento dos recenseadores, deficiências no grau de exatidão das respostas, etc., são óbices a uma correta avaliação. Assim, "os métodos de avaliação de recursos humanos, nos países subdesenvolvidos, devem obviamente ser ecléticos. Os dados estatísticos e demais informações disponíveis devem ser estudados em profundidade e sua exatidão determinada através de análises internas e pelo seu cotejo com as condições vigentes e as informações, específicas e pormenorizadas recolhidas no local. Será inevitavelmente necessário complementá-los com uma série de estudos por amostragem nas áreas vitais..., a fim de preencherem-se lacunas ou apoiarem-se as conclusões provisórias baseadas nos limitados dados disponíveis. Esses estudos servirão, também, para a atualização de dados anteriores e, em muitos casos, poderão dar indicação das tendências futuras ou dos índices de expansão" (Sarks & Mc Voy).

É evidente a perfeita adequação destas considerações à situação brasileira, como oportuna é a recomendação dos mesmos autores de que se constituam assessorias técnicas formadas por equipe eclética de sanitaristas, estatísticos, engenheiros, educadores, chefes de pessoal de serviços públicos e especialistas em treinamento de pessoal, com vistas ao desenvolvimento de técnicas adequadas e eficientes, que servirão ainda para manter o programa de avaliação de recursos humanos firmemente vinculados à realidade local.

III — PROJEÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS

A época em que vivemos se caracteriza por uma aceleração constante dos descobrimentos científicos e das suas aplicações técnicas, determinando mudanças revolucionárias na estrutura dos empregos. Paralelamente, o crescimento demo-

gráfico e o aumento da força do trabalho vêm sendo acelerados também.

Estas bruscas transformações — e só para exemplificar apontarei o ocorrido no campo da tuberculose, com o aparecimento dos antibióticos e outros quimioterápicos — tornam indispensável a elaboração de técnicas que permitam prever a futura demanda de recursos humanos, especialmente de pessoal de alto nível e trabalhadores qualificados, para evitarmos, em dado momento, carência desses elementos ou, o que não será menos nocivo, o desemprego em determinadas categorias. São as *técnicas de projeção do potencial humano*.

Aqui também é indispensável reconhecer que os processos empregados em países desenvolvidos para a projeção dos recursos humanos não admitem um decalque na aplicação a países em desenvolvimento. Diferenças na estrutura social, econômica e demográfica não permitem a exata reprodução de tais modelos.

Numa nação em desenvolvimento, em que o crescimento vegetativo anterior e a qualidade do serviço sanitário não servem como padrão à futura expansão, a projeção das necessidades de recursos humanos, na prática, depende da ordem de grandeza e da natureza mesma das metas estabelecidas, e está intimamente presa a um contínuo processo de planejamento e controle. Por outras palavras, a avaliação deve ser periodicamente repetida, para sucessivas correções e conseqüente aproximação à correta previsão da demanda.

A mão-de-obra não qualificada está sempre disponível ao atrativo de uma remuneração compensadora, e não exige ser considerada na avaliação dos recursos humanos. O mesmo se pode dizer do pessoal elementar, com um mínimo de qualificação que possa ser adquirido pelo simples desempenho do emprego, quando de avaliação global e serviço em expansão vegetativo. Já não é este o caso, em se tratando de emergências ou de programas parciais, dentro do Plano Nacional. Como bons exemplos dessas situações peculiares, pode-se referir a acelerada formação de auxiliares de nível elementar

(mata-mosquitos) para atender ao surto amarelo de 1928-29 e à Campanha de Erradicação da Malária (no primeiro caso cerca de 10.000 e no segundo 7.500).

Os demais tipos de "trabalhador de saúde" - assim entendido o indivíduo que, em qualquer nível, atua em atividades de saúde — devem ser objeto de avaliação e projeção cuidadosas.

"O valor da projeção — diz Wolfbein — está em que possibilita o trabalho de formação oportuna dos recursos humanos, através de programas de instruções e treinamento. Onde se encontrarem modificações nas técnicas — e elas devem ser previstas — necessário será organizarem-se planos de re-treinamento e promoção, até mesmo para os simples trabalhadores especializados."

Parte da projeção da demanda de recursos humanos deve assim incluir — é necessário não esquecer — o suprimento de professores.

IV — COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS PARA AS ATIVIDADES DE SAÚDE

Os recursos humanos necessários às atividades de saúde incluem, é óbvio, desde os elementos especialmente treinados para a alta administração até a mão-de-obra não qualificada. Distribuem-se, pois, de conformidade com o nível de instrução, geral e especializada, alcançado pelos seus componentes e segundo a terminologia corrente na esfera educacional, em:

- a) pessoal de nível superior;
- b) pessoal de nível médio;
- c) pessoal de nível elementar ou primário; e
- d) pessoal sem qualquer instrução.

O pessoal de nível superior abrange toda uma gama de profissionais com, pelo menos, graduação em curso universitário, compreendendo médicos, odontólogos, farmacêuticos, enfermeiros, administradores, estatísticos, etc.

O pessoal de nível médio arrola elementos escalonados em dois degraus, correspondentes ao primeiro e ao segundo ciclo (ginásio e colégio) do curso secundário. Ao elemento de instrução equivalente à conclusão do ciclo colegial, cabe reservar a denominação de "técnico", na conformidade do que ocorre, por exemplo, no campo das atividades industrial, comercial e agrícola.

Em geral, compreende o pessoal de nível médio ampla faixa, incluindo auxiliares de administração com prática de serviços hospitalares, práticos de laboratório, de saneamento, de fiscalização bromatológica, de visitação domiciliar, de estatística, etc.

O pessoal de nível elementar é formado por indivíduos com escolaridade primária que receberam um mínimo de informação e treinamento que os habilita à execução de tarefas simples e específicas.

Este pessoal, necessário às atividades de saúde, considerado em globo, pode ser obtido através dos seguintes mecanismos:

- a) cursos regulares de formação;
- b) cursos de adequação;
- c) aprimoramento.

Os cursos regulares de formação destinam-se a preparar pessoal de nível superior e médio.

A formação dos profissionais universitários faz-se em *curso de graduação* (de medicina, farmácia, odontologia, enfermagem, etc.) e de *pós-graduação*, entendidos estes últimos no sentido restrito que lhe empresta a Lei de Diretrizes e Bases da Educação¹ e não *sensu lato*, como qualquer curso que se ministre a graduados.

¹) Compreendem os cursos de pós-graduação, como os definiu e caracterizou o Conselho Federal de Educação, os cursos de *mestrado* e *doutorado*, acessíveis a portadores de diploma de curso superior e dispostos, segundo a enumeração feita, em hierarquia crescente,

Cursos de especialização podem ser requeridos para o preparo mais profundo e particularizado, em determinado campo, do profissional de saúde de nível superior, como complemento à sua formação básica (mestrado) ou para simples adequação do graduado a tarefas específicas em setores restritos (cursos de malária, de lepra, etc.).

A formação de pessoal de nível médio diz respeito ao preparo do *técnico* e situa-se ao nível do 2.º ciclo de ensino médio. Neste ponto, é indispensável apelar-se ao bom senso e à equanimidade, para que se evite polarização injustificada e perniciosa, entre ensino exclusivamente técnico-profissional e ensino demasiadamente acadêmico. De fato, os conhecimentos evoluem hoje com tal celeridade, que um elemento, mesmo de nível médio, que haja recebido restritamente instrução e treinamento técnicos, expõe-se a estar, muito em breve, ultrapassado, se não tiver obtido um mínimo razoável de educação acadêmica, sobretudo científica, que lhe permita acompanhar o progresso dos conhecimentos, ao menos dos que sirvam à fundamentação de novas técnicas que tenha de utilizar. Uma formação demasiada acadêmica, por outro lado, o deixará desarmado, em face de tarefas que lhe incumbem não apenas compreender, mas executar.

Os *cursos de adequação*, cursos rápidos e intensivos, destinam-se, o mais das vezes, à obtenção do pessoal necessário, pela simples suplementação da educação já recebida e não orientada às atividades de saúde. Recomendáveis apenas quando se trata de preparar elementos de nível elementar ou médio (1.º ciclo), aplicam-se entretanto à obtenção de técnicos e mesmo profissionais de nível superior, quando a expansão brusca das atividades de saúde exige um contingente de recursos humanos que não tenha sido capitalizado. Nesse

sem que, todavia, a realização do doutoramento exija necessariamente, o curso prévio de mestrado.

Desta última categoria é, por exemplo, o "curso de saúde pública", aberto a graduados, notadamente médicos, farmacêuticos e engenheiros, e que confere a esses profissionais uma formação superior básica, para os serviços de saúde.

caso representa o apêlo à adequação, prova de falência da avaliação dos recursos humanos procedida, menos censurável se o excesso da demanda decorre de contingência não previsível (início imediato de novos programas, etc.).

Muitas vêzes acontece, e chega a ser mesmo regra em países subdesenvolvidos, que as atividades de saúde se iniciem e prossigam por algum tempo, com o emprêgo de elementos dos vários níveis, que não receberam adequada instrução ou treinamento. Nesses casos, e logo que possível, impõe-se proceder ao *aprimoramento* do pessoal já em serviço, retirando-o momentâneamente de atividade, para receber instrução e treinamento complementar. Em muitas oportunidades deve, mesmo o profissional que teve adequada formação, sofrer o aprimoramento em *curios de atualização*, que lhe transmitam os novos conhecimentos adquiridos e o familiarizem com novas práticas, repondo-o em consonância com os progressos científicos e tecnológicos, que se processam em ritmo acelerado.

V — RESPONSABILIDADE DA FORMAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS

Na formação dos recursos humanos requeridos para as atividades de saúde, têm responsabilidade solidárias os Ministérios da Educação e Cultura e da Saúde. Para uma simplificação imediata da tarefa de abordar a delimitação das responsabilidades que incumbem a um e outro, poder-se-á dizer que tôda a tarefa de adequação e aprimoramento de pessoal incumbe ao Ministério da Saúde, cabendo-lhe ainda partilhar, com o da Educação e Cultura, os encargos da formação de profissionais de nível médio e superior.

Muito embora a Constituição Federal coloque, com exceção do militar, todo o ensino, dos diversos ramos e graus, na competência do Ministério da Educação e Cultura, o certo é que certas modalidades permanecem atribuídas a outros Ministérios (Saúde, Exterior).

No plano das atividades de saúde, as atribuições do Ministério da Educação e Cultura são exercidas — e carecem ser ampliadas — ao nível do ensino médio profissional (cursos de auxiliar de enfermagem) e do ensino superior¹ (cursos de medicina, odontologia, farmácia, enfermagem, estatística, ciências biomédicas, administração, economia, etc.).

O curso médico, como se ministra em grande maioria das escolas médicas brasileiras, está orientado no sentido da formação de profissional destinado a *curar*, não a *defender*, a *preservar* a saúde. Carecem os currículos de revisão, tanto para a integração do ensino e seu enriquecimento em ciências básicas, notadamente a bioquímica, como para que se logre a formação de um tipo básico de profissional, sensível e informado igualmente dos problemas da medicina curativa e da medicina preventiva, sólidamente preparado para receber aperfeiçoamento e especialização em programas para graduados: o profissional de medicina curativa, no *internato*; o de medicina preventiva, em *cursos de pós-graduação* (saúde pública) e de *especialização* (de malária, leprologia, etc.).

Geralmente a formação do profissional de saúde completa-se na área do Ministério da Saúde; é forçoso reconhecer, porém, que nada impede que o seja no âmbito universitário.

Como seja, cabe à Universidade ampliar e diversificar a sua participação na formação de trabalhadores de saúde, criando, ao lado dos cursos que já ministra (fisiologia, enfermagem da saúde pública, enfermagem obstétrica, nutrição), outros, como os de foniatria, bacharelado em ciências biomédicas, bioestatística, administração hospitalar, etc.

Pela mesma razão já referida, de superioridade de educação no ambiente universitário, e por ser permissível em face

¹ No plano do ensino superior atuam, além das Universidades, escolas isoladas, resíduo de um passado de ensino profissional não universitário, pouco acreditado pela pobreza na administração das ciências básicas. Incumbe estimular a absorção destes estabelecimentos isolados pelas Universidades, tal a superioridade da *educação*, e não só *instrução*, que estas se encontram capacitadas a ministrar.

da lei, cabe às universidades atraírem a si o ensino técnico,²¹ dirigido à formação de pessoal auxiliar para atividade de saúde, diversificandó-o na inclusão de novas modalidades: artética, auxiliar de bromatologia, visitador sanitário, técnico de laboratório, técnico de patologia, administrador auxiliar, etc.

As atribuições do Ministério da Saúde, no setor da formação de recursos humanos para as atividades de saúde, estão enfeixadas na Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, que, sem ser órgão de administração direta, com êle se articula e a êle guarda subordinação. Os pontos culminantes da ação FENSP têm sido a realização do Curso de Mestrado em Saúde Pública e do Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde. Tendo iniciado as suas atividades em 1966, está capacitada a desenvolver ampla ação no campo da formação do profissional e do auxiliar (técnico) para tarefas de saúde. Também lhe caberá larga participação no aprimoramento do profissional engajado.

Já as tarefas de *adequação* e *aprimoramento* do pessoal auxiliar de nível médio e elementar, devem ser executados, de forma descentralizada, nas próprias áreas de trabalho.

Assim como o problema da Saúde, de início individual, torna-se problema coletivo, reciprocamente, a assunção pelo Governo, de suas responsabilidades em face do mesmo, não exclui a responsabilidade, nem dispensa a cooperação de cada um. De fato, a Saúde é, individualmente, um bem tão precioso e representa, para a coletividade, fator tão essencial à segurança, ao progresso e ao bem-estar, que todos os indivíduos deviam ser preparados para pensar permanentemente secundando a ação governamental, como participante de em termos de prevenção da doença e do acidente, e para agir, uma Campanha de Defesa da Saúde.

²¹) O ensino técnico (de grau médio) para atividades de saúde coloca-se, presentemente, no Ministério da Educação e Cultura, na área da Diretoria do Ensino Secundário. Aí estão, por exemplo, as Escolas de Auxiliares de Enfermagem.

Há que ser criada, de referência ao problema da Saúde, uma consciência nacional, quanto à sua importância e magnitude. Isto exige ampla e permanente ação educativa, no lar, na escola, no meio da coletividade, para o que se requer pessoal adequado em número e preparo. A avaliação dos recursos humanos para as atividades de saúde, não pode ignorá-lo. Afinal, a construção da Pátria grande, livre, fraterna e feliz que sonhamos e havemos de construir, é tarefa para todos e, como diria Winslow, não pode ser empreendida sobre um povo esmagado ao fardo da doença e da miséria.

CAPÍTULO IV

A. Tópico 1. *O profissional de saúde de que o Brasil necessita*

Expositor: Dr. Achilles Scorzelli Junior, Diretor-Geral do Departamento Nacional de Saúde.

B. Perguntas formuladas aos Grupos

C. Respostas (Relatórios dos Grupos)

A. O PROFISSIONAL DE SAÚDE DE QUE O BRASIL NECESSITA

Dr. ACHILLES SCORZELLI JUNIOR (*)

O desenvolvimento de um dado tema obriga, muitas vezes, a que se defina, como preliminar indispensável, a natureza dos assuntos nêle envolvidos, para que, então, se estabeleça a programática a ser obedecida.

O primeiro dos conceitos a serem, neste sentido, determinados no caso presente, é, em nosso entender, a delimitação entre saúde individual e saúde coletiva.

Sem delongas filosóficas, que seriam dispensáveis, deve-se, entretanto, admitir que os campos de ação relativos a saúde individual e à coletiva são administrativamente um tanto distintos.

A saúde individual embora repercuta, como um somatório, sobre as aspirações e realizações da coletividade, representa, todavia, um objetivo a ser alcançado em sua máxima expressão desde que se conte com os meios necessários a assegurá-lo. Como tal, é mais uma função do indivíduo do que da coletividade.

Quando se trata, porém, da saúde coletiva, esta se reveste de caráter eclético, obrigando a que se pense em termos de generalidade, para que todos os componentes da população ou de seus grupos envolvidos tenham o que melhor se possa e se deva conceder. Isto leva, evidentemente, a que o Governo, como responsável direto ou indireto pela saúde da coletividade, examine o estado sanitário da população, em

(*) *Diretor-Geral do Departamento Nacional de Saúde.*

consonância com os fatores demográficos, ecológicos, econômicos e sociais que influenciam, para estabelecer uma política de saúde que atenda às prioridades determinadas.

Uma política de saúde vigora, ademais, para um tempo útil, cuja duração será dependente das transformações apresentadas pela coletividade, ditadas por seu próprio progresso e recursos científicos e tecnológicos disponíveis. Uma política de saúde deverá, assim, atender a uma necessária flexibilidade de raciocínio e de ação. Por outro lado, deverá se ater a particularidades regionais, como se verifica atualmente no Brasil.

Outro aspecto a ser preliminarmente considerado, é o que decorre da distinção entre os aspectos assistencial e preventivo da medicina pública.

Sem prejuízo da concepção, justa e certa, de não existirem atualmente propósitos essencialmente diversos entre a medicina curativa e a medicina preventiva, deve-se, do ponto de vista administrativo, admitir que, muitas vezes, programas sejam especialmente estruturados de acôrdo com métodos de ação peculiarmente voltados para uma ou outra dessas expressões da Medicina.

Assim é que existem doenças, como a varíola, para as quais a ação deve ser baseada na prevenção. A vacina é ainda o método excelso de profilaxia, capaz de impedir o aparecimento da doença. O programa de combate à varíola, conquanto se beneficie de atividades assistenciais, para internamento, diagnóstico e mesmo imunização, é fundamentalmente estruturado com vistas a se evitar a doença.

No estado atual dos conhecimentos científicos, existem, porém, outras doenças, de etiologia ainda incerta ou mal esclarecida, cujo combate é sobretudo firmado no controle de sua evolução, para que se lhes modifique ou modere o curso, com o objetivo de se prolongar a vida do acometido, afastar seqüelas e complicações ou diminuir os efeitos destas. Evitável nesta circunstância, não é a doença em si mesma, senão o que dela decorre. Neste grupo, incluem-se as doenças

denominadas degenerativas, nas quais a atenção se acha especialmente voltada para a utilização de medidas de natureza clínica.

Estas considerações parecem, à primeira vista, se distanciar dos fundamentos do tema em questão.

O quadro nosológico, em sua expressão de conjunto, acha-se, porém, relacionado ao estado de desenvolvimento das coletividades e, por conseguinte, aos programas necessários a seu atendimento. Decorrem, naturalmente, daí indicações quanto ao pessoal requerido para o cumprimento dessas finalidades.

Aspecto, ainda, a ser incluído nestas considerações preliminares é o pertinente ao tipo de estrutura dos serviços, a qual, conquanto obedeça, em suas linhas gerais, a uma concepção de caráter genérico, deve, entretanto, ajustar-se às condições nosológicas, políticas e administrativas de cada país ou região.

Numa dada área, imaginária e na qual os problemas de saúde e, por conseguinte, a natureza e magnitude dos recursos a serem proporcionados cresçam em sentido centrípeto do sistema, a estruturação dos órgãos necessários apresentará determinadas características, não importam as nuances motivadas por variações geográficas, políticas e administrativas.

Na periferia desse sistema ideal, na qual se supõe existir uma população pouco concentrada, de economia atrasada e sujeita a nosologia típica do subdesenvolvimento, as questões assistenciais e preventivas devem ser conjuntamente atendidas, em caráter elementar, assim caracterizadas por uma atuação mais em extensão do que em profundidade. As poucas questões carentes de cuidados técnicos mais aprimorados não justificam, econômica e administrativamente, a implantação de serviços para esse fim capacitados, cabendo então solucioná-las por transferência a órgãos de maior importância situados no interior do sistema.

Esta periferia será confiada à supervisão e execução de médicos policlínicos, com suficientes conhecimentos básicos

quanto às clínicas médicas, cirúrgica, pediátrica, obstétrica e dermatológica, assim como sobre fundamentos de saúde pública. Pessoal auxiliar (atendentes-visitadoras, auxiliares de saneamento, práticos de laboratório e serventes) far-se-á indispensável a que se complete o quadro necessário à estruturação de Postos, cujo vulto e responsabilidade serão crescentes no sentido interior do sistema.

Aos Postos deverão ser ligadas Unidades menores, fixas ou móveis, confiadas muitas vezes apenas a pessoal auxiliar, mas, por alguma forma supervisionado e fiscalizado, as quais exercerão uma ação complementar e ainda mais descentralizarão a execução. Essas pequenas Unidades, geralmente satélites e subordinadas, deverão, porém, em certas circunstâncias, como em áreas de população muito esparsa, de que é exemplo o interior da Amazônia, atuar com certa autonomia, a ser administradas por um centro diretor de sistemas regionais.

Caminhando-se no sentido centrípeto do sistema, atingir-se-á uma faixa de mais forte exigências, interdependente, entretanto, da área periférica, a qual assistirá e mesmo poderá dirigir.

Os problemas ocorrentes ou delegados a esta área interna exigem uma estrutura, que se pode tornar progressivamente mais complexa, até alcançar o máximo necessário.

Suas Unidades deverão ter maior porte, sem se afastarem, porém, da atuação extensiva simultaneamente curativa e preventiva. Constituem-se em Centros Médico-Sanitários, nos quais a assistência médica e cirúrgica, sem assumir plena potência, visa ao tratamento profilático, à descentralização dos atendimentos, a evitar a sobrecarga nas internações hospitalares e a oferecer um atrativo para o público, amaciando-o para a aceitação das medidas preventivas.

A estrutura e o pessoal necessários a esses Centros Médico-Sanitários serão evidentemente mais avultados, tendo-se em vista os encargos a eles atribuídos.

A divisão do trabalho leva a que, embora coexistentes e interrelacionadas numa mesma organização, as tarefas sejam exercidas distintamente, segundo as técnicas envolvidas.

A natureza e o vulto dos serviços componentes dos Centros Médico-Sanitários deve, não obstante, ser naturalmente função do quadro nosológico regional.

Nêles, não cabe estabelecer fronteiras entre idades nem natureza de atividades, mas seus Serviços serão tècnicamente orientados e supervisionados por órgãos centrais especializados e normativos. O que os une, numa só organização e comando, são as razões administrativas, originadas no melhor aproveitamento de pessoal, instalações e equipamentos, na melhor harmonia funcional e em maiores facilidades para o público. Isto leva mesmo a que, sempre que possível, se reünam o Hospital e o Centro Médico-Sanitário, mesmo uma unidade menor, numa só edificação, até com uma direção colegiada, verificando-se, então, mais profundo alcance, daqueles objetivos.

Contudo, os hospitais, mesmo na atuação isolada, devem fugir à idéia de serem entidades estanques e sòmente abertas através de seus ambulatorios. O hospital deve se integrar mais intimamente com a comunidade a que serve, não só por sua articulação com as Unides Médico-Sanitárias, como pelo acompanhamento domiciliar de seus egressos, a investigação do meio sócio-econômico em que atua e as práticas de medicina preventiva, inclusive as de imunização, de sorte a participar do plano de saúde, considerada esta como um campo uno, em qualquer nível administrativo em que seja considerada.

Um inevitável ajustamento do esquema ideal terá que ser adotado em face da realidade das condições e disponibilidades existentes. Muitas vêzes, como freqüentemente se verifica em nosso país, o que se defronta é a multiplicidade, onerosa e perturbadora, de órgãos da mesma ou semelhante finalidade, que se devem rever e reunir, numa só conjunção técnico-administrativa, no chamado Plano Integrado de Saúde.

Feitas estas considerações preliminares e norteadoras, cabe então examinar qual o profissional de saúde de que o Brasil necessita.

Esse profissional (melhor, esses profissionais), além de se distinguir pelos diversos níveis de formação cultural, deve cobrir um amplo campo de necessidades, já que nosso país demonstra condições diversificadas e de variada exigência.

Seus problemas de saúde se, de um lado, têm características genéricas, por outro, apresentam, para as áreas mais adiantadas, aspectos específicos.

Assim, se, de um lado, o combate às doenças transmissíveis, a proteção à maternidade, infância e adolescência, a assistência médico-sanitária geral, a nutrição, a assistência aos doentes mentais, são questões destacadamente onipresentes em todo o território nacional, de outro, uma ênfase deve ser dada à medicina ocupacional e à higiene industrial, às doenças degenerativas e aos acidentes, em trechos apreciáveis do país. Tudo sem, evidentemente, se esquecer que atividades subsidiárias, mas indispensáveis, devem ser atendidas, como o controle e fiscalização de alimentos, o controle de medicamentos, a estatística e a educação aplicadas, a investigação e a pesquisa.

Inevitavelmente, no Brasil como em toda parte, um mundo de preocupações no que se relaciona ao pessoal necessário, o qual se estende por vários níveis (superior, médio, elementar), que se mostram interdependentes, para que se possa alcançar organicamente o êxito desejado. Se é verdade que necessitamos de pessoal da alta qualificação profissional, não é menos certo que o técnico se desgasta na ausência de auxiliares que o complementem.

No que se relaciona aos ofícios necessários aos programas de saúde, deve-se considerar não só a preparação especial como a básica.

Isso ocorre em qualquer nível desejado, indo desde o grau mais inferior ao mais elevado.

Assim, a preparação básica exigida para a admissão de um servente pode ser até de valor zero, na emergência de

certas situações encontradas na prática, procurando-se então, simultaneamente à sua preparação especial, promover a alfabetização enquanto se executa o treinamento em serviço. Pode, porém, na mais alta expressão, ser a de um profissional de nível superior, já com uma indispensável pós-graduação efetuada, como se dá com os especialistas de mais avançada preparação.

Na catalogação das categorias profissionais, verifica-se, pois, dupla, senão múltipla, inscrição das fases de preparação.

Evidentemente, as fases preliminares de preparação considerada acham-se geralmente incluídas no âmbito dos órgãos de educação e podem ser dispensadas de cogitação nesta Conferência. O que se deve debater, num exemplo, não é a formação do médico, que cabe, em nosso país, aos órgãos de educação, nem mesmo em relação à pós-graduação, desde que esta normalmente se processe no âmbito de uma Faculdade de Medicina, como ocorre com várias especialidades (Obstetrícia, Ginecologia, Psiquiatria e outras). Para o profissional da Medicina, a ser utilizado em funções de saúde pública, o que cabe aqui debater é sua preparação como sanitarista, nos vários aspectos e graus dessa especialização, de par com a formação complementar desejada, mesmo clínica, que, em caráter de emergência, se deve ministrar, na própria área de atuação aos médicos policlínicos.

A espécie e o número de profissionais de saúde são, contudo, função das necessidades regionais, que se mostram variadas em face das condições vigentes.

Assim, o profissional requerido numa área malarígena pode ser mais ou menos diversificado na dependência da natureza dos trabalhos que se façam indicados. Por outro lado, o profissional exigido pelos problemas das áreas industrializadas não pode, evidentemente, ser o mesmo que para as áreas atrasadas do país.

Admitindo-se, além disso, que o desenvolvimento é praticamente universal, processando-se em tôdas as áreas, segundo ritmo e intensidade peculiares, nenhuma estimativa

numérica quanto a gênero e espécie de pessoal deixa de estar sujeita a revisão.

Dizer-se, por exemplo, que o Brasil necessita de 1 médico por 1.000 habitantes, é adotar uma expressão global, que desconhece a acentuada variedade de necessidade de seu território. Não obstante, como valor global e em ponto de partida, serve como uma indicação de que temos um *deficit* de quase 50.000 médicos, a serem acrescentados aos 34.000 conhecidos.

A relação de pessoal necessário a nossos serviços de saúde deve, obviamente, compreender os níveis superior, médio e auxiliar.

O nível superior deve abranger várias expressões, não só para se atender às necessidades técnicas essenciais, como à correção da situação vigente, resultante de já se acharem em exercício numerosos profissionais providos de precários conhecimentos. É o caso, sobretudo, de médicos, engenheiros e enfermeiros, a cujo cargo se acham atividades das quais não se podem afastar, por motivo de seu interesse e mesmo de serviço, aos quais se deve, porém, proporcionar uma melhoria substancial de capacitação, em cursos rápidos e intensivos, de atualização em saúde pública.

No nível superior pode-se, em nosso entender, distinguir: a) pós-graduação completa; b) pós-graduação abreviada; c) preparação complementar.

A pós-graduação completa abrange, a seu turno, diversas expressões: a) básica; b) especializada, subsequente ou não à especializada.

Por pós-graduação básica, entende-se, para os efeitos deste trabalho, a efetuada em curso de saúde pública, inclusive na forma atualmente configurada na Escola Nacional de Saúde Pública sob a denominação de Curso de Mestrado.

A pós-graduação especializada mostra-se, para certas especialidades, subsequente à graduação básica em saúde pública, para se atender a especializações em determinados campos, como a epidemiologia, a estatística sanitária, a

administração superior de serviços, a medicina ocupacional, a higiene industrial e outras.

Mas, pode ocorrer singelamente, em campos desde logo polarizados, como a Leprologia, a Tisiologia, a Higiene Mental, as Técnicas de Laboratório, a Entomologia e outras.

A pós-graduação abreviada inclui as várias formas de cursos de atualização em saúde pública, os quais merecem uma ênfase especial, tendo-se em vista a realidade de nossa situação. Os serviços não podem nem devem parar, à espera de que se disponha de técnicos completamente capacitados, em quantidade bastante a que se os tenha à testa de todos os órgãos que os possam requerer. Nossas deficiências em pessoal são extraordinariamente grandes, mas uma solução transicional poderá ser satisfatoriamente alcançada, se os técnicos de preparação completa forem predominantemente destinados, enquanto perdurarem essas deficiências, a tarefa de chefia ou de especialização, ficando os encargos menos complexos atribuídos aos técnicos, de preparação efetuada em curso de atualização.

A preparação complementar visa, na classificação aqui adotada, à ministração de conhecimentos a médicos policlínicos, anteriormente mencionados e, eventualmente, a outros profissionais, como os farmacêuticos, que lhes podem estender a ação em certas áreas.

O pessoal de nível médio, também merecedor de especial atenção, estende-se por ampla faixa, abrangendo auxiliares qualificados para as práticas administrativas hospitalares, práticas de laboratório, saneamento, educação, visitaçao domiciliar, produtos profiláticos, estatística e outras. A preparação básica deve ser realisticamente considerada e pode variar, alcançando o equivalente ao segundo ou ao primeiro ciclo secundário.

Sua formação será geralmente de curto prazo, efetuando-se em curso de tempo integral de ensino, com duração de poucos meses.

Sem prejuízo da imprescindível importância de qualquer tipo de pessoal de nível médio, justifica-se um destaque para

a premente necessidade de dispormos de inspetores de saneamento, de visitadoras sanitárias e administradores para pequenos hospitais.

Os problemas de saúde pública que deirontamos tornam sobremodo relevantes as atividades desenvolvidas no saneamento básico. Não dispomos, entretanto, de engenheiros sanitaristas em número suficiente. Muitas atividades menores não exigem, porém, mais que supervisão, podendo ser atribuídas a pessoas com o primeiro ciclo do curso secundário e preparadas em curso intensivo, de uns 6 meses de duração - os inspetores de saneamento. Um engenheiro sanitarista, poupado de desgaste determinado por atividades executivas, que pode delegar, multiplica-se ao dispor de vários desses inspetores.

As visitadoras sanitárias são outro aspecto a se enfatizar. Substituem as enfermeiras de saúde pública, que se destinam, então, ao papel de capitãs de equipe de visitadoras, que lhes estendem a ação. Essas visitadoras podem ser preparadas em cursos de 6 meses, a partir de môças com o primeiro ciclo ginasial.

Os administradores para pequenos hospitais merecem também uma atenção especial.

Nossos hospitais de interior são, via de regra, administrados empiricamente, deixando de proporcionar o rendimento necessário. Concorrerá eficazmente para que se remova este inconveniente a realização de cursos objetivos, de curta duração, que visem à ministração dos conhecimentos estritamente necessários, destinados a pessoal de nível médio já em exercício nessas funções.

Os auxiliares de nível elementar devem ser preparados, ao mínimo possível, pelos próprios órgãos interessados, dada a grande diversidade de pessoal exigido, o qual deve, ademais, ser recrutado localmente.

Tanto na formação de pessoal de nível médio, como auxiliar elementar, deve-se cuidar de dois objetivos: 1) a formação deve ser descentralizada, realizando-se em pontos

estratégicamente situados, em função das necessidades regionais; 2) o recrutamento deve visar ao pessoal local.

Uma ênfase deve ser dada à formação de pessoal de nível médio e auxiliar. Nossas necessidades podem, com efeito, ser satisfatoriamente atendidas por êsse pessoal, que multiplica e dinamiza possibilidades, sem onerar indevidamente as verbas disponíveis. Tudo está em que êsse pessoal tenha comando e controle indispensáveis a que integre um sistema funcional adequadamente estruturado.

Do exposto nesta resenha, permito-me obter algumas linhas de pensamento e de ação, que se coadunam com os objetivos implícitos dêste tema:

Assim é que se afigura:

1. Indispensável que os serviços de saúde, para sua melhor estruturação e operação, disponham de pessoal dos níveis superior, médio e auxiliar, preparado na natureza e quantidade suficientes a que sejam atendidas as necessidades do país, observadas as diversidades regionais nêle encontradas. A preparação de pessoal deve ser considerada como essencialmente importante nos planos e programas de saúde, para que êstes assumam uma feição concreta e produtiva.

2. Deve-se, na preparação dos vários tipos de profissionais, adotar a necessária flexibilidade de ação, evitando-se as programações invariáveis e que desconheçam as variações do mercado de trabalho.

3. Cabe, para se atender à realidade nacional, dar ênfase à preparação de pessoal de nível médio e aos cursos de atualização para o pessoal de nível superior já em exercício nos programas de saúde.

4. Cumpre delimitar os campos de preparação de pessoal, de modo a se eliminar a multiplicação de atividades para um mesmo fim e o estabelecimento de áreas de atrito, elaborando-se, tanto quanto possível, planos que satisfaçam às necessidades regionais do país.

5. Faz-se indicado promover a regulamentação profissional e a uniformização da terminologia correspondente.

6. Sem prejuízo da preparação centralizada, nas Escolas ou Faculdades de Saúde Pública, as quais devem existir em número estritamente necessário, é indispensável descentralizar a execução dos programas, com o fim de se estender a ação das mesmas, mediante o aproveitamento, na forma e extensão indicadas, dos recursos, institucionais ou não, regionalmente disponíveis, em âmbito macro ou microrregional.

Finalmente, a ilação de que não há, exatamente configurado, um profissional de saúde pública, de que o Brasil necessite. Esta denominação genérica deve se ater às particularidades ocupacionais que cubram toda a gama necessária à operação dos órgãos de planejamento, supervisão e execução dos programas. A magnitude e a forma dessa variação de ocupação derivam do que seja preciso para se responder devidamente às solicitações, onde e porque surjam, decorrentes do panorama econômico, nosológico e tecnológico a ser defrontado.

B. PERGUNTAS FORMULADAS AOS GRUPOS

Tópico 1

1. Que profissionais de nível superior devem ter atuação preponderante nos programas de saúde e como distinguir um profissional de saúde, de nível superior, de um profissional de saúde pública?
2. São suficientemente conhecidas as disponibilidades de pessoal de saúde de nível profissional ou há necessidade de estudos especiais para determiná-las?
3. Neste caso, como se poderiam utilizar os resultados desses estudos para a organização do ensino?
4. Na situação atual, a formação desse pessoal atende às necessidades imediatas e futuras do país? Está essa formação orientada para a solução dos problemas de saúde de maior importância?

C. RESPOSTAS À 1.^a PERGUNTA

1.^a PERGUNTA: *Que profissionais de nível superior devem ter atuação preponderante nos programas de saúde e como distinguir um profissional de saúde (de nível superior) de um profissional de saúde pública?*

RESPOSTAS

GRUPO 1

a) O grupo pronunciou-se dentro de um entendimento de programa de saúde que engloba amplamente tôdas as tarefas relativas à saúde, no conceito da OMS. Admitiu, por outro lado, a existência de duas fases distintas de tal programa — “de planejamento ou normativa” e “de execução” — com diferentes requisitos no tocante à equipe de saúde.

Na fase de planejamento e atividades do órgão central normativo, indicou a necessidade de pessoal altamente qualificado e de utilização limitada, incluindo: médico, enfermeiro, engenheiro sanitaria, dentista, cientista social, economista, nutrólogo, veterinário, administrador, educador de saúde pública.

Na fase executiva, admitiu maior flexibilidade de constituição da equipe na dependência de se situar em nível regional, local ou periférico, incluindo em graduação decrescente até o médico, clínico geral (com conhecimento de saúde pública), dentista e enfermeiro polivalente.

Ao nível regional cabe atender às conveniências de programas específicos que requerem profissionais especialistas tais como: psiquiatras, tisiólogos, leprólogos, técnicos em programas de saúde urbano-infantil e outros.

b) Dentro de um conceito global de atenção à saúde, no sentido individual ou comunitário, visando a atividades de promoção, prevenção e recuperação, o grupo não distingue tais profissionais. Admite, entretanto, o aperfeiçoamento pós-graduado de pessoal de alto nível para a saúde pública.

GRUPO 2

a) Tendo em vista a amplitude hoje fixada para o termo saúde — não apenas ausência de doença, mas um completo estado de bem-estar físico-mental e social —, cresce cada vez mais o número de profissões de nível superior que têm sua atuação nos programas de saúde.

No momento atual, apontamos como profissionais de nível superior com atuação preponderante: médicos, engenheiros, odontólogos, enfermeiros, veterinários, farmacêuticos, nutricionistas, agrônomos, estatísticos, economistas, assistentes sociais, profissionais universitários oriundos do ramo das ciências educativas e geneticistas, não havendo nesta enumeração nenhum sentido hierárquico.

Assentiu também o grupo na possibilidade de que, para o futuro, possa registrar-se a abertura para novas profissões de nível superior.

b) Partindo da definição de profissional de saúde pública, conscientizada por todos os membros do grupo, como aquele que dispõe de conhecimentos e treinamentos especializados obtidos em cursos de pós-graduação, distinguimos o profissional de saúde, de nível superior, do profissional de saúde pública.

GRUPO 3

a) O grupo considera que a preponderância é dependência eventual do programa a ser cumprido. Entretanto, acentuou de maneira geral a importância do médico, engenheiro, enfermeiro, dentista, estatístico, veterinário, educador

sanitário, assistente social, economista, biólogo, nutricionista, psicólogo e sociólogo.

b) O grupo preferiu não estabelecer diferença entre um profissional de saúde e um profissional de saúde pública.

GRUPO 4

a) Médico, engenheiro, enfermeiro.

b) O profissional de saúde pública é aquele que, além de uma profissão básica, possui outros conhecimentos especiais que o capacitam a identificar e resolver os problemas de saúde pública em seus aspectos: causa e efeito.

GRUPO 5

a) Um programa de saúde depende, fundamentalmente, de um trabalho de equipe, no qual se integrem médicos, enfermeiros, engenheiros, veterinários, dentistas, farmacêuticos, nutricionistas e cientistas sociais, necessários à sua plena execução. Julga o grupo, entretanto, que a preponderância, de cada um desses profissionais, variará na dependência de problemas regionais e de facilidades disponíveis.

b) Desde que as funções de saúde pública dizem respeito a atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde, o grupo não estima necessário distinguir as duas atividades na execução de programas gerais.

GRUPO 6

a) O grupo opina que, dentro da atual filosofia de trabalho de saúde pública, não deve haver uma preponderância absoluta de profissionais; reconhece, entretanto, que poderá a equipe de trabalho ser constituída dos seguintes profissionais, em ordem geral de escalonamento, nos programas integrados de saúde: médico, enfermeiro, engenheiro, educador sanitário (pl OMS), assistente social, dentista, veterinário, farmacêutico e nutricionista.

Acha ainda que, durante a etapa de planejamento, sejam incluídos o economista e o sociólogo, que naturalmente poderão ter ação em um trabalho de cúpula, inclusive assessoramento.

b) É opinião média do grupo que a distinção entre profissionais de saúde e profissional de saúde pública se faz através da atitude tomada em relação ao indivíduo e à coletividade adequada na formação profissional.

GRUPO 7

a) Os profissionais de nível superior necessários ao desenvolvimento dos programas de saúde estão na dependência da amplitude e do nível da complexidade dos citados programas, podendo-se citar preponderantemente os médicos, engenheiros, enfermeiros e os profissionais de saúde pública.

b) O grupo considerou que o profissional de saúde pública é o profissional de nível superior que recebeu curso de pós-graduação em Escola de Saúde Pública.

GRUPO 8

a) Para a enumeração dos profissionais que devem ter atuação preponderante nos programas de saúde, cumpre levar em conta o tipo e a natureza do programa, atendendo-se fundamentalmente às peculiaridades regionais, tanto físicas como nosológicas e sócio-econômicas, incluindo-se necessariamente a orientação de prioridades.

Preponderantemente, a equipe de saúde de nível superior constará de: médico, odontólogo, enfermeiro e engenheiro.

Dependendo do tipo e profundidade das atividades programadas, a equipe deverá ser acrescida de outros profissionais de nível superior que se fizerem necessários.

b) O profissional de saúde pública se distingue do profissional de saúde por possuir, além do curso universitário, curso regular de pós-graduação em saúde pública.

GRUPO 9

a) O grupo considera que os programas de saúde devem ser conduzidos por equipes multidisciplinares, constituídas de profissionais de nível superior.

A composição dessas equipes poderá variar em função dos problemas sanitários prevalentes, da complexidade dos problemas sócio-econômicos e da evolução científica e tecnológica.

b) Os profissionais de saúde pública de nível superior se distinguem dos outros profissionais que trabalham em saúde por uma maior preparação em saúde pública através de cursos de pós-graduação.

GRUPO 10

a) Os profissionais de nível superior que devem ter atuação preponderante nos programas de saúde são: médico, enfermeiro, dentista, farmacêutico, assistente social, engenheiro sanitário, veterinário e nutricionista.

A fase de elaboração dos programas requer a contribuição de outros profissionais de nível superior, suficientemente habilitados em saúde.

b) O que distingue o profissional de saúde do profissional de saúde pública é a habilitação para atuar nesse campo, através de cursos de pós-graduação ou especialização.

GRUPO 11

a) O grupo acentua haver responsabilidade de todos os profissionais nos programas de saúde. Dentro do conceito moderno de saúde, valoriza-se a participação da comunidade, para o que se faz necessária uma abertura no que diz respeito à formação da equipe de saúde. Esta dependerá do programa a ser considerado.

b) O profissional de saúde pública de nível superior deve receber, em caráter de especialização, conhecimentos específicos de saúde pública, constantes de cursos de pós-graduação.

GRUPO 12

a) Não há preponderância de qualquer profissional de nível superior nos programas de saúde.

b) Profissional de saúde pública é aquele que tem curso de pós-graduação em saúde pública.

Notas. — 1) Um dos componentes do grupo opinou pela preponderância, nos seguintes termos: "Programa de saúde é entendido como medicina integrada; e, dentro desse pressuposto, o médico, o enfermeiro, o farmacêutico, o dentista, o veterinário, o engenheiro sanitário devem ter atuação preponderante."

2) Dois outros dissentiram da opinião da maioria, definindo: "Profissional de saúde pública é todo aquele que participa do trabalho de saúde, com ou sem nível superior."

GRUPO 13

a) O papel preponderante como líder da equipe de saúde é do médico. Os outros profissionais que farão parte dos programas de saúde são: enfermeiros, engenheiros, veterinários, farmacêuticos, dentistas, nutricionistas, além de outros. Poderá haver preponderância de uma das profissões, para programas específicos.

b) Embora ambos os profissionais estejam relacionados com os problemas de saúde, os profissionais de saúde pública possuem cursos de especialização e outros tipos de preparação, além de estarem enquadrados num programa de saúde da comunidade, onde prestam serviços em regime de dedicação exclusiva.

GRUPO 14

a) O grupo concorda em que deverão ter atuação preponderante nos programas de saúde, os médicos, enfermeiros, dentistas e veterinários. Acha imprescindível, entretanto, a participação complementar, entre outros, dos economistas.

b) Deve-se distinguir os profissionais de saúde de nível superior como aqueles que mais se dedicam às atividades de saúde visando ao indivíduo, enquanto os profissionais de saúde pública, atuando diretamente na comunidade, desenvolvem atividades preponderantemente de programação, supervisão, controle e avaliação.

GRUPO 15

a) O grupo reconhece que os profissionais de nível superior que devem ter atuação preponderante nos programas de saúde são o *médico*, o *enfermeiro* e o *engenheiro*, não subestimando, entretanto, o valor das outras profissões que participam dos programas de saúde.

b) O que distingue o profissional de saúde de nível superior de saúde pública é o fato de este ter feito um curso regular de pós-graduação em Escola de Saúde Pública.

O grupo, todavia, reconhece a valiosa contribuição de outros profissionais de saúde que não tiveram a oportunidade deste preparo especializado.

GRUPO 16

a) Devem ser considerados neste item todos os profissionais de nível superior que tenham recebido treinamento em curso de pós-graduação em saúde pública, utilizados dentro das possibilidades dos programas e de acordo com as necessidades regionais.

b) *Sem resposta.*

GRUPO 17

a) Todos os profissionais, caracterizados pelos diversos níveis em sua formação cultural, devem participar com seus subsídios, na complexa e variada exigência em saúde pública.

Em face das realidades atuais de nosso país, terão atuação preponderante nesse campo, os médicos, paramédicos, engenheiros e paraengenheiros.

b) O profissional de saúde pública caracteriza-se principalmente pela sua formação básica e especial e pelo exercício efetivo e integral em atividade de saúde pública.

C. RESPOSTAS À 2.^a PERGUNTA

2.^a PERGUNTA: *São suficientemente conhecidas as disponibilidades de pessoal de saúde de nível profissional ou há necessidade de estudos especiais para determiná-las?*

R E S P O S T A S

GRUPO 1

a) Não, o pouco de que se tem conhecimento se refere basicamente aos médicos e não à equipe de saúde.

b) Sim, objetivando: a) levantamentos dos recursos humanos e materiais e da estrutura de tais recursos; b) determinação da demanda de recursos através da análise das necessidades regionais e de inquéritos de morbidade; c) estudo das condições atuais de formação de profissionais de saúde.

GRUPO 2

Pelo consenso geral do grupo fica recomendada a necessidade de estudos especiais para determinação, a mais precisa possível, das disponibilidades quantitativas e qualitativas de pessoal de saúde de nível profissional.

O grupo manifestou ainda a necessidade de que tal estudo fosse programado e executado pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde Estaduais, impondo-se também, para esse estudo, a incorporação das Universidades.

GRUPO 3

As disponibilidades do pessoal de saúde de nível profissional não são suficientemente conhecidas, havendo necessidade de estudos especiais para determiná-las.

GRUPO 4

a) Não.

b) Sim, desde que paralelamente se instale um sistema permanente de informação de recursos humanos em função das necessidades administrativas e de programação.

GRUPO 5

a) Não.

b) Sim, através de inquéritos que incluam:

- 1 — censo profissional;
- 2 — estudo da formação profissional no setor saúde;
- 3 — estudo das disponibilidades materiais;
- 4 — estudo das necessidades regionais, através de levantamentos de morbidade.

GRUPO 6

Opina o grupo que não estão suficientemente conhecidas as disponibilidades de pessoal de saúde profissional e há real necessidade de estudos especiais para determiná-las.

GRUPO 7

O grupo considerou que não são suficientemente conhecidas as disponibilidades de pessoal e que serão necessários estudos especiais na determinação de disponibilidades das várias categorias profissionais e das atividades por elas exercidas, bem como o levantamento da capacidade instalada para prestação de socorros e formação de pessoal e das necessidades e demandas da população no campo da saúde através de estudos da mortalidade e morbidade.

GRUPO 8

O grupo reconhece a existência de informações de ordem qualitativa precárias, impondo-se o estudo para a quantificação e qualificação do pessoal disponível.

GRUPO 9

Reconhecendo embora a existência de estudos parciais sobre recursos humanos relativos à saúde, o grupo acredita na necessidade de estudos especiais que, fornecendo indicações qualitativas e quantitativas, sirvam de base a um programa de formação de pessoal em condições de executar a Política Nacional de Saúde.

GRUPO 10

Há insuficiência de informações a respeito, havendo necessidade de sistematizar e dinamizar as pesquisas, neste setor, através de uma metodologia uniforme, que possibilite a comparação entre as diferentes regiões.

GRUPO 11

O grupo considera que, apesar da disponibilidade de alguns dados, êsses estudos são necessários, tanto do ponto de vista quantitativo como qualificativo.

GRUPO 12

- a) Não são suficientemente conhecidas as disponibilidades de pessoal de saúde de nível profissional.
- b) Há necessidade de estudos especiais para determinar essas necessidades.

GRUPO 13

Não são suficientemente conhecidas as disponibilidades de pessoal de saúde de nível profissional. O grupo reconhece que há necessidade de estudos especiais para determiná-las.

Para isto, recomenda que o Ministério da Saúde tome imediatamente as providências para que sejam efetuados estudos com esse desiderato, com a colaboração de organizações oficiais e particulares.

GRUPO 14

O grupo nega o conhecimento das disponibilidades de pessoal e reconhece a necessidade de estudos especiais que a definam, sobretudo em decorrência dos programas de saúde específicos.

GRUPO 15

As disponibilidades de pessoal de saúde de nível profissional não são suficientemente conhecidas, a despeito dos levantamentos parciais realizados. Por isso, recomendam-se levantamentos especiais, contanto que sejam vinculados a planejamentos globais.

GRUPO 16

Os conhecimentos que se têm sobre as disponibilidades de pessoal de saúde são subjetivos e inadequados. É imprescindível que se proceda a levantamentos ou estudos que forneçam dados mais objetivos e reais. Os resultados desses levantamentos e estudos devem ser divulgados entre os vários Estados e serviços.

GRUPO 17

Não são suficientemente conhecidas as disponibilidades de pessoal de saúde de nível profissional.

Há necessidade de um diagnóstico da situação, incluindo não só o estudo dos recursos humanos mas também o das prioridades dos problemas de saúde.

C. RESPOSTAS À 3.^a PERGUNTA

3.^a PERGUNTA: *Neste caso, como se poderiam utilizar os resultados dêsses estudos para a organização do ensino?*

R E S P O S T A S

GRUPO 1

Adaptando os cursos de formação profissional às reais necessidades do país, através da revisão de currículos e inclusão no ciclo de "graduação" dos conhecimentos relativos às atividades globais de promoção e prevenção da saúde, atendidas as peculiaridades sócio-econômicas e característicos epidemiológicos de cada região.

Delimitando as metas para ação governamental prioritária em função das características de formação e diversificação de profissionais regionais, ajustando a produção e a demanda de serviços.

GRUPO 2

A utilização dos resultados dêsses estudos se alicerçearia no fato de o Ministério da Saúde fazer chegar junto aos órgãos de ensino superior as necessidades reais da nação ditadas por tais estudos, colaborando também, cada vez mais efetivamente, na abertura dêstes para os problemas do país.

GRUPO 3

Para a reformulação dos currículos, formando pessoal de acôrdo com as necessidades reais, tendo-se em conta as prioridades estabelecidas.

GRUPO 4

A organização do ensino deve basear-se, entre outros fatores, na informação permanente dos recursos humanos.

GRUPO 5

Atendimento das áreas julgadas prioritárias e adaptação dos currículos escolares no sentido de propiciar uma formação integral dos profissionais do setor saúde. O grupo admite a necessidade de se incluírem, precocemente, nos currículos de formação, matérias de medicina preventiva, social e sanitária, como medida essencial não só à formação profissional integral, como também à motivação desses profissionais para os problemas de saúde da comunidade.

GRUPO 6

Pelo planejamento:

- a) da distribuição mais equitativa do pessoal existente pelas áreas necessitadas;
- b) do número de vagas necessárias, no país, em cada escola de formação profissional.

GRUPO 7

Os estudos considerados seriam de utilidade ao oferecerem um conhecimento adequado, dando informações referentes ao número do pessoal a ser formado e orientando a modificação dos *curricula* das instituições de ensino.

Salientou-se que esses estudos serviriam também para promover maior integração entre os órgãos de ensino e os de prestação de socorros de saúde.

GRUPO 8

Os resultados desses estudos poderão ser utilizados para a orientação do ensino, no sentido da formação quantitativa

e qualitativa de especialistas, requeridos pelas demandas decorrentes da morbidade e mortalidade registradas nas respectivas áreas do país.

GRUPO 9

Sem resposta.

GRUPO 10

Os resultados desses estudos permitiriam determinar: a) as necessidades reais de pessoal a curto, médio e longo prazo, considerando-se o grau de desenvolvimento econômico-social do país, adequando-as às características regionais e locais; b) a capacidade que venha a ter o atual mercado de trabalho para absorver a falta de pessoal; c) a capacidade efetiva e potencial da estrutura educacional do país para atender às necessidades do setor.

GRUPO 11

A organização do ensino deve ser baseada na realidade levantada e analisada.

GRUPO 12

A utilização dos resultados dos estudos dependerá do conhecimento desses mesmos resultados.

GRUPO 13

Os resultados dos estudos sobre disponibilidades de pessoal de saúde é que irão determinar a utilização dos mesmos para a organização do ensino, numa estreita colaboração entre o Ministério da Saúde e os órgãos de educação (universidade, escolas isoladas, etc.).

GRUPO 14

O grupo sugere a utilização desses resultados para organizar o ensino também em função de programas adaptados às necessidades regionais e locais.

GRUPO 15

O planejamento acima referido dará as diretrizes para o ensino de nível superior destinado à formação desses profissionais.

GRUPO 16

Incluir aspectos sociais no currículo básico das escolas de formação de pessoal de nível superior.

GRUPO 17

Sem resposta.

C. RESPOSTAS À 4.^a PERGUNTA

4.^a PERGUNTA: *Na situação atual, a formação desse pessoal atende às necessidades imediatas e futuras do país? Está essa formação orientada para a solução dos problemas de saúde de maior importância?*

RESPOSTAS

GRUPO 1

a) Não, porque não obedece a planejamento adequado em termos quantitativos e qualitativos.

b) A estrutura curricular vigente não apresenta flexibilidade suficiente para se amoldar às necessidades de saúde do país. Os requisitos de preparo profissional devem variar proporcionalmente à extensão e complexidade dos vários níveis de supervisão e execução, ajustados à realidade de cada programa e cada região.

GRUPO 2

Embora não se disponha de elementos para quantificar as necessidades imediatas e futuras do pessoal de saúde de nível profissional, está no consenso do grupo que a sua formação não atende às demandas. A questão abrange não apenas a problemática de número e diversificação deste pessoal, como a da qualidade mediante preparação adequada, quer em nível de formação, como de aperfeiçoamento ou especialização. Recomenda o grupo que todos os órgãos de ensino superior, especialmente as universidades, venham participar ativamente desta tarefa de formação, aperfeiçoamento e especialização do pessoal de saúde.

GRUPO 3

A formação do pessoal profissional não vem atendendo às necessidades do país e tão pouco está orientada adequadamente, salvo esforços isolados.

GRUPO 4

Em termos gerais, não.

GRUPO 5

Na atual situação, a formação profissional do setor saúde não atende às necessidades, nem imediatas, nem futuras do país, uma vez que está orientada mais no sentido do trato individual do que na abordagem dos problemas de saúde como um todo. Neste sentido, o grupo considera fundamental que se tomem medidas que permitam introduzir modificações curriculares nas faculdades, a fim de se possibilitar a formação integral dos profissionais de saúde.

GRUPO 6

Embora não existindo dados numéricos fidedignos capazes de exprimirem as reais necessidades e disponibilidades do pessoal de saúde — na atual situação —, a formação desse pessoal não atende às demandas imediatas e futuras do país.

A atual formação de pessoal de nível superior não está orientada para a solução dos problemas de saúde, devendo haver uma reformulação imediata do ensino nas escolas de formação profissional.

GRUPO 7

O grupo considerou que a formação de pessoal não atende às necessidades e demandas imediatas e futuras do país, sendo esta formação muitas vezes orientada para a solução de problemas de menor relevância no campo da saúde; pro-

gramas de ampliação da formação de pessoal profissional devem estar condicionados ao nível de desenvolvimento econômico e social das diversas macro-regiões existentes no país.

GRUPO 8

A formação desse pessoal, atualmente, parece não estar atendendo quantitativamente às necessidades tanto imediatas como futuras do país, a julgar-se pelo óbvio *deficit* de profissionais em atividade, agravado pelo reduzido número de graduações verificado anualmente.

Da mesma forma, o grupo conclui que a formação hoje imprimida não está orientada para a solução dos principais problemas de saúde do país.

GRUPO 9

Acentuando o fato de que existem algumas iniciativas de adaptar a formação profissional de nível superior às necessidades do país, de maneira geral esta formação não está inteiramente orientada para o conhecimento e a solução dos grandes problemas de saúde que afetam, particularmente, a média de vida e a produtividade do homem brasileiro.

GRUPO 10

a) Apesar de não se dispor de informações suficientes, é fácil concluir que a atual estrutura existente no setor educacional não atende às necessidades atuais e futuras, principalmente em determinadas categorias profissionais.

b) Não. Apesar dos esforços realizados nesse sentido, torna-se necessária uma efetiva adequação entre a oferta de pessoal de saúde, nas várias categorias, e os problemas prioritários de saúde do país, considerando-se as diferenças regionais.

GRUPO 11

Não. Há esforços isolados e ainda insuficientes para o encaminhamento dos problemas de saúde.

GRUPO 12

Na situação atual, a formação desse pessoal não atende às necessidades do país; não obstante, o grupo concorda que essa verificação só poderá ser formulada através de um estudo dos recursos humanos.

A formação do pessoal de saúde no Brasil deveria dar mais ênfase no sentido de atender à problemática de saúde do país.

GRUPO 13

Na situação atual, a formação do pessoal de saúde de nível profissional *não* atende às necessidades imediatas e futuras do país e essa formação *não* está orientada, de modo geral, para a solução dos problemas de saúde de maior importância.

GRUPO 14

O grupo nega que a formação de pessoal atenda às necessidades do país.

No particular, acha que cabe recomendar às Universidades uma integração nas comunidades em que estão inseridas, e especialmente às Escolas que lecionem técnicas relacionadas à saúde, enfatizando ensinamentos de saúde pública, o que atenderá à *nossa realidade social*. Finalmente, reforça a necessidade do encontro de professores universitários com a FENSP.

GRUPO 15

a) A opinião do grupo é de que, na situação atual, a formação desse pessoal não atende às necessidades imediatas e futuras do país, tanto quantitativa como qualitativamente. Reconhece, entretanto, que grande número de Escolas de Medicina já está dando nova orientação aos seus currículos, através do Departamento de Medicina Preventiva adequadamente estruturado.

No que se refere à carência de pessoal, reconhece que o problema não é somente de recrutamento indiscriminado do mesmo, mas também de sua melhor distribuição e utilização.

b) O grupo reconhece que a formação profissional precisa ser melhor orientada para a solução dos problemas de saúde de maior importância.

GRUPO 16

Não. Por isso sugere que sejam promovidas reuniões entre Escolas de Medicina do Brasil, através dos seus Departamentos de Higiene ou de Medicina Preventiva, sob os auspícios da FENSP.

GRUPO 17

Na situação atual, a formação desse pessoal tem atendido de muito pouco às necessidades imediatas e também às futuras do país.

A formação de pessoal não tem sido orientada para a solução dos problemas de saúde de maior importância.

CAPÍTULO V

A. Tópico 2: *Pessoal de nível médio e auxiliar*

Expositor: Prof. Sávio Antunes, Chefe do Departamento de
Ensino da Fundação Ensino Especializado de Saúde
Pública

B. Perguntas formuladas aos Grupos

C. Respostas (Relatórios dos Grupos)

A. PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO E AUXILIAR

Prof.^o SÁVIO ANTUNES (*)

EXPLICAÇÃO PRELIMINAR

Este trabalho não busca originalidade, se bem que inspiração não nos tenha faltado sempre que foi necessário mobilizá-la.

Neste escrito muitas vezes nos servimos de pensamentos alheios, para nos valermos do peso de autoridades respeitáveis; alguns dêles na forma mesmo em que foram expostos.

Outras vezes é bem capaz que tenhamos nos apropriado de textos de escritores mais bem dotados, sem menção de autoria, mas, também, sem intenção de plágio; desculpem-nos autores, leitores e ouvintes, se foram esquecidas as aspas.

Nenhuma vez tivemos o propósito de nos enfeitar com produto do esforço alheio. Se descobrirem gemas decorando nossos paramentos não considerem isso furto: a tentação foi irresistível.

A incorporação, consciente ou inconsciente, de jóias ao nosso patrimônio não teve como objetivo enriquecê-lo; deve ser tomada como prova de aprêço e homenagem aos seus ourives.

INTRODUÇÃO

“Cuidar de quem ainda não está doente é uma missão superior. Tarefa medíocre é cuidar somente daqueles que já

(*) *Chefe do Departamento de Ensino da FENSP.*

estão doentes". Isto está dito no livro de Medicina, *Nin King*, escrito por Pien Tsio 500 anos A.C.

Khi Pa, médico do Imperador Hoang-Ti (2698 a 2598 A.C.), autor do *Nei King*, o mais antigo tratado de Medicina, já havia escrito antes: "Uma pessoa sensata não espera que os homens fiquem doentes para tratá-los, mas os guia quando eles estão com saúde, fazendo-os seguir certos preceitos; dêste modo os conserva saudáveis".

George Beau, tecendo comentários sobre a medicina chinesa, menciona: "O chinês antigo pagava seu médico para lhe conservar saudável. Havia uma sanção quando ele faltava ao seu dever: o cliente deixava de pagar-lhe seus honorários e o médico era obrigado a presenteá-lo com os medicamentos".

A medicina chinesa era primordialmente preventiva.

Na nossa época, o conjunto de atividades que tem por objetivo específico a proteção, manutenção e recuperação da saúde, seja por intermédio de ação dirigida ao indivíduo ou à coletividade, que pode servir para definir os Serviços de Saúde Pública, tem de ser uma das atribuições dos estados modernos. As ações de prevenção e tratamento das enfermidades e de promoção da saúde devem ser incorporadas ao processo geral de desenvolvimento. A saúde já é em si um bem para os seres humanos, porém é ao mesmo tempo instrumento que contribui para a economia, o desenvolvimento e o bem-estar coletivo.

A medicina moderna tem a missão de "dar à humanidade alguma orientação sobre os problemas criados pelas reações do corpo e da mente à civilização tecnológica. O homem sente-se ameaçado e ameaçado está, com efeito, pela cisão que se produziu entre a vida e as condições e ciclos naturais que determinaram a evolução humana; pela exposição constante e inevitável aos estímulos da civilização urbana e industrial; pela contaminação do ambiente, intensa e variada; pelo trauma emocional e, com freqüência, pela solidão do indivíduo nas cidades congestionadas; pela monotonia, o tédio, o ócio compulsório imposto pela automatização do trabalho. São estas as verdadeiras raízes da maioria dos problemas médicos.

As alterações do corpo e da mente não passam, em grande medida, de reações canhestras às influências do ambiente.” (René Dubos) .

A saúde, parece-nos, resulta de um diálogo entre ciências e humanidades. Temos de obtê-la adequando o conhecimento e a técnica à conduta, às atividades e às crenças predominantes, como parte de um processo de interação de fatores de ordem ecológica, econômica e cultural. Cabe-nos motivar e persuadir, nunca impor e coagir.

O Dr. Edmar Terra Blois, há alguns dias, numa mesa redonda, da qual participou a Dra. Helen Martikainen, assim se exprimiu:

“O tipo de saúde que os homens mais desejam não é, forçosamente, um estado em que experimentem vigor físico e sensação de bem-estar, nem mesmo um estado que lhes proporcione vida longa. É, antes, a condição mais apropriada para alcançar as metas que cada indivíduo fixa para si próprio. Habitualmente, essas metas não têm relação com a necessidade biológica; às vezes, na verdade, são a antítese da utilidade biológica. Com maior freqüência, a procura da saúde e da felicidade é norteadas por urgências que são sociais, mais que biológicas; urgências tão peculiares ao homem que nem mesmo têm significação para outros seres vivos, porque destituídas de importância para a sobrevivência do indivíduo ou das espécies.”

“Todos os homens, independentemente de sua origem, têm fundamentalmente a mesma constituição biológica, as mesmas necessidades fisiológicas e as mesmas reações; no entanto, malgrado essa uniformidade biológica, suas doenças e suas necessidades médicas diferem profundamente, segundo seus “habitats”, instituições sociais e meios de vida. Todos quantos nos preocupamos com os problemas da saúde e da doença devemos portanto ter em mente tanto os aspectos universais da biologia humana quanto à diversidade social dos problemas médicos”. (René Dubos). O contraste é grande entre os problemas sanitários mais freqüentes nas comunida-

dos rurais pobres e os que surgem agora nas aglomerações industriais prósperas.

Sob o ponto de vista do trabalhador de Saúde Pública, o homem deve ser considerado mais um produto de seu ambiente do que de seus dotes genéticos. A saúde do povo é determinada não por sua raça, mas por suas condições de vida.

"Independentemente da raça e do clima, a incidência da maioria das doenças nutricionais, infecciosas e mesmo degenerativas está estreitamente relacionada com a situação econômica. Com efeito, os fatores sociais são de importância tão óbvia como causa e controle das doenças que muitos sociólogos até mesmo médicos estão inclinados a acreditar que as reformas políticas e sociais são a maneira mais acertada de melhorar a saúde das populações destituídas de recursos". (René Dubos: *O Homem e seu Ambiente*).

Mas as medidas políticas e sociais não surtem efeito quando lhes falta a base de informação científica apropriada.

"O controle das doenças diarreicas constitui, por exemplo, problema em que a ação social pode falhar se não estiver guiada pela compreensão científica da etiologia. Existe de certo razão de sobra para acreditar que os processos infecciosos representam papel importante na maioria das perturbações intestinais. Por esta razão, é comum supor que programas médicos destinados ao seu controle devem ser baseados na ampla distribuição de medicamentos e vacinas contra organismos patogênicos como as shigelas, as salmonelas, as amebas ou os vírus entéricos. Baseados nessa pressuposição, realizam-se, com efeito, vastas e dispendiosas campanhas de saúde pública. A verdade, porém, é que a etiologia das doenças diarreicas não está de modo algum esclarecida. As medidas profiláticas e terapêuticas baseadas nesses conhecimentos inadequados têm no máximo pequena utilidade; e em muitos casos são de fato mais nocivas que benéficas. Há com efeito indícios de que o melhoramento geral da dieta, a observação de técnicas mais corretas na alimentação e no cuidado dos lactentes e simplesmente abundância de água seriam medidas

muito mais eficazes e menos dispendiosas no contrôlo de muitas perturbações intestinais que a profilaxia e o tratamento mediante drogas e vacinas”.

A menos que a estruturação social seja orientada por conhecimentos adequados, as regiões em processo de desenvolvimento se transformarão em mal desenvolvidas. Nelas se instalarão as horríveis condições que prevalecem agora nos centros industriais poluídos, congestionados e desumanos. Será realmente uma tragédia se o crescimento técnico e econômico significar a substituição das doenças de escassez nas áreas subdesenvolvidas pelas doenças da abundância nos países desenvolvidos.

“O processo de modificação cria, êle próprio, problemas para a saúde, porque os adultos que têm que viver e agir em condições físicas e sociais profundamente distintas daquelas em que se desenvolveram experimentam, com freqüência, tensões fisiológicas e emocionais. A causa mais comum de doença no mundo moderno é provavelmente a incapacidade de atender com êxito às rigorosas exigências da adaptação às modificações da vida, porque essas modificações são agora tão freqüentes, tão rápidas”. Por essa razão, compreender os mecanismos da adaptação e desenvolver técnicas que a facilitem tornaram-se duas das mais graves responsabilidades dos homens de saúde pública.

É complexa a interação entre saúde do homem, a ação social e os conhecimentos biomédicos. A vida do homem, inclusive sua saúde, estão ligados à sua história e às suas estruturas sociais.

Alguém já disse, não sem razão: “O homem não tem natureza, êle tem história.”

Obstáculos imensos opõem-se a quem procura satisfazer às necessidades universais da natureza humana, obrigado a agir dentro das limitações impostas pelas estruturas social e histórica.

Nesta Casa se está procurando ensinar aos que por aqui passam que não se deixem desanimar pelas dificuldades.

O Dr. Edmar Terra Blois, da velha guarda dos sanitaristas de formação regular, em boa hora escolhido para presidir aos destinos da FENSP, tira das dificuldades incentivo para a luta e desta, inspiração para novas aventuras do espírito.

Sua crença na condição humana pode ser encarada como atitude de louco, mas desesperar dela lhe parece covardia.

DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS

O desenvolvimento dos recursos humanos é o processo de aumentar o conhecimento, as habilitações e a capacidade de todas as pessoas numa sociedade. Em termos económicos, de uma economia racionalista académica, poderia ser considerado como "acumulação de capital humano e seu investimento profícuo no desenvolvimento de uma economia". Visto deste modo, o homem seria um animal que não vive, mas se assiste a viver através de uma máquina infernal chamada lógica. E os produtos desta máquina são conceitos, e não homens.

Mas se levarmos em conta os aspectos social, cultural e político do desenvolvimento dos recursos humanos, devemos ter em vista alargar os horizontes do povo e prepará-lo para a participação nos processos políticos, para a mudança, visando a uma sociedade melhor, na qual possa usufruir vida mais rica.

A nosso ver, é incorreto colocar o problema do desenvolvimento dos recursos humanos apenas como o de maximizar a contribuição do homem na criação de bens e serviços produtivos.

Por outro lado, a educação para promoção da liberdade, dignidade e valor do homem são objetivos legítimos, mas exprimem apenas parte das aspirações das sociedades modernas.

A abordagem puramente humanística, assim como a abordagem puramente económica do problema é igualmente incorreta.

MODOS DE DESENVOLVER OS RECURSOS HUMANOS

É inegável que as melhorias em matéria de nutrição e de saúde da população trabalhadora resultam em aumento da capacidade de trabalho do povo e do período de sua utilização. Os assuntos são correlatos e tanto podem ser causa como efeito de desenvolvimento econômico. Mas, estudar o tema sob este aspecto, nos afastaria da incumbência que aceitamos.

Não há dúvida que melhorias na saúde do povo são obtidas com a execução de melhores programas de saúde. E para a elaboração dos programas e sua execução há necessidade de pessoal de vários níveis corretamente preparados.

De muitos modos se desenvolvem os recursos humanos. O mais óbvio é através da educação formal: primária, média (aí compreendida, a secundária) e a superior. Em segundo lugar, os recursos humanos são também desenvolvidos no emprêgo, por intermédio de programas de treinamento sistemáticos, nas instituições empregadoras; nos programas de educação para adultos e através da participação em vários grupos: políticos, sociais, religiosos e culturais. Um terceiro processo é o do autodesenvolvimento, em que os indivíduos procuram adquirir maior experiência, habilitação ou capacidade por iniciativa própria: em cursos normais ou por correspondência, através de leituras ou em contatos informais com outros. A motivação para o autodesenvolvimento está relacionada com os valores sociais da comunidade e com os incentivos para o treinamento e ingresso numa ocupação em contraposição a outra, bem como para o aprendizado de novas habilitações.

A acumulação de capital humano pode ter início com a educação formal, mas não termina aí. — Trata-se de um processo contínuo, por toda a vida, e o conhecimento e as habilitações adquiridos no emprêgo são as mais das vezes tão valiosos quanto os adquiridos na escola.

ENSINO TÉCNICO E PROFISSIONAL

Há quem acredite ser possível tornar o homem eficiente e operoso, proporcionando-lhe apenas as possibilidades de adquirir e desenvolver "habilidades". A técnica é indiscutivelmente necessária, mas a inteligência formada no trato dos problemas gerais, enriquecida pelo chamado conhecimento não útil, o saber gratuito que não serve para nada, permite uma melhor capacitação técnica e uma visão mais ampla da realidade.

O Ensino Técnico "deve ultrapassar uma simples preparação para o exercício de uma profissão determinada, que vise exclusivamente a dotar o estudante das competências e conhecimentos teóricos estritamente necessários para este efeito; ele deverá, conjuntamente com o ensino geral, assegurar o desenvolvimento da personalidade, do caráter, das faculdades de compreensão, de julgamento, de expressão e de adaptação. Para este fim, é conveniente elevar o conteúdo cultural do ensino técnico e profissional a um nível tal que a especialização inevitável não impeça a expansão de interesses mais vastos." (Recomendação sobre Ensino Técnico e profissional da Conferência Geral UNESCO, Paris, 12.12.62).

DEFINIÇÕES

A terminologia com que se designam os trabalhadores que operam no campo de saúde pública não é uniforme; é importante, portanto, precisar a que vai ser utilizada neste estudo, a fim de evitar confusão.

Pela expressão "pessoal de nível médio e auxiliar", constante do temário da Conferência, deve-se entender os trabalhadores que atuam como técnicos, sem terem uma preparação profissional de nível superior. E, daqui por diante, usaremos apenas a expressão *pessoal auxiliar* para designar os trabalhadores que, sem possuírem todos os títulos profissionais exigidos em uma especialidade determinada, colaboram com um profissional (trabalhador de nível superior) e

atuam sob sua direção. (*Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar — Tercer Informe — Ginebra, OMS, 1956*).

Circunstâncias existentes podem exigir que o *peçoal auxiliar* trabalhe sem a supervisão imediata de um profissional.

Os tipos de auxiliares são muito variados, para que seja possível examiná-los detidamente no decurso desta exposição relativamente breve. De acôrdo com o grau de instrução geral exigido para sua formação técnica, achamos conveniente classificá-los em duas grandes categorias: *peçoal auxiliar de nível médio e peçoal auxiliar de nível elementar*. A primeira categoria comportando os trabalhadores dos quais, para sua formação, se exija instrução geral equivalente ao ensino secundário e na segunda, que a exigência seja a instrução primária.

NECESSIDADE DE PESSOAL AUXILIAR NOS PROGRAMAS DE SAÚDE

Nos países em desenvolvimento o emprêgo de peçoal auxiliar é uma necessidade. A formação do peçoal profissional tende a tornar-se mais demorada e, por isso, mais dispendiosa. Agrava esta situação a necessidade de instituições e equipamentos cada vez mais custosos. As despesas com a formação de peçoal profissional podem ser mais onerosas do que os países subdesenvolvidos possam pagar.

As dificuldades na expansão rápida da formação de peçoal profissional, para os programas de saúde pública, resultarão no rebaixamento do nível do ensino. Esta perspectiva aconselha o emprêgo de peçoal auxiliar para substituir, em parte, os profissionais, além de desempenhar as valiosas funções que lhe são próprias.

É claro que peçoal profissional de alto nível somente pode ser formado em número adequado às necessidades, onde haja uma população educada. A educação geral está íntima-

mente relacionada com a qualidade dos serviços de saúde e do pessoal que necessitam.

Além disso, a experiência adquirida nos países adiantados comprova que o aumento do pessoal profissional não diminui o emprego de auxiliares; é o contrário o que ocorre, havendo motivos para admitir que a necessidade do pessoal auxiliar tende a aumentar.

Outra razão aconselha o emprego de pessoal auxiliar: a resistência dos profissionais a trabalhar nas zonas rurais, sem comodidade, e atrativos.

POSIÇÃO SOCIAL DOS AUXILIARES

O emprego de auxiliares em boas condições e a qualidade de seu trabalho não dependem só de cuidado na sua formação, dependem também da adequada situação em que sejam colocados, em relação aos profissionais, na hierarquia do serviço e da condição social que recebam da comunidade onde operam.

As questões de terminologia têm particular importância para a condição social dos auxiliares. Quanto possível, deve-se evitar o uso da palavra "auxiliar" ou equivalente, que pode rebaixar a consideração do trabalhador na coletividade.

Lembramos o vocábulo "técnico" cujo uso vem se generalizando para designar o trabalhador de nível médio com formação técnica teórica e prática.

FUNÇÕES DOS AUXILIARES

O emprego do pessoal auxiliar subordina-se a dois princípios: o de substituição e o de supervisão.

Onde não fôr possível utilizar profissionais de saúde de formação completa para realizarem os serviços que a população precisa, ou porque o custo de sua formação é elevado, ou porque o tempo necessário para sua preparação é excessivamente longo, ou por razões sócio-culturais, trabalhadores

de níveis mais baixos devem ser formados, e utilizados em *substituição* àqueles.

Em alguns casos os trabalhadores auxiliares devem trabalhar sob supervisão. A imposição de sistema de supervisão a um corpo de trabalhadores significa que eles fazem parte de uma instituição. No caso dos trabalhadores de saúde, a implicação é que eles operem como assalariados dentro de uma organização de saúde, em vez de por iniciativa privada.

É admissível advogar que os trabalhadores auxiliares de saúde devem somente ser utilizados dentro de serviços e não lhes seja permitido se dedicarem à iniciativa privada. Mas, também, não é absurdo pensar que, em certas circunstâncias, é possível utilizar auxiliares dos mais altos escalões em substituição aos profissionais.

“Não se ajusta, a bom critério econômico, o emprego de um pessoal que recebeu uma preparação superior em tarefas apropriadas à capacidade de auxiliares. Convém contar com auxiliares preparados que possam aplicar técnicas simples e encarregar-se do diagnóstico e tratamento das enfermidades benignas, quando não requeiram necessariamente a intervenção do médico”.

Como é pessoal auxiliar que tem contato mais direto com a população, é importante que eles saibam captar e aproveitar sua ajuda para melhorar a situação em matéria de higiene pessoal e do meio, saneamento, nutrição, etc. Quer isso dizer que o trabalhador auxiliar de saúde pública deve exercer a função de educador, por isso que a educação tem mais eficácia quando acompanhada pela prestação imediata de um serviço.

FORMAÇÃO DE PESSOAL AUXILIAR

É necessário que se fixe com nitidez a qualidade do pessoal auxiliar de que precisa a saúde pública, que se estime o seu número ao planejar o desenvolvimento dos programas e que os meios sejam providenciados para a formação do pessoal conveniente.

Não é necessário que o auxiliar desempenhe funções de um profissional, porém suas tarefas devem ter bastante alcance para dar-lhe o sentido da própria responsabilidade e da dignidade de seu emprêgo e para assegurar-lhe, no serviço, uma consideração pessoal bem definida.

Ponto importante na formação do trabalhador auxiliar é o do recrutamento dos elementos a serem preparados. É necessário atrair a juventude com educação formal, para uma carreira humanitária em competição com outros meios de existência, que oferecem maiores vantagens materiais.

Duas correntes distintas podem ser identificadas entre os profissionais de saúde pública, quanto à formação de pessoal auxiliar.

Uma delas, de orientação tecnológica, em face das necessidades imediatas e urgentes de pessoal auxiliar de todos os níveis, para os programas de saúde, e o alto custo de uma relativamente longa formação completa do pessoal *técnico* (nível médio), dentro das *Diretrizes e Bases da Educação Nacional*, advoga o treinamento em serviço ou em instituições de ensino especializado, de preferência nas regiões onde deve ser utilizado, sem dar maior importância à instrução básica dos candidatos.

A outra, com objetivos humanísticos mais acentuados, sem menosprezar o preparo técnico, prefere a formação regular de *técnicos* como está prevista na legislação vigente (*Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*), abrindo ao pessoal auxiliar as possibilidades de uma futura formação superior.

Nada impede, porém, que as duas modalidades de formação de pessoal auxiliar de saúde sejam simultaneamente postas em prática.

Quanto ao treinamento de pessoal de Saúde Pública, o acúmulo de experiência do FSESP e de vários Serviços do Ministério da Saúde é respeitável, e seu estudo não poderá ser relegado, quando os participantes da Conferência examinarem o problema.

Cabe aqui ressaltar o trabalho do Dr. Marcolino Candau, atual Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde, e, no início dos trabalhos do SESP, Diretor do Programa de Educação Médica, principalmente de pessoal profissional.

A formação regular de *técnicos* está prevista nos artigos 34 e 47 da LDB e é uma das atribuições conferidas à Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública; na legislação que a criou e a rege, consta um *Colégio Técnico* entre seus estabelecimentos de ensino. A alta administração da FENSP ainda não o pôs em funcionamento, em virtude, dos seus escassos recursos para atender às urgências de pessoal de alto nível da Saúde Pública, mas não desprezou o preparo de pessoal auxiliar em cursos breves.

E sobre este assunto, não é fora de propósito que se faça menção à decisão do Conselho Federal de Educação. De acordo com parecer do Prof. Roberto Santos, decidiu:

1. Não cabe registro, no Ministério de Educação e Cultura, dos certificados de conclusão dos cursos de visitadora sanitária e inspetor de saneamento, nos moldes em que vinham sendo ministrados na Escola Nacional de Saúde Pública;

2. Que, tendo em vista a grande carência, em todo o país, de pessoal técnico de nível médio indispensável às atividades de Saúde Pública, estude a Câmara de Ensino Primário e Médio a conveniência da elaboração de currículos em novos moldes, os quais permitam a caracterização desses cursos como "cursos técnicos de nível médio".

Submetemos à consideração dos Srs. participantes desta Conferência e solicitamos que façam suas as seguintes indicações:

1. Da necessidade de funcionarem estabelecimentos de ensino técnico, que não ministrem instrução secundária geral.

2. Cursos técnicos de nível médio devem ser realizados em conexão com o secundário colegial, seja simultaneamente, seja sucessivamente, de tal modo, entretanto, que nunca o estabelecimento de ensino técnico, que não ministre ensino

secundário geral, possa fazer a entrega de seu diploma a quem ainda não seja portador do título de conclusão do ciclo colegial secundário.

E, *data venia*, avançamos nossa opinião particular sobre a preferência do ensino técnico simultâneo com o ciclo colegial. Dêste modo, o requisito básico para a formação técnica ficará mais distante da exigida para o ingresso nas escolas de formação superior.

B. PERGUNTAS FORMULADAS AOS GRUPOS

Tópico 2

1. De que categorias de pessoal auxiliar de nível médio e elementar necessita o país para seus programas de saúde e como prepará-lo, considerando as exigências da Lei de Diretrizes e Bases da Educação?
2. As informações existentes revelam as disponibilidades e o rendimento desse pessoal ou há necessidade de levantamentos especiais? Neste caso, como orientar o preparo desse pessoal para atender às demandas da problemática de saúde nacional?
3. Está o país, neste momento, preparado para treinar esse pessoal de modo a atender, quantitativa e qualitativamente, às suas necessidades? A preparação desse pessoal deve ser de responsabilidade dos serviços de saúde ou de estabelecimentos especialmente destinados a esse fim? Que participação devem ter as Escolas de Saúde Pública na preparação de pessoal de nível médio?
4. O pessoal auxiliar deve ter treinamento orientado estritamente para a execução das tarefas que lhe serão atribuídas ou é indispensável dar-lhe outros conhecimentos além dos que necessita para desempenhar essas tarefas?

C. RESPOSTAS À 1.^a PERGUNTA

1.^a PERGUNTA: *De que categorias de pessoal auxiliar de nível médio e elementar necessita o país para seus programas de saúde e como prepará-lo, considerando as exigências da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional?*

R E S P O S T A S

GRUPO 1

O grupo reconheceu a necessidade de aproveitamento de pessoal em três categorias distintas: Técnico, Auxiliar e Leigo, de níveis colegial e ginásial. A título de exemplificação, apresentou uma distribuição tentativa de algumas funções específicas:

Técnico de:

- Enfermagem
- Laboratório
- Raios X
- Administração
- Fisioterapia
- Saneamento (Inspetor)

Auxiliar de:

- Enfermagem
- Obstetriz
- Saneamento e de Sistemas de Água e de Laboratório
- Dentista

Leigo

Atendente

Parteira

Visitadora Sanitária

Na formação desse pessoal, o grupo ressaltou a importância de se promover o treinamento em serviço e, sempre que possível, na própria área de ação do indivíduo. Chamou ainda a atenção para a possibilidade de entrosamento com o sistema educacional primário e médio, para o aproveitamento da grande massa estudantil que abandona precocemente os estudos e que poderia ser treinada: a) para o nível de *Leigo*, cursando concomitantemente o primário; b) para o nível de *Auxiliar*, fazendo o ciclo ginásial; e c) para o nível de *Técnico*, durante o ciclo colegial.

GRUPO 2

O grupo aceita as definições propostas pelo expositor do tema *Pessoal de Nível Médio e Auxiliar*, que designa Pessoal Auxiliar como os trabalhadores que, sem possuírem todos os títulos profissionais exigidos em uma especialidade determinada, colaboram com um profissional (trabalhador de nível superior) e atuam sob sua direção. Compreende-se como Auxiliar, de acordo com a sua formação básica, o pessoal de nível médio e de nível elementar.

As necessidades, para a execução dos programas de saúde, de pessoal auxiliar de nível médio e elementar, conforme a definição acima apresentada, são enormes. Podem-se apontar prioritariamente: Técnico de Enfermagem, Técnico de Laboratório, Técnico de Saneamento, Técnico Dietista, Técnico de Raios X, e mais aqueles que as necessidades indicarem.

Considerando as condições de deficiência de pessoal de saúde e de urgência para o seu provimento, em que se encontra atualmente o Brasil, o grupo recomenda que se apresse o preparo dele com a plena utilização das prerrogativas consignadas na *Lei de Diretrizes e Bases*, quer nos Colégios Téc-

nicos ligados às Universidades ou Escolas de Saúde Pública, quer no ensino técnico dos estabelecimentos de ensino médio, previstos nos Artigos 34, 47 e 104 da referida Lei.

GRUPO 3

Os programas de saúde necessitam de várias categorias de pessoal auxiliar de nível médio e elementar, para dar continuidade ao trabalho do pessoal de nível superior, sabidamente em número reduzido e de elevado custo operacional.

Embora reconhecendo que as diferentes categorias terão importância maior ou menor, dependendo dos programas, deu-se ênfase especial a: Técnico de Laboratório, Auxiliar de Enfermagem, Visitadora Sanitária, Inspetor de Saneamento, Técnicos ligados à operação e manutenção do sistema de águas e esgotos e às chamadas Atendentes. A formação do pessoal, na dependência das categorias e necessidades dos programas, será feita através de ensino sistematizado ou simples treinamento.

GRUPO 4

A determinação de categorias de pessoal de nível médio e elementar, de que necessita o país, dependerá dos tipos de programas e das metas, que estarão limitados às possibilidades reais de pessoal.

GRUPO 5

O país necessita, com urgência, de pessoal de nível não superior, distribuído em três categorias: técnico, auxiliar e elementar. Poderão êsses exercer atividades auxiliares de saneamento do meio, assistência odontológica, enfermagem, medicina preventiva, laboratório e atividades administrativas. Para prepará-los, faz-se mister estimular os cursos de formação básica, orientados para o trabalho, no sentido de conferir, em cada etapa da seqüência educacional — primário-elementar, ginasial-auxiliar e colegial-técnico —, uma capacitação profissional.

GRUPO 6

Categorias de pessoal auxiliar, de nível médio e elementar, necessário ao trabalho de saúde pública no país:

A — *De Saneamento*

- Nível médio
 - Inspetor de Saneamento
 - Técnico de Laboratório de Estação Tratamento
 - Operador de Estação de Tratamento
- Nível elementar
 - Auxiliar de Saneamento
 - Auxiliar de Operador de Estação de Tratamento

B — *de Enfermagem*

- Nível médio
 - Técnico de Enfermagem
 - Auxiliar de Enfermagem
- Nível elementar
 - Visitadora Sanitária
 - Atendente

C — *De Estatística*

- Nível médio
 - Auxiliar de Estatística

D — *De Raios X*

- Nível elementar
 - Operador de Raios X

E — *De Serviço Social*

- Nível médio
 - Auxiliar de Serviço Social

F — *De Laboratório de Análises Clínicas*

- Nível médio
 - Técnico de Laboratório
- Nível elementar
 - Auxiliar de Laboratório

GRUPO 7

O grupo considerou que as necessidades do pessoal auxiliar dos níveis médio e elementar são particularmente evidentes nos campos do Saneamento e da Enfermagem. As

necessidades prementes ao desenvolvimento dos programas de saúde tornam necessária a preparação desse pessoal em diferentes gradações, tanto no nível médio quanto no elementar.

GRUPO 8

As categorias de pessoal auxiliar, de nível médio e elementar, dependem basicamente da programação de saúde; entretanto, algumas categorias são consideradas necessárias, dada a universalidade de sua atualização:

- Nível médio* — Auxiliar de Enfermagem
- Inspetor de Saneamento
- Visitadora Sanitária
- Técnico de Laboratório
- Nível elementar* — Atendente
- Auxiliar de Saneamento
- Vacinador

Recomenda-se que o preparo do pessoal auxiliar deve ser feito preferentemente em cursos de adequação, desenvolvidos em estabelecimentos de ensino ou instituição de saúde.

GRUPO 9

O país necessita preparar pessoal de nível médio e elementar de diversas categorias, para a execução das tarefas específicas que lhes correspondem na execução dos programas de saúde, sem, entretanto, aumentar demasiadamente o número destas categorias e a sua diversificação.

GRUPO 10

O grupo, tentando discriminar as categorias necessárias, reconhece a necessidade de se padronizar a nomenclatura existente, a fim de possibilitar a sua classificação, por níveis e por setores.

Objetivando institucionalizar a padronização desejada, o grupo propõe a seguinte classificação:

	<i>Enfermagem</i>	<i>Saneamento</i>	<i>Odontologia</i>	<i>Auxiliar Diag. Auxiliar Laboratório</i>
<i>Ciclo médio</i>	Técnico	Auxiliar Engenheiro	—	Laboratorista Técnico exame
<i>Ciclo primário ou elementar</i>	Auxiliar Visi- tadora	Inspetor	Auxiliar Higiene Dental	Auxiliar Laboratório
	Atendente ou equivalente	Auxiliar Saneamento	Atendente Higiene Dental	—
	Todos terão:			
	Atividades de Ensino			
	Atividades de Administração			
	Atividades de Execução: a) simples			
	b) subordinadas			

A preparação de pessoal das categorias de nível médio, regulamentada conforme prevê o parágrafo único do Art. 47 da *Lei de Diretrizes e Bases*, poderá, atendendo às necessidades regionais ou locais, ser realizada:

- a) em instituições especializadas;
- b) em ginásios e colégios técnicos;
- c) em cursos especializados que incluam disciplinas dos cursos ginásial e colegial;
- d) em serviço a nível local — para treinamento do pessoal elementar.

Básicamente, as categorias de pessoal de nível médio e elementar seriam as existentes em nosso país.

156

márias, no desempenho de suas atribuições, cooperarem e desenvolverem atividades ligadas a certos aspectos da saúde.

Dados os aspectos mais evidentes da realidade nacional, o grupo opina pela intensificação da formação de pessoal auxiliar, utilizando-se preferivelmente de órgãos de saúde e elementos locais, mesmo de nível primário, até que as condições econômico-sociais do país permitam a adoção das recomendações da *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*.

GRUPO 12

As categorias de pessoal de nível médio e elementar de que o país necessita, no campo da saúde, são:

- a) as que exercem atividades visando ao indivíduo: auxiliar de enfermagem, atendente, prático de laboratório, técnico de laboratório, prático de Raios X, operador de Raios X;
- b) as que exercem atividades visando ao meio ambiente: guarda sanitário, inspetor de saneamento, operador de estação de tratamento.

GRUPO 13

O grupo considera:

- 1) *Pessoal auxiliar de nível médio* aquele constituído de pessoas que são preparadas através de cursos regulares que as qualificam para o exercício de determinadas funções em três áreas principais:
 - a) atenção médica (auxiliares de enfermagem e outros);
 - b) programas de saúde do ambiente (auxiliares de saneamento e outros);
 - c) tarefas específicas (manipuladores de radiologia, técnicos de laboratório e outros).

- 2) *Pessoal auxiliar de nível elementar* é aquele constituído de pessoas recrutadas normalmente, recebendo instrução ou preparação de preferência no serviço ou em zona onde vão atuar, e que realizam tarefas específicas ou indiferenciadas.

GRUPO 14

Atendendo às peculiaridades e exigências regionais, o grupo considera que há necessidade de pessoal auxiliar com características polivalentes e cujas funções podem ser distribuídas para atividades de:

a) nível médio

- Enfermagem
- Saneamento (compreendendo controle de alimentos)
- Estatística
- Administração

b) nível elementar

- Enfermagem
- Saneamento
- Serviços para diagnóstico (laboratório, RX, etc).
- Estatística

GRUPO 15

O grupo chegou à conclusão de que, para as diferentes categorias profissionais, há necessidade de pessoal de diferentes níveis. Embora reconheça que, a longo prazo, seja recomendável situar a formação de pessoal auxiliar nos níveis médio e técnico, preconizados pela *Lei de Diretrizes e Bases*, reconhece também que haverá necessidade ainda, pela própria limitação dos recursos econômicos, de elementos auxiliares de nível elementar, em grande escala.

GRUPO 16

Cabe a cada categoria profissional determinar qual o tipo de pessoal auxiliar que mais lhe convém.

A experiência de vários serviços do Ministério da Saúde poderá servir de ponto de partida para essa determinação.

De modo geral, parece recomendável que o auxiliar seja um generalista antes de se diversificar. Devem ser oferecidos cursos regulares para o treinamento desse pessoal. Outros cursos ocasionais devem ser ministrados para atender às necessidades de pessoal diversificado.

Assim, podem ser os auxiliares classificados nas seguintes categorias:

- a) *nível elementar* — os que tenham completado o curso primário;
- b) *nível médio, 1.º ciclo* — os que tenham concluído o primeiro ciclo do curso secundário ou equivalente;
- c) *nível médio, 2.º ciclo* — os que tenham concluído o curso secundário ou equivalente.

GRUPO 17

As categorias de pessoal auxiliar de nível médio e elementar de que o país necessita para os seus programas de saúde são:

Nível médio — Visitadora Sanitária, Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Engenheiro (Inspetor de Saneamento), Auxiliar de Estatística, Administrador para pequenos hospitais, Técnico de Raios X, Técnico de Laboratório, Auxiliar de Higiene Dental, Coordenador Escolar de Saúde.

Nível elementar — Guarda Sanitário e todo o pessoal que, em programa de saúde, prestar serviço de natureza elementar.

O pessoal de nível médio deverá ser preparado, pelas Escolas de Saúde Pública, Escolas de Enfermagem e pelos Serviços de Saúde Pública, obedecendo às normas emanadas do Ministério da Saúde. A preparação do pessoal de nível elementar ficará a cargo dos próprios órgãos interessados.

C. RESPOSTAS À 2.^a PERGUNTA

2.^a PERGUNTA: *As informações existentes revelam as disponibilidades e o rendimento desse pessoal ou há necessidade de levantamentos especiais? Neste caso, como orientar o preparo desse pessoal para atender às demandas da problemática de saúde nacional?*

RESPOSTAS

GRUPO 1

a) Não. As informações existentes são falhas e incompletas, não permitindo qualquer conclusão válida sobre as condições de trabalho do pessoal auxiliar.

b) Sim. É necessário um levantamento especial para o conhecimento do número, das atribuições e qualificações do pessoal auxiliar empregado nas atividades de saúde, em estudo que deverá correr paralelamente ao levantamento de recursos humanos para o setor saúde, referido no Tópico 1.

c) Fazendo recrutamento local e regional para atendimento da demanda dos serviços situados na área, e orientando os serviços de saúde locais para treinamento em serviço ou associado à formação escolar.

GRUPO 2

Pelo consenso geral do grupo, fica reconhecida a necessidade de estudos especiais para a determinação, mais precisa possível, das disponibilidades quantitativas e qualitativas de pessoal de saúde de nível médio e elementar.

Recomendou também o grupo que os órgãos locais de saúde dessem ênfase ao preparo permanente de pessoal auxiliar de nível elementar, a fim de melhor atender às necessidades de momento das nossas realidades periféricas.

GRUPO 3

Não. O preparo deve ser orientado no sentido dos cursos de formação, de adequação e de aprimoramento. Ter-se-á sempre em conta a realidade econômico-social, com vistas ao desenvolvimento do país.

GRUPO 4

a) Não.

b) Sim, desde que, paralelamente, se instale um sistema permanente de informação sobre recursos humanos, em função das necessidades administrativas e de programação.

GRUPO 5

Não. Há necessidade de um censo de pessoal auxiliar, com informações sobre sua formação, capacitação para o trabalho, idade média, etc., além da avaliação dos cursos existentes e demanda do mercado de trabalho.

De acordo com os resultados desses estudos, dar-se-á ênfase aos aspectos julgados prioritários, não só do ponto-de-vista quantitativo, como do ponto-de-vista qualitativo (revisão de currículos).

GRUPO 6

Sem resposta.

GRUPO 7

O grupo considerou a inexistência de conhecimentos suficientes para se estabelecerem as disponibilidades e rendimentos desse pessoal, convindo na necessidade de levanta-

mentos especiais, do mesmo tipo dos recomendados nas conclusões da 2.^a Resposta ao Tópico 1. Para a adequação do seu preparo, devem ser observadas as problemáticas regionais e locais.

GRUPO 8

a) O grupo reconhece que há necessidade de levantamentos periódicos para o conhecimento das disponibilidades e do rendimento desse pessoal, objetivando principalmente a sistematização da nomenclatura funcional, bem como o estudo das atribuições e a avaliação objetiva do rendimento do trabalho, já que as informações disponíveis são deficientes.

O grupo foi unânime em salientar a importância da contribuição do pessoal auxiliar, desde que devidamente preparado e supervisionado.

b) O preparo do pessoal auxiliar deverá ser feito através de cursos de adequação descentralizados, obedecendo sempre que possível a recrutamento loco-regional.

GRUPO 9

Não existindo informações completas sobre as disponibilidades e o rendimento desse pessoal, a sua preparação qualitativa e quantitativa estaria condicionada aos resultados dos levantamentos especiais que mostrem a realidade nacional nesses aspectos.

A atualização do pessoal existente, aumentando seu rendimento de trabalho, poderia influir sobre o número de pessoal novo a preparar.

GRUPO 10

Há carência de informações sobre a disponibilidade e rendimento desse pessoal, havendo portanto necessidade de levantamentos especiais para dinamizar o processo de planejamento.

GRUPO 11

Admite-se a necessidade de levantamentos especiais.

O preparo do pessoal deve ser efetuado de acôrdo com as condições regionais e ter em vista a disponibilidade de pessoal local.

GRUPO 12

Há necessidade de levantamentos especiais para a verificação das necessidades e rendimentos desse pessoal.

A orientação para o preparo desse pessoal deve ter por base as necessidades das áreas programáticas, com o recrutamento, a seleção e o treinamento locais, sempre que possível.

GRUPO 13

Existem informações esparsas, muitas delas pouco atualizadas, que revelam as disponibilidades desse pessoal em certos setores. Muito mais restritas são as informações sobre o rendimento do mesmo. Por isso, há necessidade de levantamentos que atualizem o conhecimento dessas disponibilidades e permitam avaliar o rendimento desse pessoal.

Apesar da limitação das informações, o grupo ressalta que há extensas áreas do país que se ressentem da falta de qualquer atenção médico-sanitária, recomendando-se por isso mesmo um esforço maior por parte da administração pública, especialmente as autoridades sanitárias, a fim de preparar o pessoal auxiliar.

GRUPO 14

O grupo reconhece que as informações existentes não revelam disponibilidade e rendimento do pessoal, e que há necessidade de levantamentos especiais para sua determinação, orientados na dependência das características locais e das atividades a serem desenvolvidas.

GRUPO 15

Quanto à orientação do pessoal para o setor saúde, o grupo julga que o assunto deve ser encarado no sentido de atender a exigências mais significativas da problemática de saúde, adequando o profissional às solicitações de cada circunstância.

GRUPO 16

Pelas informações de que se dispõe atualmente, sabe-se que o pessoal auxiliar de saúde é precário em quantidade e qualidade. Há, entretanto, necessidade de levantamentos mais completos e perfeitos. Como consequência, seria recomendável a redistribuição do pessoal para atender melhor às necessidades dos programas de saúde pública e aos interesses pessoais. Esses levantamentos seriam procedidos e divulgados pelo Ministério do Planejamento.

Recomenda-se a organização de cursos para o aprimoramento do pessoal existente, de acordo com os interesses da política de saúde a ser adotada.

GRUPO 17

As informações existentes são precárias, exigindo a necessidade de um levantamento especial.

Para atender às demandas da problemática de saúde nacional, o pessoal deve ser preparado, em qualidade e quantidade, de acordo com os programas a serem executados, em nível regional e nacional.

C. RESPOSTAS À 3.^a PERGUNTA

3.^a PERGUNTA: *Está o país, neste momento, preparado para treinar esse pessoal de modo a atender, quantitativa e qualitativamente, às suas necessidades? A preparação desse pessoal deve ser de responsabilidade dos serviços de saúde ou de estabelecimentos especialmente destinados a esse fim? Que participação devem ter as Escolas de Saúde Pública na preparação de pessoal de nível médio?*

RESPOSTAS

GRUPO 1

a) Não se conhecem com exatidão as possibilidades do país nesse particular; entretanto, é indiscutível a existência de recursos de treinamento potenciais, cuja ampla mobilização provavelmente poderá representar elemento decisivo para a consecução dos objetivos projetos. Experiências pregressas demonstraram, durante fases de utilização de treinamento no próprio campo de trabalho, possibilidades de aproveitamento superiores às supostas.

b) Todos os recursos devem ser mobilizados para tal treinamento, não havendo necessidade de implantação de estabelecimentos especiais para esse fim. A mobilização dos serviços de saúde, serviços de saneamento, instituições universitárias, etc., poderá, sem dúvida, fazer frente à atual demanda, desde que se adote o sistema de treinamento em serviço.

c) Não houve concordância dos participantes do grupo neste quesito. A maioria admitiu que a participação das Escolas de Saúde Pública devesse se concentrar no assessoramento aos serviços de saúde que pudessem dedicar-se ao treinamento, em serviço, do pessoal de nível médio.

Alguns dos membros, entretanto, insistiram que as Escolas de Saúde Pública podem e devem treinar pessoal de nível médio diretamente.

Os primeiros consideram que melhor aproveitamento das Escolas de Saúde Pública seria obtido pela intensificação dos trabalhos de pesquisa que permitissem, inclusive, assessorar os planejamentos regionais de saúde.

GRUPO 2

O grupo acredita em que o Brasil dispõe de condições para preparar o pessoal auxiliar de saúde de que necessita.

Todavia, esta preparação não está sendo realizada por motivos diversos, dos quais são citados: deficiência de conhecimento das reais necessidades das diversas categorias de auxiliares, falta de planejamento de preparação e de pronto aproveitamento do pessoal e falta de entrosamento e colaboração entre órgãos de diversas áreas administrativas que permitam o aproveitamento de possíveis instalações, equipamento, pessoal e tempo ociosos.

A responsabilidade de preparação desse pessoal deve ser dos serviços de saúde e de estabelecimentos de ensino médio nos seus diferentes escalões.

O nível médio deve ser preparado dentro de Universidades, Escolas de Saúde Pública e dos diversos tipos de estabelecimentos de ensino médio; o nível elementar deve ficar sob a responsabilidade também dos órgãos de saúde.

GRUPO 3

Não. Os cursos de formação seriam da responsabilidade dos estabelecimentos de ensino especialmente destinados a

êste fim. Os de adequação seriam da responsabilidade dos serviços de saúde, dando-se ênfase à regionalização. No entanto, as normas deverão ser centralizadas. As Escolas de Saúde Pública devem participar na elaboração das normas, ministração de cursos para o pessoal de nível médio e preparação de professôres e instrutores.

GRUPO 4

a) Não.

b) Reconhecendo que teòricamente a preparação dêsse pessoal deve ser de responsabilidade do setor educação, as necessidades urgentes aconselham que esta função seja assumida pelas instituições de saúde, de preferência de forma descentralizada.

c) As Escolas de Saúde Pública devem participar ativamente, estimulando, orientando e assessorando as instituições de saúde.

GRUPO 5

Não. A preparação dêsse pessoal deve ser não só de responsabilidade dos serviços de saúde, como também de estabelecimentos outros que puderem ser mobilizados para êsse fim, observadas as exigências regulamentares.

As Escolas de Saúde Pública devem sobretudo prestar assessoramento e assistência às instituições que promovem o treinamento de pessoal auxiliar.

GRUPO 6

Sem resposta.

GRUPO 7

O grupo considerou que o país não está preparado para treinar convenientemente êsse pessoal para o atendimento de suas crescentes necessidades, reconhecendo, no entanto, a

possibilidade de serem eficientemente mobilizadas para tal fim estruturas já existentes. A preparação do pessoal auxiliar deve ser realizada preferentemente de forma descentralizada. As Escolas de Saúde Pública poderão participar da preparação de pessoal de nível médio, prioritariamente no que diz respeito à orientação e assistência técnica a programas e cursos, inclusive na preparação de instrutores.

GRUPO 8

a) Apesar de o grupo reconhecer quais as necessidades, recomenda que todos os esforços devem ser empreendidos para a formação de pessoal auxiliar que atenda às exigências da programação de saúde.

b) A preparação de pessoal auxiliar deve competir tanto aos serviços de saúde quanto aos estabelecimentos especialmente destinados a êsse fim. Entretanto, o preparo do pessoal de nível elementar deve ser feito preferentemente na forma de treinamento em serviço.

c) A participação das Escolas de Saúde Pública na preparação de pessoal de nível médio deve ser, fundamentalmente, através de assistência técnico-didática, estudo de currículos, supervisão e formação de instrutores.

GRUPO 9

A preparação de pessoal de nível médio e elementar deve observar as normas gerais que, para êsse efeito, sejam aprovadas pelas repartições federais competentes, visando-se a sua uniformidade em todo o país.

O pessoal de nível elementar deve ser preparado, de maneira descentralizada, pelos próprios serviços federais, estaduais ou municipais de saúde, sem o caráter de improvisação, que rege atualmente a formação desse pessoal.

O ensino do pessoal de nível médio — de responsabilidade das escolas ou instituições de saúde pública ou de instituições similares — deve incutir interesse e aspirações de

ordem humanística, com a finalidade de formar técnicos conscientes, sem implicar, porém, extensão demasiada do período de sua formação.

GRUPO 10

a) Há uma modificação entre a estrutura educacional e as necessidades reais de treinamento, tanto do ponto de vista quantitativo quanto do qualitativo.

b) A preparação deverá ser feita tanto nos estabelecimentos especializados como em serviço, dependendo do tipo de treinamento exigido. (*Vide conclusão 2*)

c) Deverá ter participação decisiva pela promoção de colégios técnicos e de cursos especializados de nível médio, procurando atender à demanda existente, cabendo ainda dar assistência técnica a outros órgãos de ensino e treinamento. Será conveniente que as Escolas de Saúde Pública realizem pesquisas do mercado de trabalho de nível médio.

GRUPO 11

O pessoal necessário poderá ser preparado, dentro de um planejamento nacional ou regional, com o aproveitamento dos órgãos existentes ligados às atividades de saúde.

As Escolas de Saúde Pública atuariam no planejamento e na orientação curricular e, dentro das suas possibilidades, na cooperação financeira e assistência técnica. Participariam ainda no preparo do pessoal docente a ser utilizado na formação e treinamento do pessoal auxiliar, paralelamente à realização direta de cursos para a formação de pessoal auxiliar.

GRUPO 12

Não há, para o Brasil como um todo, condições, no momento, para treinar esse pessoal de modo a atender, qualitativa e quantitativamente, às suas necessidades, entre outros motivos, em face da escassez de pessoal docente.

A preparação desse pessoal deve ser da responsabilidade, de preferência, dos serviços de saúde.

As Escolas de Saúde Pública deverão participar, na preparação desse pessoal, com atividades de orientação, supervisão e avaliação.

GRUPO 13

Sem resposta.

GRUPO 14

- a) O país está aparelhado apenas em algumas regiões.
- b) A preparação do pessoal está na dependência dos programas de saúde a serem desenvolvidos e dos recursos disponíveis para treinamento.
- c) "Às Escolas de Saúde Pública caberá especialmente um papel complementar na formação de pessoal de nível médio e de acordo com as solicitações das entidades interessadas no nível regional ou local."

GRUPO 15

- a) O grupo opina que o país neste momento não está, se não em parte, preparado para treinar o pessoal de modo a atender às suas necessidades;
- b) Que a preparação deve ser da responsabilidade dos serviços de saúde e estabelecimentos especialmente destinados a esse fim, conforme o nível.

GRUPO 16

Não inteiramente, mas temos possibilidades para esse treinamento. É necessário, porém, ampliar os recursos já existentes, ao invés de criar novos.

Às Escolas de Saúde Pública caberá ministrar cursos de pós-graduação, participando, apenas, da formação de pessoal

de-nível médio, segundo ciclo. Os órgãos locais se encarregarão do treinamento de pessoal auxiliar de nível elementar.

GRUPO 17

O país, atualmente, não está preparado para atender à demanda de treinamento de pessoal, quantitativamente e qualitativamente, necessária às suas necessidades.

A preparação desse pessoal deve ser de responsabilidade dos organismos já supracitados.

Na preparação do pessoal de nível médio deverá haver participação mais ampla das Escolas de Saúde Pública.

C. RESPOSTAS À 4.^a PERGUNTA

4.^a PERGUNTA: *O pessoal auxiliar deve ter treinamento orientado estritamente para a execução das tarefas que lhe são atribuídas ou é indispensável dar-lhe outros conhecimentos além dos que necessita para desempenhar essas tarefas?*

RESPOSTAS

GRUPO 1

Sem resposta.

GRUPO 2

O grupo recomenda que o pessoal auxiliar de nível médio seja provido de uma faixa mais ampla de conhecimentos, além das necessidades básicas, para o pleno desenvolvimento de suas tarefas técnicas específicas. Estaremos, assim, abrindo novos horizontes a êsse pessoal, com o objetivo da *educação continuada*, tendo em vista o aperfeiçoamento ou aquisições de outras aptidões.

Ao pessoal auxiliar, de nível elementar, cabe uma preparação mais voltada à execução de tarefas mais simples.

GRUPO 3

O pessoal elementar deve ser treinado para a execução de tarefas específicas. O pessoal de nível médio deve receber conhecimentos adicionais a fim de que se sinta mais responsável pela sua missão no contexto geral.

GRUPO 4

De preferência o treinamento deve estar orientado tanto em função da atividade para a qual é preparado, como para permitir uma eventual "mobilização de função".

GRUPO 5

O grupo considera de todo desejável, embora não indispensável, que além das matérias de preparo específico sejam incluídas outras matérias em seu currículo, de modo a permitir o acesso posterior a outros níveis educacionais.

GRUPO 6

Sem resposta.

GRUPO 7

O treinamento do pessoal auxiliar elementar deve ser orientado estritamente para a execução das tarefas que lhe serão atribuídas. No que diz respeito ao pessoal auxiliar de nível médio, devem-lhe ser dados conhecimentos adicionais, na medida das solicitações necessárias ao desenvolvimento dos programas de saúde.

GRUPO 8

No treinamento de pessoal auxiliar de nível médio considerou-se indispensável ministrar-lhe outros conhecimentos, além dos que necessita para desempenhar suas tarefas.

Em relação ao pessoal de nível elementar, o treinamento deve atender às necessidades para o estrito desempenho de suas tarefas, não excluindo, entretanto, a conveniência do aproveitamento de aptidões.

GRUPO 9

Sem resposta.

GRUPO 10

A preparação de pessoal deverá ter uma base de conhecimentos gerais que lhe permitam melhor integração nos programas de saúde e que possibilitem sua adaptação a outras atividades desenvolvidas pelo setor.

Quanto ao pessoal elementar, procurar-se-á, na medida das possibilidades, dar-lhe um mínimo de conhecimentos gerais.

GRUPO 11

O pessoal auxiliar deve receber, além do treinamento específico para a realização da sua tarefa, conhecimentos correlatos que lhe permitam atenção às necessidades do meio.

GRUPO 12

O pessoal auxiliar deve ter o treinamento estritamente indispensável para a execução das tarefas que lhe são atribuídas.

GRUPO 13

Sem resposta.

GRUPO 14

O pessoal auxiliar deve ter um treinamento polivalente, considerando-se que um nível mínimo de conhecimentos deve ser comum a todos os elementos a treinar.

GRUPO 15

No que se refere ao treinamento do pessoal auxiliar, considera-se aconselhável não apenas a execução mecânica de tarefas específicas, mas também um mínimo de conhecimentos básicos que o capacitem à execução consciente do trabalho que lhe é atribuído.

GRUPO 16

O pessoal auxiliar deve receber, ao lado do seu treinamento específico, uma orientação geral sobre sua participação na solução dos problemas de saúde da comunidade.

Nota. — O grupo apresentou ainda o seguinte adendo: "Para preencher as demandas da problemática de saúde nacional o grupo recomenda, com ênfase, que as professoras primárias sejam melhor preparadas para participar mais ativamente do trabalho de saúde".

GRUPO 17

O pessoal auxiliar, dos programas de saúde, deve ter o treinamento orientado para a boa execução de suas tarefas e deve receber também outros conhecimentos, que o capacitem para a melhor percepção dos objetivos a alcançar.

CAPÍTULO VI

- A. Tópico 3: *Responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar*

Expositor: Dr. Edmar Terra Blois, Presidente da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública

- B. Perguntas formuladas aos Grupos

- C. Respostas (Relatórios dos Grupos)

A. RESPONSABILIDADE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA FORMAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DO PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO E AUXILIAR

Dr. EDMAR TERRA BLOIS (*)

CONSIDERAÇÕES DOUTRINARIAS

O século XX vem-se caracterizando pelas profundas transformações históricas, sociais, econômicas, científicas, artísticas, filosóficas e, principalmente, pela mudança do estilo de vida.

Ter-se-ia dito que, a partir da década dos 50, o homem se defronta com a possibilidade de orientar o desenvolvimento do processo epistemológico: e a vida, apesar dos extraordinários avanços científicos, ainda depende do *toque mágico*.

Tudo faz pressentir um processo mutacional. No entanto, a ferramenta por excelência para compreendê-lo — a política — continua engatinhando com pobreza lamentável de perspectiva e, sobretudo, de audácia.

Busquemos nas vertentes da fantasia, da imaginação criadora e nos recursos científicos, as muletas tão necessárias a uma política tão carente.

Os elementos acima assinalados devem fecundar, além disso, a essência do processo desenvolvimentista, determinando que os modelos elaborados estejam intimamente ajustados à realidade através, também, do conhecimento histórico, das

(*) Presidente da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública.

expressões artísticas e, principalmente, da percepção lúcida dos ambientes sociais, psicológicos e culturais.

Modelos êsses que resultem de um planejamento, êste entendido como técnica neutra para instrumentalizar as aspirações e anseios do povo, refletidos nas diretrizes políticas que emanam do povo e de suas elites, em manifestações simultâneas, peculiares de cada período histórico. A construção de modelos elegantes, matemáticos, para o desenvolvimento econômico-social, sem a seiva fecunda das asperezas do sacrifício, do sofrimento e da vivência dos problemas que afligem entes humanos em áreas extensas do mundo, apenas tem utilidade como jogo de inteligência. Os fatores antes referidos devem guiar, a nosso ver, as ações do processo de desenvolvimento, quer nos países subdesenvolvidos, quer *naqueles mal desenvolvidos*.

Utilizemos o fecundo processo social, a educação, para associado com outros veículos de progresso superarmos os emperros, os dogmatismos e a natural deterioração dos sistemas em decadência.

A educação inclui inúmeros instrumentos, sobrevalendo-se entre êles o ensino, o treinamento e os mecanismos para o autodesenvolvimento.

O homem civiliza-se à proporção que cada geração consegue instrumentos adequados para a comunicação de seus conhecimentos e experiências às gerações seguintes.

A transmissão de conhecimentos compatibiliza-se validamente no reencontro de valores realizados pelos velhos jovens (como na canção) com os jovens jovens, mediante e, principalmente, uma atitude romântica — agressão à realidade para adaptá-la aos anseios e anelos de cada período histórico.

O processo de aprendizagem assenta-se em alguns princípios e aspectos fundamentais, destacando-se entre êles:

- a) Aprendizagem com um processo individual realizado pelo aluno e não sòmente desenvolvido, por métodos

mágicos de transmissão, pelo professor. O *mestre* deve considerar que há diferentes alunos, diversos caminhos, inúmeros meios, não sendo êle a fonte de conhecimento para o aluno — deve encorajar conscienciosamente a auto-aprendizagem.

- b) Estabelecimento em forma precisa sôbre o que professores e estudantes estão tentando fazer, mediante “encontros” constantes.
- c) Motivação compreendida como processo bem caracterizado. Motivar não para aquilo que êles, professores, são — a tarefa do mestre é identificar e explorar quais os interesses e motivações que os estudantes já tenham.
- d) Programação de meios efetivos e regularmente avaliados a fim de que se possa conhecer o que os alunos aprendem e o que êles ainda têm de aprender, possibilitando-lhes expressar seu saber, suas dúvidas e, mesmo, sua ignorância sem medo ou ameaça.

O processo educacional exige muita lucidez, mormente se atentarmos para o complexo conjunto de intercorrência de várias culturas — emergentes, em evolução e as estratificadas — traço dominante do mundo moderno.

O processo educacional nos povos subdesenvolvidos está fortemente imbricado no problema das modificações estruturais da sociedade e situa-se bem dentro do que tem sido adequadamente denominado revolução das expectativas.

A Educação, em planos de desenvolvimento econômico, pode ser considerada uma importante forma de investimento.

Afirma-se que o crescimento econômico, trazendo aumento de produtividade, é primariamente devido à melhoria do esforço humano. Esta melhoria seria consequência de absorção tecnológica, sendo esta resultado do fato de ter-se atingido determinados níveis de desenvolvimento econômico.

Nesta base, é necessário ampliar a educação primária, a fim de estender a faixa do alfabetizado e prover fundamentos

para posterior conhecimento; aumentar a educação secundária no intuito de obter-se sempre crescente número de estudantes para as universidades e para o preparo de pessoal qualificado, visando a atender às demandas da expansão sócio-econômica; ampliar a educação superior, imprescindível ao preparo do profissional, do cientista e do líder.

Na temática do ensino e da prática de saúde pública julgamos necessário tecer algumas considerações.

Em função de suas atividades, a saúde é considerada como um setor social, fundamentalmente produtor de serviços integrados por um complexo de ações, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde de uma população.

Como uma realidade complexa, a função saúde apresenta uma problemática em que existem, em constante interação, múltiplas variáveis, muitas das quais, é certo, são estranhas a seu campo de ação, dependentes de medidas de competência de outros setores sócio-econômicos.

No entanto, apesar de decididamente condicionado pelo grau de desenvolvimento, o nível de saúde sofre influência da produção de serviços que visam a modificar as manifestações de efeito, mediante uma grande variedade de ações preventivas e reparadoras, resultantes dos avanços científicos e tecnológicos.

A moderna administração de saúde utiliza uma variada combinação de técnicas para cuja execução se exigem aptidões profissionais e administrativas especializadas e diversificadas.

Ademais, a complexidade da problemática de saúde coletiva exige dos técnicos que com ela se preocupam, além de competência profissional básica, conhecimentos especiais que lhes permitam identificar e compreender seus aspectos causais e de efeito. "Este acervo comum de conhecimentos, que se superpõe aos das profissões básicas, constitui a essência da profissão de saúde pública, que não é simplesmente uma especialização, mas uma nova profissão social, como outras novas profissões justificadas e necessárias em vista da com-

plexidade das realidades do mundo moderno". (prof. DAVID TEJADA).

A saúde é um direito hoje incluído nos textos universais. A definição dada pela O.M.S. — bem-estar físico, mental e social — expressa o reconhecimento dos homens dêste direito. Direito conquistado e que se continua conquistando palmo a palmo. Daí não ser uma definição e sim meta a ser atingida — equilíbrio harmônico do indivíduo com seus ambientes exterior e interior, mesmo que em antítese com a condição biológica.

Para alcançarmos a meta, devemos preparar ações agressivas, enfrentando obstáculos e eventos danosos com meios flexíveis e ecléticos, e, sobretudo, com precisas hipóteses de trabalho.

Na educação e na saúde como em qualquer outro campo, asseguradas às inferências setoriais, devemos buscar fórmulas de pôr em execução programas que satisfaçam às aspirações da sociedade, guardando, contudo, preciosamente as raízes do nosso meio, cultura e tradições.

Analisemos agora os aspectos e implicações que apresenta o ensino especializado de saúde pública:

- a) necessidade de modificação do ensino universitário, de molde a que se torne possível sensibilizar o aluno para as tarefas de saúde pública. A Medicina Preventiva — uma atitude melhor que uma disciplina — é a ferramenta ideal para esta sensibilização, entendida como a somação de conhecimentos e fatos que levam em conta os contextos sócio-econômico-cultural-psicológicos das comunidades para as quais seu ensinamento se destina;
- b) ênfase na admissão de alunos com alguma experiência em atividades de saúde pública, sem contudo fechar as portas aos vocacionalmente dotados;
- c) preparação e adequação do corpo docente;

- d) programas e currículos flexíveis e constantemente reavaliados;
- e) ensino no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, vinculado a tôdas as formas de pesquisa e, sobretudo, à prática diária;
- f) as dificuldades do ensino de saúde pública estão na base de sua diversificação e amplitude.

No ensino de saúde pública, mais do que em qualquer outro, devemos ter presente a integração e a cuidadosa programação de suas várias modalidades, visando a obter o máximo de aproveitamento.

A congregação de esforços das esferas federal, estadual e municipal deve juntar-se a ação das instituições privadas e semi-oficiais.

As organizações de ensino devem aspirar a colocar sob forma precisa suas finalidades — preparar pessoal para um determinado objetivo e para servir uma comunidade que é viva e atuante. A inter-influência é manifesta.

No panorama atual, do Brasil, teríamos, de modo sintético, os seguintes aspectos de um programa de ensino de saúde pública:

1 — ensino de pós-graduação para profissionais originários das áreas: da Medicina, Engenharia, Veterinária, Farmácia, Odontologia, Arquitetura, Agronomia, Sociologia, Economia, Educação, Enfermagem, etc.;

2 — ensino de especialização para atender aos variados ramos da saúde pública;

3 — ensino diversificado para profissionais especializados visando a proporcionar o aperfeiçoamento na sua especialidade e o conhecimento geral do contexto de Saúde Pública: psiquiatra, leprólogo, tisiólogo, engenheiro para o saneamento industrial, para manutenção hospitalar, etc.;

4 — preparo de pessoal auxiliar — nível médio e elementar —, do qual se exigiria uma faixa ampla de capacitação técnica e de conhecimento geral, atendidos dois aspectos:

- a) criação de mecanismos formais através dos quais sejam assegurados:

Status técnico de acôrdo com as exigências da legislação vigente de ensino; dignificação e qualificação funcionais; e, finalmente, a possibilidade de ingresso das universidades;

- b) preparo do pessoal para as necessidades urgentes e imediatas do país;

5 — preparo, nas repartições e órgãos, de pessoal de nível elementar para o qual se exigirá uma limitada capacitação técnica e reduzido conhecimento geral;

6 — descentralização do ensino, observadas as normas resultantes de estudos e experiências de especialistas;

7 — esforço para a estruturação de centros de alto nível, nos quais os problemas fundamentais de saúde e seus mecanismos de prevenção, manutenção e promoção, possam ser constantemente reexaminados.

ANALISE HISTÓRICA

A reforma do ensino superior, levada a efeito em 1925, conhecida como reforma ROCHA VAZ, determinou, por inspiração de CARLOS CHAGAS, então Diretor-Geral do Departamento de Saúde Pública, a especialização médica em Saúde Pública (Curso de Higiene e Saúde Pública, anexo à cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro).

A reforma FRANCISCO CAMPOS, em 1931, cria a Escola de Higiene e Saúde Pública, estabelecendo que enquanto esta não fôsse organizada, continuaria funcionando o Curso de Especialização de Higiene e Saúde Pública, como dependência da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

O grito de alerta dado por CARLOS SÁ — a necessidade de preparo de pessoal para as tarefas de Saúde Pública — no

1.º Congresso Brasileiro de Higiene, em 1924, começou a ter ressonância.

Em fins do mesmo ano, transforma-se o Instituto de Higiene de São Paulo em Faculdade de Higiene e Saúde Pública, graças à visão e aos esforços de GERALDO HORÁCIO DE PAULA SOUZA que, além dêsse galardão, associou outro de relevância — o de ser idealizador da Organização Mundial da Saúde.

Ao lúcido espírito público e grande incentivador da Saúde Pública no Brasil, JOÃO DE BARROS BARRETO, devemos os sucessos da década de 40. Assim, neste período, o Curso de Higiene e Saúde Pública foi transferido para o Instituto Oswaldo Cruz; posteriormente, criaram-se os Cursos do Departamento Nacional de Saúde do Ministério de Educação e Saúde, aos quais se incorporou o Curso de Saúde Pública do Instituto Oswaldo Cruz. Ainda na década acima assinalada, foram criados os cursos do Departamento Nacional da Criança.

Na década de 50 a Lei de Proteção à Saúde estabeleceu que “a União manterá uma Escola Nacional de Saúde Pública, à qual poderão ser equiparadas outras existentes ou que venham a ser criadas pelos Estados ou pela iniciativa particular”, documento êste que em sua elaboração teve como elemento de primeira linha ERNANI BRAGA.

Dando cumprimento a êste preceito legal, o Poder Executivo integrou a Escola Nacional de Saúde Pública no Ministério da Saúde, conferindo-lhe uma estrutura básica inicial.

Esta etapa foi consequência dos esforços de sanitaristas eminentes, ressaltando-se, então, a ação fecunda de LINCOLN DE FREITAS FILHO, e, principalmente, a de ACHILLES SCORZELLI JUNIOR, fundador da Escola Nacional de Saúde Pública.

Em 1964, assumindo o Ministério da Saúde o Ministro RAYMUNDO DE BRITTO, a tônica de sua gestão foi o preparo de pessoal, apoiando tôdas as medidas que visassem a atingir êste objetivo.

Recentes são as etapas vencidas até que se concretizasse o objetivo visado:

a) obtenção de recursos; b) estudos e projetos da estrutura física e equipamentos; c) medidas que permitissem a incorporação dos Cursos do Departamento Nacional de Saúde e do Departamento Nacional da Criança à Escola Nacional de Saúde Pública, obtidas mediante ato ministerial designando o Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública responsável pelo expediente dos órgãos acima mencionados; d) elaboração de instrumentos legais que satisfizessem às exigências do preparo de pessoal para a saúde pública e estivessem acordes com as modernas práticas do ensino especializado; e) providências que assegurassem o apoio técnico e financeiro das organizações internacionais.

Em junho de 1966 foi sancionada Lei que autorizou o Poder Executivo a instituir a Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública (FENSP), cujo Estatuto foi aprovado em agosto de 1966.

Ambos os diplomas legais estabelecem que a FENSP é uma Fundação de duração ilimitada, com personalidade jurídica de direito privado, vinculada ao Ministério da Saúde e estabelecem, ainda, as disposições fundamentais de sua ação e dos seus instrumentos operacionais.

Em 1967, em virtude da resolução do Conselho Diretor, conforme preceituam a Lei e o Estatuto, foram aprovados o Regulamento e o Regimento da Fundação.

Os referidos instrumentos legais criaram os seguintes órgãos da Fundação: Presidência, Conselho Diretor, Conselho Fiscal, Conselho Departamental, integrado por 8 (oito) Departamentos — de Ensino, de Ciências Biológicas, de Ciências Sociais, de Epidemiologia, de Metodologia do Planejamento, de Administração de Saúde, de Estatística, de Saneamento — e a Administração das Áreas de Treinamento. Ao Departamento de Ensino ficaram subordinados a Escola Nacional de Saúde Pública, o Colégio Técnico e outros estabelecimentos de ensino que possam vir a ser criados ou

incorporados à Fundação. Através de resoluções do Conselho Diretor, foram criados os seguintes órgãos: Superintendência de Administração, Secretaria dos Conselhos, Serviços de Difusão e Divulgação, Secretaria-Geral, todos subordinados à Presidência, e três unidades de treinamento — de tipo urbano, urbano-rural e rural, subordinadas à administração das Áreas de Treinamento, bem como um Centro de Ação Educativa da Comunidade vinculado à mencionada Administração.

Desde o início da batalha para a criação de um órgão nacional de ensino da saúde pública, um homem, mestre na genuína acepção do termo, vem acompanhando, dirigindo e orientando a preparação do profissional de saúde pública — trata-se do professor *Honoris Causa* MANOEL JOSÉ FERREIRA.

Paralelamente aos esforços para a criação de uma instituição nacional de ensino de saúde pública, a urgência no atendimento dos problemas sanitários vinha impondo aos órgãos de saúde uma constante preocupação no preparo e aperfeiçoamento de pessoal.

A campanha contra a febre amarela no Rio de Janeiro, concluída com êxito por volta de 1908, mobilizou grande quantidade de pessoal auxiliar, treinado, então, para a execução cuidadosa de variadas tarefas.

Em 1938, a epidemia de malária transmitida pelo *Anopheles gambiae*, no Rio Grande do Norte e Ceará, veio mostrar, de modo dramático, que a escolha e o treinamento de pessoal necessário para os mais variados serviços representam um dos mais sérios problemas para a organização de uma campanha de profilaxia em grande escala. No episódio em apêço, o Serviço Nacional de Malária do Nordeste, então criado, teve que se voltar decisivamente para o preparo de médicos, estatísticos, topógrafos, microscopistas, guardas medicadores, guardas marítimos, guardas capturadores, guardas pesquisadores, guardas de expurgo, os quais atingiram no segundo semestre de 1940, um total de 4.500 servidores.

O desenvolvimento dos programas do Serviço Especial de Saúde Pública, criado em 1942 com o objetivo precípua de

promover o saneamento do Vale do Amazonas, especialmente a profilaxia da malária, e a assistência médico-sanitária dos trabalhadores ligados ao desenvolvimento econômico da referida região, veio demonstrar, mais uma vez, a necessidade do treinamento constante de pessoal, para assegurar aos serviços a eficiência que seus técnicos desejam.

AS ATIVIDADES DO MINISTÉRIO NA FORMAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL

O desejo de estender, em curto prazo, a grandes massas de população, o benefício decorrente do emprêgo de recursos profiláticos de alta eficiência tornou patente, desde há muito, a necessidade de se dispor de pessoal em quantidade suficiente e apropriadamente diversificado sob o ponto-de-vista técnico.

As atividades para o preparo e treinamento de pessoal, realizadas pelos órgãos do Ministério da Saúde ou por instituições a êle vinculadas, já apresentam resultados apreciáveis.

Para se dar uma idéia da importância dessas atividades basta citar os seguintes dados:

De 1962 a 1966 passaram pelos diferentes cursos do Ministério da Saúde 1.351 pessoas de nível superior. Para êsse total as estruturas centralizadas do ensino de saúde pública, no nível acima referido, vem contribuindo progressivamente, atingindo em 1966, já então constituída a FENSP, a 99% do total de profissionais treinados no Ministério da Saúde, alcançando assim um dos seus objetivos precípuos, que é justamente realizar cursos de pós-graduação para pessoal de nível superior.

No mesmo período foram preparados, em cursos formais, 9.687 elementos de nível auxiliar. Para êsse total a contribuição dos diversos órgãos do Ministério da Saúde foi a seguinte:

Campanha de Erradicação da Malária	7.570
Fundação Serviço Especial de Saúde Pública	1.250
Departamento Nacional de Endemias Rurais	128
Serviço Nacional de Tuberculose	573
Cursos do Departamento Nacional de Saúde	122
Cursos do Departamento Nacional da Criança	172
Escola Nacional de Saúde Pública	173
Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública ..	17

Através destes dados demonstrativos, das tabelas que integram este trabalho, da experiência histórica e dos valiosos empreendimentos, visando ao preparo de pessoal feitos pelos órgãos de saúde, poderá se verificar, à saciedade, que houve um conjunto de movimentos que permitiu a instituição de um sistema nacional de ensino de saúde pública.

A FENSP, de acôrdo com a legislação, cabe um conjunto de iniciativas e responsabilidades. Entre elas, preparar pessoal de nível profissional e auxiliar; promover medidas que visem ao treinamento do pessoal; estabelecer normas para a preparação e o treinamento em saúde pública, valendo-se das experiências anteriores; orientar técnica e didaticamente o ensino de saúde pública, no âmbito do Ministério da Saúde; promover pesquisas aplicadas com ênfase naquelas que digam respeito a recursos humanos; estimular o treinamento, em serviço, nos órgãos que atuam no campo de saúde; cooperar com as universidades e demais instituições de ensino do país.

Cabe ainda à FENSP definir sua linha geral de ação, a qual não poderá se afastar das diretrizes da política nacional de saúde.

O preparo de pessoal exige a valiosa colaboração dos órgãos de experiência no assunto e cujas responsabilidades neste preparo continuariam a existir, obedecidas as normas técnicas e didáticas previstas pela FENSP e respeitadas as peculiaridades e experiências dos órgãos de saúde.

A responsabilidade de preparar pessoal estava a exigir a fixação, como hipótese de trabalho, de alguns conceitos sobre a categoria de pessoal.

Assim: trabalhador de saúde — entendemos um indivíduo, que em quaisquer dos níveis, atue no setor saúde, adquirindo informações específicas, quer através de cursos formais ou mediante mecanismos que facilitem a iniciativa individual, permitindo a compreensão do processo geral de saúde pública;

— trabalhador profissional de saúde pública — indivíduo com formação e informação acadêmicas, de nível superior, ao qual se proporciona pós-graduação em saúde pública;

— trabalhador profissional de saúde — indivíduo com nível superior que, seja através de cursos formais ou da vivência diária, apreenda o contexto geral de saúde pública;

— trabalhador auxiliar — indivíduo cujas atividades complementam ou suplementam a ação do profissional e cuja preparação está na dependência do quatro variáveis:

- a) nível de informação científica e geral;
- b) exercício de capacidade decisória;
- c) condições ambientais de suas funções (polivalência);
- d) funções a exercer após a preparação.

Na base dessas variáveis entendemos que o Pessoal Auxiliar poderia ser classificado em:

- I — Auxiliar de Nível Médio;
- II — Auxiliar de Nível Elementar.

O auxiliar de nível médio seria um indivíduo com formação científica e conhecimento geral equivalentes ao 2.º ciclo do curso secundário, com preparação especializada e capacidade decisória para complementar e suplementar o trabalho de grupo profissional.

O auxiliar de nível elementar entendemos seja um indivíduo preparado na base de um mínimo de informação, vi-

sando desenvolvimento de uma ou algumas habilidades, para a execução de tarefas específicas.

Por treinamento entendemos um sistema operacional pôsto em execução por uma instituição de ensino ou não. É a exercitação orientada e metódica de pessoas para a execução de tarefas determinadas.

Por auto-desenvolvimento entendemos o esforço para a criação de circunstâncias que visem a facilitar a iniciativa individual, tenha ou não o indivíduo tido oportunidade de obter preparação e informação formais. *Stricto sensu*, um dos seus aspectos seria o treinamento em serviço.

A FENSP iniciou, em 1966, a implantação de sua estrutura didática e a dos órgãos de apoio. Concomitantemente foram elaborados projetos de ensino e de pesquisa, dos quais alguns foram programados e estão em andamento e outros já tiveram a sua realização efetivada.

Saliente-se entre êstes, o levantamento censitário das condições sócio-econômicas, de saúde, incluído o saneamento, da área onde deverá atuar na unidade de tipo urbano; o seminário de campo realizado na região do nordeste brasileiro, a fim de sensibilizar os componentes do Departamento de Ciências Sociais para os problemas de saúde, tendo em vista o enfoque, eminentemente social, que vem sendo imprimido ao ensino de saúde pública.

A análise das condições existentes no país levou ao estabelecimento de prioridades, sobrelevando-se entre elas a preparação de pessoal profissional (Cursos de Mestrado, Especialização e Diversificado); o aperfeiçoamento do pessoal docente; os projetos para preparação de treinadores de pessoal auxiliar em todo o território nacional.

Os pontos culminantes da ação da FENSP foram: a programação e realização do Curso de Mestrado em Saúde Pública e do Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde.

Foram duas iniciativas pioneiras, apresentando características especiais no campo do ensino de saúde pública e do planejamento, mesmo no âmbito internacional.

O nosso Curso de Mestrado de Saúde Pública é pluri-profissional e desenvolve-se em forma integrada.

Duas foram as premissas contidas na base da filosofia do mencionado curso: mudança de mentalidade e aprimoramento de conhecimentos técnicos específicos.

Deseja-se atingir os quadros de uma profissão com características próprias e cujo campo de conhecimento poderia se situar como um dos ramos das ciências sociais. Os contextos fundamentais seriam: Ciências Biológicas, Ciências Sociais, Estatística, Saneamento, Epidemiologia, Planejamento e Administração.

O Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde tem programação que oferece aspectos muito mais amplos e próprios que os anteriormente realizados por outras instituições de ensino.

Voltou-se também a FENSP para a implantação de atividades que permitissem o treinamento de campo — reorganizou-se a unidade de tipo urbano-rural; ultimam-se medidas para implantação da de tipo urbano e, finalmente, elabora-se projeto de unidade mínima ou simples, em área tipicamente rural, a ser operada por pessoal de nível auxiliar.

Tendo em vista a escassez de recursos e as prioridades antes assinaladas, não foi ainda possível estruturar o Colégio Técnico, uma das obrigações legais da FENSP. Esta agência de ensino possibilitará ao órgão nacional de ensino de saúde pública a atender às demandas de pessoal auxiliar de nível médio.

Abrem-se, com êste preparo, perspectivas para que as campanhas e as ações de saúde pública, às vezes com o caráter de uma guerra, possam efetivamente se tornar completas, porque se assegura com êste pessoal a fase final de toda uma ação bélica (mesmo admitindo todo o armamentário moderno) — que é a posse do terreno.

Evidente que estão implícitos dois processos simultâneos:

a) a utilização de pessoal simplesmente treinado (de custo baixo e decorrente da urgência); b) os mecanismos

formais a fim de que possamos criar circunstâncias de utilização de técnicos conscientes. Em forma de investimento, a simultaneidade é válida — rentabilidade a curto e médio prazo, compatibilizando-se.

Outro aspecto importante do Colégio Técnico será o de permitir o enquadramento dos técnicos de nível médio na sistemática do ensino, assegurando-lhes qualificação adequada e possibilitando-lhes futuro ingresso em carreira de nível superior. Poder-se-ia, ainda, através do Colégio Técnico, influenciar de forma decisiva no espinhoso problema da sistemática de carreiras, quer no setor público ou no privado.

PROPOSIÇÕES PARA O FUTURO

Três grandes linhas na base de tudo que expusemos devem a nosso ver nortear o Ministério da Saúde na expansão do programa de preparação de pessoal para as atividades de saúde:

EXPANSÃO DA CAPACIDADE DE PREPARAÇÃO E TREINAMENTO

Esta expansão exige um estudo metódico: do mercado de trabalho para os grupos profissionais e auxiliares — desdobrados em suas inúmeras ramificações; da atual demanda e suas tendências; e, finalmente, da possibilidade de utilização da capacidade já instalada para o treinamento.

Ao lado dessas condições, que pressupõem uma sistemática, deve-se ter em conta o aproveitamento da expansão que se desenvolve em forma empírica ou intuitiva, realidade efetiva, a fim de aproveitá-la, corrigi-la e buscar enquadrá-la em padrões racionais.

Nessa ordem de considerações, cabe menção à experiência colombiana. Decidiu este país estudar, de forma científica, suas necessidades de mão-de-obra para a saúde e seus técnicos realizarem um magnífico trabalho que justificou a convocação de uma Conferência Internacional de Maracay,

Venezuela, em junho passado, cuja finalidade principal foi a divulgação dos resultados do estudo colombiano.

Caso não fôsse julgado viável ou conveniente um estudo amplo de recursos humanos como o que foi realizado na Colômbia, poder-se-ia pensar em estudos de âmbito geográfico menor, regional ou estadual, incluindo não só estudos básicos de mão-de-obra profissional e auxiliar, e de utilização da capacidade instalada, mas também estudos de morbidade em uma amostra representativa da população.

MAIOR DIVERSIFICAÇÃO NAS ATIVIDADES DE PREPARAÇÃO E TREINAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Neste particular as atividades do Ministério, em nível central através de seu órgão especializado, devem incluir a preparação de profissionais de saúde de alto nível oriundos de várias profissões, constituindo profissionais de uma profissão nova — a saúde pública — e integrados no espírito de trabalho da equipe. Este profissional atenderá não só às necessidades imediatas nos serviços de saúde, mas, sobretudo, deverá vir a tornar-se treinador de pessoal a nível estadual. Dessa forma os efeitos do trabalho a nível central multiplicar-se-iam e seus efeitos poder-se-iam sentir a longa distância.

O Ministério deve, também, por seu órgão especializado, atuar em forma descentralizada, cooperando com os Estados na programação e realização de ensino e do treinamento de saúde pública.

Os vários serviços executivos do Ministério têm necessidades muito específicas de pessoal de nível auxiliar — médio e elementar — que devem ser atendidas, prioritariamente, através de cursos centralizados ou descentralizados.

EXPANSÃO DA COOPERAÇÃO COM AS UNIVERSIDADES

O ensino de graduação, de responsabilidade das Universidades, e o ensino de pós-graduação em saúde pública, de

responsabilidade, ora do Ministério da Saúde, como no nosso caso, ora também das Universidades, devem formar um *todo harmônico* e responder às demandas de pessoal para o setor saúde feitas pela nação.

Em nossa opinião, o ensino de pós-graduação em saúde pública quando feito nas Universidades deveria integrar uma Escola Autônoma e sua ministração ser feita através dos Institutos de Medicina Preventiva, desde que abertos a todos os graduados das várias Faculdades das Universidades.

Em última análise, o pessoal profissional de saúde, militando tanto no setor público como no privado, é composto por elementos graduados em diferentes Faculdades e pelos especialistas em saúde pública. Estes últimos, em cuja preparação o Ministério da Saúde tem o interesse mais direto, representam apenas pequena parcela da força total de trabalho do setor saúde. A maior parte é representada pelo pessoal formado pelas Universidades (cursos em formação), sendo, pois, desejável que se intensifiquem os laços de cooperação entre o Ministério da Saúde, que, em última análise, refletem as necessidades dos sistemas de promoção, proteção e recuperação da saúde do país.

Por outro lado, pode e deve o Ministério da Saúde, por seu pessoal de vários níveis, ou por sua influência junto aos órgãos estaduais de saúde, proporcionar às Universidades pessoal capacitado ao ensino de noções básicas de saúde pública que todo aquele que egresso de uma Faculdade deve possuir.

Antes de terminar, gostaria de dar ênfase que, ao se conceituar o trabalhador profissional e o auxiliar, se tinha em mente que não bastaria os instrumentos formais de ensino — importante oferecer-se perspectivas para que o processo educacional se desenvolva em termos de um permanente movimento de opinião.

Se educação e saúde são um investimento, envidemos esforços para humanizá-lo.

É altamente auspicioso para todos nós o fato de que nesta Conferência se encontrem, lado a lado, trabalhando

juntos, discutindo, trocando idéias, Secretários de Saúde e Reitores, Sanitaristas e Educadores. É de se esperar que uma ponte muito sólida entre Saúde e Educação se estabeleça como um dos resultados positivos desta Conferência. E que, como consequência do diálogo constante, possamos ter, em forma cada vez mais adequada à realidade, quantitativa ou qualitativamente, o verdadeiro profissional de saúde de que o país necessita no período histórico em que vivemos.

B. PERGUNTAS FORMULADAS AOS GRUPOS

Tópico 3

1. De que modo o Ministério da Saúde pode participar na formação e no aperfeiçoamento dos profissionais de saúde?
2. Qual a responsabilidade do Ministério da Saúde no treinamento do pessoal auxiliar de nível médio e elementar?
3. Qual seria a responsabilidade do Ministério da Saúde e das universidades na realização dos cursos de pós-graduação em saúde pública?
4. Qual deveria ser a contribuição do Ministério da Saúde em relação aos campos de prática urbana e rural para os trabalhadores de saúde?

C. RESPOSTAS À 1.^a PERGUNTA

1.^a PERGUNTA: *De que modo o Ministério da Saúde pode participar na formação e no aperfeiçoamento dos profissionais de Saúde?*

RESPOSTA

GRUPO 1

Ao Ministério da Saúde cabe essencialmente ação coordenadora da política de formação de recursos humanos, adequando-a às necessidades do país e promovendo:

- a) assistência técnica e financeira aos órgãos educacionais, em especial às Universidades, na implementação dos programas de ensino do setor saúde;
- b) o preparo de pessoal de alto nível para os escalões de planejamento, mobilizando para tanto os recursos das Universidades e da FENSP;
- c) a formação de elementos capacitados para o treinamento de pessoal auxiliar ao nível regional e local.

GRUPO 2

O Ministério da Saúde deve ter preferentemente ação suplementar na preparação dos profissionais de saúde, mediante colaboração e entrosagem com as Universidades e Escolas de Medicina.

É altamente recomendável que as Universidades sejam estimuladas e auxiliadas a criarem Departamentos de Medi-

cina e, até mesmo, Escolas de Saúde Pública, como unidades universitárias.

A entrosagem e colaboração indicadas abrangem subsídios financeiro e assessoria técnica e pedagógica, isto é, co-participação nas responsabilidades de formar e especializar o pessoal de nível superior.

Ainda mais, poderá o Ministério da Saúde colaborar para que as Escolas Médicas instalem unidades integradas de saúde a fim de facultar condições mais propícias à entrosagem entre Educação e Saúde. *(Aí compreendida também a resposta à 2.ª Pergunta)*

GRUPO 3

A responsabilidade do Ministério da Saúde, na formação e aperfeiçoamento dos profissionais da saúde, se traduzirá não só na execução dos cursos de formação e aperfeiçoamento, mas também na elaboração de normas que poderão orientar as Escolas existentes fora do Ministério.

Outrossim, será de suma importância que centralize a pesquisa no mercado de trabalho, os dados desta pesquisa em conjunção com a definição de uma política e planificação de saúde. Será a evidente vantagem de estabelecer o número de profissionais de saúde utilizáveis e a fixação das vagas nos cursos de formação desses profissionais.

GRUPO 4

Aos órgãos de saúde, Ministério, Secretarias e Escolas de Saúde Pública estaduais incumbe, em suas esferas de ação próprias, a formação e o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde.

O Ministério da Saúde, através das Secretarias de Saúde e das Universidades Federais e Estaduais, terá ação complementar e supletiva na formação e no aperfeiçoamento dos profissionais de saúde.

GRUPO 5

Como um dos órgãos que mais utilizam a mão-de-obra especializada, o Ministério da Saúde pode e deve participar em tôdas as etapas de formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde através de:

- a) assistência a cursos que permitam a formação integral do profissional de saúde;
- b) preparo de pessoal docente;
- c) financiamento de programas de ensino de maior interesse regional ou que se incluam nos planos de ação do Ministério da Saúde;
- d) ministração de cursos de especialização e atualização;
- e) distribuição de bolsas condicionadas à fixação ulterior dos profissionais de saúde em áreas prioritárias;
- f) estímulo a programas que ensejem adaptações curriculares no sentido de propiciar a formação de profissionais adaptados às realidades do país.

GRUPO 6

O Ministério da Saúde poderá participar na formação e no aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, estimulando entidades públicas e particulares, assessorando-as e dando-lhes cooperação técnica e financeira, por intermédio de seus órgãos, na realização de:

- a) cursos de pós-graduação em saúde pública, para profissionais de saúde;
- b) cursos de especialização para aqueles profissionais;
- c) cursos de atualização.

GRUPO 7

O grupo considerou que o Ministério da Saúde deverá participar na formação e no aperfeiçoamento dos profissionais de saúde:

- a) apoiando a realização de cursos intensivos de atualização desenvolvidos em caráter regional e local;
- b) participando na elaboração de normas de ensino nos cursos de formação regular;
- c) realizando cursos de pós-graduação em saúde pública e especialização em campos prioritários, bem como apoiando outras instituições necessariamente capacitadas e que realizem estas atividades no âmbito regional.

GRUPO 8

O Ministério da Saúde pode e deve participar na formação dos profissionais através de assistência financeira, concessão de recursos técnicos e didáticos, facilidades para treinamento e estágios e assessoria aos órgãos responsáveis pelo ensino, no que diz respeito às necessidades da formação do pessoal para atender à programação de saúde.

O aperfeiçoamento compete tanto ao Ministério da Saúde quanto ao da Educação, atendidas as peculiaridades do treinamento que se deseje ministrar.

Os cursos de adequação e especialização para as atividades de saúde serão da competência do Ministério da Saúde.

GRUPO 9

O Ministério da Saúde deverá participar da formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde do seguinte modo:

- a) realizando convênios com as Secretarias de Saúde e Universidades;
- b) intensificando o programa de bolsas-de-estudos através da FENSP;
- c) descentralizando o ensino através da realização de cursos de aperfeiçoamento rápidos nas capitais dos Estados;

- d) fornecendo material, equipamento, livros e até mesmo professores para os referidos cursos; e
- e) estabelecendo normas gerais que permitam a uniformização desses cursos de aperfeiçoamento.

GRUPO 10

A participação do Ministério da Saúde na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde poderá ser feita do modo seguinte:

- a) assumindo diretamente a responsabilidade do aperfeiçoamento do pessoal de saúde em cursos de pós-graduação e especialização;
- b) colaborando o mais ativamente possível com os órgãos de ensino no campo da saúde através de ajuda técnica e financeira às Universidades.

GRUPO 11

A) Cooperando com o Ministério da Educação para implantar nas Universidades uma atitude aberta para a saúde, dentro da realidade nacional, através de:

- a) colaboração no planejamento dos currículos escolares, dentro de uma visão social da saúde;
- b) promoção de facilidades de treinamento para os alunos de Universidade, com ênfase nas experiências locais.

B) Mantendo cooperação e intercâmbio necessários com órgãos de saúde federais, estaduais e municipais, bem como órgão de iniciativa privada.

C) Especialização do profissional de saúde em cursos de pós-graduação, especialização e atualização, através de órgão próprio, destinado a este fim.

D) Concessão de bolsas de aperfeiçoamento para o profissional de saúde, no país e no exterior, mediante rígido critério de seleção, resguardando-se, por medidas adequadas, o seu efetivo aproveitamento no país.

GRUPO 12

O Ministério da Saúde pode e deve participar na formação e no aperfeiçoamento dos profissionais de saúde da seguinte maneira:

- a) mantendo, ampliando e aprimorando as atividades da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública;
- b) estimulando, por todos os meios, as atividades das demais Escolas de Saúde Pública no país;
- c) estimulando a criação de mentalidade de saúde pública nos órgãos de formação de profissionais de saúde fora do âmbito do Ministério da Saúde.

Nota. — Dois componentes do grupo apresentaram, em separado, a seguinte redação: "Julgamos que o Ministério da Saúde pode e deve participar na formação e no aperfeiçoamento dos profissionais, assegurando condições de funcionamento regular dos cursos de Saúde Pública existentes no país e proporcionando meios para o aprimoramento do pessoal docente dos referidos cursos."

GRUPO 13

O grupo considera que o Ministério da Saúde deve participar da formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, de acordo com o espírito de sua função primordial: a de estabelecer as normas gerais das necessidades da Política Nacional de Saúde, com as respectivas áreas prioritárias.

Essa participação deverá ser feita através dos seguintes meios:

FORMAÇÃO DE PESSOAL

- a) Fazer convênios com as Faculdades relacionadas com as ciências da saúde e de áreas afins, ou com outros órgãos de saúde, governamentais ou privados (Secretarias Estaduais, Forças Armadas, Previdência Social e outros), para o treinamento de estudantes em trabalhos de campo, de laboratório, de hospital, etc..
- b) Prestar assessoria técnica, por meio de seus recursos próprios, às Faculdades de Ciências da Saúde e de áreas afins que contem com a participação de estudantes em programas de saúde da comunidade, em atividades integradas, tais como levantamento de condições sanitárias da comunidade, funcionamento das unidades sanitárias em hospitais universitários, cidades laboratórios, etc..
- c) Organizar seminários para a discussão de problemas de saúde e de educação, em nível nacional ou regional, dos quais participem estudantes das Faculdades de Ciências da Saúde e áreas afins.

APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL

Além dos itens relativos à formação de pessoal que possam ter aplicação ao aperfeiçoamento, devem ser encarados mais os seguintes:

- a) colaborar em programas de residência nas faculdades de Ciências da Saúde e áreas afins;
- b) fornecer bolsas-de-estudo e outros auxílios, para a realização de cursos ou estágios de aperfeiçoamento nas Escolas de Saúde Pública ou instituições técnico-científicas do país ou do exterior;
- c) organizar seminários de âmbito nacional ou regional, em colaboração com associações profissionais de ensino;

- d) proporcionar cursos de pós-graduação em saúde pública.

GRUPO 14

O modo pelo qual o Ministério da Saúde pode equacionar o problema de formação e aperfeiçoamento de pessoal será:

- a) estabelecendo prioritariamente as reais necessidades do país quanto aos diversos tipos profissionais que devem ser preparados;
- b) fortalecendo as ações da FENSP, sobretudo dando-lhes maior divulgação no território nacional;
- c) estimulando técnica e financeiramente as Universidades para que estas possam atingir seus objetivos de produção de profissionais de saúde;
- d) promovendo cursos descentralizados de curta duração, de acordo com as necessidades locais e em coordenação com as entidades aí existentes;
- e) estimulando os organismos regionais para o aproveitamento dos profissionais devidamente preparados.

GRUPO 15

O grupo reconhece que os diferentes órgãos do Ministério da Saúde já têm uma participação grande na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde.

Uma maneira para ampliar esta participação é a de desenvolver maior intercâmbio com órgãos de ensino e serviços interessados.

GRUPO 16

Orientando todas as instituições de formação e pós-graduação, de interesse da saúde, técnica e financeiramente, através de convênios, procurando envolver nos programas de ensino a Política Nacional de Saúde.

GRUPO 17

Enquanto as universidades brasileiras não se capacitarem, plenamente, para a formação e aperfeiçoamento dos profissionais em saúde pública, o Ministério da Saúde pode e deve participar dessa formação e dêsse aperfeiçoamento.

Para essas finalidades, deverá atuar do seguinte modo:

- a) promovendo o mais amplo e efetivo entrosamento com o Ministério da Educação;
- b) sugerir normas de ensino, visando ao preparo do pessoal para as atividades de saúde;
- c) participação da necessária reformulação de ensino da Medicina Preventiva para integrá-la completamente nos contextos sociais, econômicos, psicológicos e culturais das comunidades;
- d) manter escolas autônomas para o ensino de saúde pública, abertas aos graduados de tôdas as escolas, faculdades ou universidades, respeitada a *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*.

C. RESPOSTAS À 2.^a PERGUNTA

2.^a PERGUNTA: *Qual a responsabilidade do Ministério da Saúde no treinamento do pessoal auxiliar de nível médio e elementar?*

RESPOSTAS

GRUPO 1

Promover e auxiliar técnica e financeiramente os órgãos locais e regionais em condições de se constituírem centros de formação de pessoal auxiliar, além de formar o pessoal necessário aos serviços específicos do Ministério. Tais centros poderiam se transformar em unidades de demonstração de práticas ajustadas às características regionais, a exemplo do que tem sido feito pelo FSESP.

GRUPO 2

Recomenda o grupo que ao Ministério da Saúde cabe ação normativa e supletiva na formação de pessoal auxiliar de nível médio, atribuída na *Lei de Diretrizes e Bases* às instituições de ensino médio ou superior, nestas se incluindo as Escolas de Saúde Pública.

Quanto à preparação de pessoal de nível elementar, o grupo reafirma a conveniência de que o recrutamento, a formação e o aperfeiçoamento sejam desenvolvidos pelos órgãos locais de saúde.

GRUPO 3

O grupo conclui que a responsabilidade do Ministério da Saúde seria fixada nos seguintes itens:

- a) elaboração de normas gerais para o treinamento de pessoal auxiliar, principalmente de nível médio;
- b) preparação e aperfeiçoamento de pessoal responsável por êsse treinamento;
- c) assessoramento junto aos órgãos regionais e locais incumbidos de treinamento dêsse pessoal;
- d) estimulação do treinamento, onde exigido pela procura, e aperfeiçoamento de pessoal;
- e) levantamento do mercado de trabalho para os diversos tipos de pessoal auxiliar, dando ciência aos responsáveis locais pelo treinamento dos casos de excessos de demanda ou de procura.

GRUPO 4

Além das atividades de treinamento em tarefas específicas, que já se vêm realizando em vários setores do Ministério para seu próprio pessoal (treinamento em serviço), deverá êle proporcionar assessoria e franquear os seus serviços para estágio de alunos formados por entidades educacionais e órgãos de saúde estaduais.

GRUPO 5

O grupo de trabalho acredita que o Ministério da Saúde deva, através de uma Divisão de Recursos Humanos, fixar metas prioritárias, após o levantamento dos recursos atualmente disponíveis, no sentido de planejar, orientar e assistir o treinamento de pessoal auxiliar, a fim de atender à demanda decorrente das atividades de saúde no âmbito privado ou estatal, articulando-se, sempre que possível, com as instituições de ensino existentes na região.

GRUPO 6

O Ministério da Saúde deverá, por intermédio de seus órgãos:

- a) preparar pessoal de nível médio;
- b) estimular, assessorar e cooperar técnica e financeiramente com as entidades estaduais, municipais e particulares, no preparo desse pessoal.

Com referência ao treinamento do pessoal de nível elementar, o Ministério da Saúde deverá limitar-se apenas a prestar colaboração, tanto técnica como financeira, aos órgãos regionais, aos quais caberá a responsabilidade executiva de tal tarefa, no próprio serviço.

GRUPO 7

O grupo considerou que a responsabilidade do Ministério da Saúde no treinamento de pessoal auxiliar médio e elementar estaria limitada à necessidade de atender aos diversos órgãos do Ministério, bem como apoiar as instituições locais e regionais, através da assistência técnica, incluindo nesta a preparação e o aperfeiçoamento de instrutores.

GRUPO 8

A responsabilidade do Ministério da Saúde, no treinamento do pessoal auxiliar de nível médio, deverá ser em caráter supletivo e assumida sempre que as universidades e os serviços locais de saúde não disponham de meios adequados para realizá-lo, ou quando requeiram essa suplementação.

Este pensamento, todavia, não reflete a unanimidade do grupo.

O preparo do pessoal de nível elementar deverá caber, em caráter efetivo, aos órgãos de saúde.

GRUPO 9

O Ministério da Saúde, como principal interessado na utilização do pessoal auxiliar de nível médio e elementar, tem elevada responsabilidade em sua preparação, cujas normas gerais deveriam ser formuladas a nível nacional e cuja execução deveria ser implementada pelas instituições correspondentes.

O pessoal que já está trabalhando e não conta com preparação suficiente deverá, em decorrência de suas responsabilidades imediatas, completar o treinamento em serviço, de acordo com normas uniformes para todo o país, não só quanto à preparação como quanto à categorização. Tal procedimento deve ser preferido à formação de novos auxiliares.

GRUPO 10

Dinamizar, através de ajuda técnica e financeira, as entidades de ensino que promovem cursos para pessoal auxiliar de nível médio, adequando-os às necessidades dos programas de saúde.

Proporcionar aos órgãos executores, nas esferas federal, estadual, regional e municipal, as condições adequadas para o treinamento, em serviço, de auxiliares de nível elementar. Vincular a ajuda técnica e financeira internacional e bilateral para treinamento de pessoal, nos níveis auxiliar e elementar à coordenação e supervisão diretas do Ministério da Saúde e dos organismos regionais aos quais forem delegadas essas atribuições.

GRUPO 11

O Ministério da Saúde, para o treinamento de pessoal auxiliar de nível médio e elementar, deve visar à descentralização do treinamento, aproveitando o mais possível os recursos locais.

GRUPO 12

O Ministério da Saúde deve proceder diretamente ao treinamento do pessoal auxiliar de nível médio e elementar, à medida que se apresentem as necessidades desse pessoal nas áreas programáticas, possibilitando, por outro lado, este tipo de atividade fora do seu âmbito de ação.

GRUPO 13

O grupo considera que o Ministério da Saúde deve dar ênfase à preparação do pessoal de nível médio e elementar.

Para tanto, o grupo recomenda que o Ministério da Saúde:

- a) preste assessoria normativa e estatística aos órgãos responsáveis pela formação desse pessoal, de acordo com as circunstâncias locais, que serão determinadas pelo levantamento, proposto pelo grupo, das necessidades e disponibilidades com relação ao Tópico 1;
- b) preste apoio, em material e pessoal, aos órgãos responsáveis pela formação do pessoal de nível médio e elementar;
- c) oriente, direta ou indiretamente, o pessoal de saúde de nível elementar que não tenha recebido formação sistematizada mas que já desempenhe atividades de saúde;
- d) estimule o treinamento permanente *em serviço*, com adequada supervisão, do pessoal de nível médio e elementar.

GRUPO 14

Suplementando as atividades que neste sentido devem ser desenvolvidas pelos organismos regionais de saúde, estimulando a centralização regional da formação do pessoal de

nível médio, e o treinamento do pessoal de nível elementar, cuja responsabilidade cabe ao nível local.

GRUPO 15

O grupo reconhece existir ainda maior necessidade de elementos auxiliares de nível elementar, a despeito de muitos órgãos já estarem proporcionando treinamento dos mesmos.

O Ministério poderia atuar também, coordenando os recursos existentes e, em certas ocasiões, estimulando as Secretarias de Saúde dos Estados e outros órgãos, como autarquias e entidades autônomas, a promoverem o treinamento do pessoal deste nível, onde as condições sócio-econômicas o permitirem. Deve ainda o Ministério da Saúde incentivar a melhor qualificação do pessoal auxiliar dos serviços de saúde, de modo que gradativamente possa enquadrar-se na faixa de nível médio.

GRUPO 16

Cabe ao Ministério da Saúde determinar as diretrizes para o treinamento de pessoal de nível médio e elementar, a fim de assegurar homogeneidade de nomenclatura e currículo. Deverá promover a criação de cursos para pessoal de nível médio e estimular e orientar o treinamento de pessoal de nível elementar, a nível de serviços.

GRUPO 17

O Ministério da Saúde deve ter responsabilidade no treinamento do pessoal auxiliar de nível médio e elementar, o que tem sido um dos pontos de estrangulamento dos programas de saúde.

Recomendamos a observância dos seguintes itens:

- a) Expedição de normas unificadoras dos procedimentos básicos do treinamento, bem como os requisitos

de qualificação para a disciplinação do exercício das atividades de auxiliares de saúde.

- b) Manutenção de centros de treinamento, de localização regional ou estadual, ficando na estrita dependência das necessidades.
- c) Ajuda, quando necessária, ao treinamento do pessoal de nível elementar, que deve ser ministrado em nível local.

C. RESPOSTAS À 3.^a PERGUNTA

3.^a PERGUNTA: *Qual seria a responsabilidade do Ministério da Saúde e das Universidades na realização dos cursos de pós-graduação em saúde pública?*

R E S P O S T A S

GRUPO 1

Caberia ao Ministério da Saúde, em estreita colaboração com os órgãos de saúde estaduais e com as universidades, planejar e desenvolver programa de bolsas de estudo tendente a facilitar que os profissionais de saúde aprimorem seus conhecimentos, não só em cursos de pós-graduação como também de especialização, aperfeiçoamento e atualização.

Tais cursos seriam feitos preferentemente nas instituições de ensino regionais, cabendo à FENSP assessorá-las, em especial, no planejamento e suplementação de pessoal docente e técnico.

GRUPO 2

A resposta está contida na que foi dada à 1.^a Pergunta.

GRUPO 3

O Ministério da Saúde tem função precípua na realização dos cursos de pós-graduação. Parte desta tarefa caberá às Universidades.

Ministério e Universidades entender-se-ão no sentido de ministrar cursos de acôrdo com as necessidades reveladas pela

análise do mercado de trabalho, e dentro da Política Nacional de Saúde.

Outrossim, deve ser despertado no estudante o interesse pelos cursos de pós-graduação em saúde pública.

GRUPO 4

Não se devem considerar exclusivas as atribuições do Ministério da Saúde e das Universidades na realização dos cursos de pós-graduação em saúde pública. Na dependência de condições locais, poderão esses cursos estar sob a responsabilidade de entidades primariamente educacionais com perfeito entrosamento com os órgãos de saúde ou, vice-versa, diretamente afetos ao Ministério da Saúde, contanto que se evite a duplicação de instalações de ensino e pesquisa existentes nas Universidades e utilizáveis para o fim em aprêço.

GRUPO 5

O estabelecimento de Escolas de Ciências da Saúde deverá ser recomendado às Universidades, no sentido de propiciarem a formação dos diversos profissionais de saúde, além de ministrarem cursos de pós-graduação em saúde pública, abertos aos profissionais da área.

O Ministério da Saúde, além de manter os seus cursos de pós-graduação, deverá entrosá-los com as Universidades, assessorando e estimulando, ainda, a criação de novos cursos.

GRUPO 6

O grupo opina que a realização de cursos de pós-graduação em saúde pública deve ser da responsabilidade das Universidades. A responsabilidade do Ministério da Saúde será a de assessoramento e de cooperação técnica e financeira.

GRUPO 7

O grupo considerou que caberá ao Ministério da Saúde a responsabilidade da pós-graduação em saúde pública. As Uni-

versidades poderiam desenvolver cursos de pós-graduação no citado campo utilizando instituições necessariamente inter-profissionais, desde que seus programas estejam adequados à realidade econômico-social em que estão inseridas e obedecam a critérios definidos conjuntamente.

GRUPO 8

As responsabilidades do Ministério da Saúde e das Universidades na realização dos cursos de pós-graduação em saúde pública devem ser paralelas, harmônicas, procurando suprir sempre as necessidades das peculiaridades sócio-econômicas nacionais.

GRUPO 9

O Ministério da Saúde e as Universidades têm responsabilidade direta na realização dos cursos de pós-graduação em saúde pública. Esses cursos devem ser abertos a todos os profissionais de saúde.

O ensino de pós-graduação sob a responsabilidade do Ministério da Saúde deverá ser feito através de Escolas de Saúde Pública. As Universidades, por força da centralização das atividades docentes, deverão organizar Institutos de Medicina Preventiva onde poderão ser ministrados cursos de pós-graduação em saúde pública.

GRUPO 10

Caberia ao Ministério da Saúde:

- a) manter os seus próprios cursos de pós-graduação em saúde pública, conforme já expresso na Resposta 1;
- b) colaborar ativamente com as Universidades na realização de seus cursos de pós-graduação em saúde pública, objetivando uma uniformidade de filosofia de ensino e dos padrões técnicos.

GRUPO 11

O grupo considera ser essa responsabilidade conjuntamente do Ministério da Saúde e das Universidades, visando a um melhor aproveitamento dos recursos materiais e humanos disponíveis.

GRUPO 12

O Ministério da Saúde deve exercer ação conjunta com as Universidades na realização dos cursos de pós-graduação em saúde pública.

GRUPO 13

O grupo considera que cabe ao Ministério da Saúde a responsabilidade do aperfeiçoamento do pessoal de saúde pública, em cursos de pós-graduação. Para isso, estabelecerá exigências mínimas de instalações, equipamento, pessoal docente e *currícula* para os cursos que promova ou que sejam realizados por instituições de ensino governamentais ou privadas.

GRUPO 14

Estabelecendo estreito intercâmbio com as Universidades na realização de cursos de pós-graduação em saúde pública.

GRUPO 15

Ao Ministério da Saúde caberá a responsabilidade de manter e ampliar os cursos de pós-graduação através da Escola Nacional, procurando incentivar a criação, manutenção e ampliação dos cursos já existentes em outros Estados, através de efetivo intercâmbio com as Universidades e escolas autônomas.

GRUPO 16

Os profissionais de saúde pública de nível superior deverão ser preparados pela FENSP, no âmbito do Ministério da Saúde, ou pelas Escolas de Saúde Pública, em âmbito regional, sempre em cursos de pós-graduação.

O Ministério da Saúde deverá estimular e assessorar, técnica e financeiramente, a formação desses profissionais nos Estados, seja sob a responsabilidade das Secretarias de Saúde ou das Universidades ou de entidades particulares.

GRUPO 17

No estágio atual de nossa conjuntura, cabe ao Ministério da Saúde a responsabilidade maior, até que as Universidades estejam em condições de assumi-la.

C. RESPOSTAS À 4.^a PERGUNTA

4.^a PERGUNTA: *Qual deveria ser a contribuição do Ministério da Saúde em relação aos campos de prática urbana e rural para os trabalhadores de saúde?*

RESPOSTAS

GRUPO 1

Ao Ministério da Saúde caberia primeiramente formar, localmente, o seu pessoal de nível elementar para a prática urbana e rural dos programas específicos subordinados aos seus órgãos executivos.

A experiência e o pessoal especializado do Ministério da Saúde neste campo de treinamento seriam oferecidos aos órgãos locais, aos quais cabe genericamente a maior tarefa na formação deste tipo de trabalhador.

Ressalta-se, em particular, a importância de se promover maior aproximação de elemento leigo que atua na área, procurando-se, através de um mínimo de qualificação para tarefas específicas, tornar útil a sua colaboração.

GRUPO 2

Pelo consenso geral do grupo, o Ministério da Saúde proporcionará aos trabalhadores de saúde todas as facilidades para o treinamento e aperfeiçoamento nos campos de práticas urbana e rural.

GRUPO 3

O grupo entende as expressões "campos de prática" como sendo os locais para treinamento e "trabalhadores de saúde", os indivíduos, em qualquer nível, engajados no setor de saúde.

O Ministério da Saúde, através da Escola Nacional de Saúde Pública, deverá manter unidades para campo de prática.

Ao mesmo tempo, através do seu órgão de Planejamento, deverá oferecer a quaisquer órgãos incumbidos da formação, adequação ou aperfeiçoamento dos trabalhadores de saúde, planos para a instalação e adaptação de unidades que pudessem servir de campo de prática.

No caso específico da formação de médicos e profissionais afins, haverá interesse de que o Ministério não só participe da manutenção dos hospitais de ensino, mas também ofereça oportunidades de ensino e treinamento prático nas suas próprias unidades.

GRUPO 4

De vez que o bom funcionamento de campos de prática urbana e rural é indispensável à formação dos trabalhadores de saúde, deverá o Ministério da Saúde estar atento e aproveitar as oportunidades nas quais possa oferecer assessoria e suplementar com recursos humanos e financeiros as disponibilidades das Secretarias de Estado diretamente responsáveis pelos mesmos campos de prática.

GRUPO 5

Elaborar planos de ação, entrosados com as Universidades e Escolas Médicas, Serviços Estaduais e Municipais de Saúde e a Previdência Social, no sentido de permitir a criação de Centros Regionais e Unidades Periféricas, propiciando ao profissional de saúde e ao pessoal auxiliar, que aí irão traba-

lhar, o apoio e a assistência necessária ao bom desenvolvimento dos programas globais ou regionais de saúde, nas áreas rurais e em pequenos centros urbanos.

GRUPO 6

A contribuição do Ministério da Saúde deverá ser de assessoramento e cooperação técnica e financeira aos centros urbanos e rurais que servem ou venham a servir de campo de prática para as escolas que realizam cursos de saúde pública.

GRUPO 7

O grupo considerou que a contribuição do Ministério da Saúde deverá estar definida no estímulo para o estabelecimento e desenvolvimento de campos de práticas urbana e rural para os trabalhadores de saúde, inclusive participando efetivamente naquelas práticas vinculadas diretamente a necessidades específicas do Ministério.

GRUPO 8

A contribuição do Ministério da Saúde visará a oferecer oportunidades de aprendizado prático ao pessoal que se destina a atividades no campo da saúde, e aos que se interessam em aperfeiçoar-se.

GRUPO 9

O Ministério da Saúde, como o maior interessado na absorção de mão-de-obra preparada especificamente para o trabalho em saúde, deverá participar de maneira realista na preparação desses trabalhadores. Assim, aquele Ministério deverá abrir todos os seus serviços, especializados ou não, inclusive as Fundações a ele vinculadas, a todas as unidades encarregadas de ensino no campo da saúde, oferecendo amplas

possibilidades para treinamento em áreas urbanas e rurais, em tôdas as regiões do país.

Para melhor cumprimento do exposto acima, o grupo recomenda a assinatura de convênios entre o Ministério da Saúde, a Previdência Social, os Estados, os Municípios, as instituições privadas e outros Ministérios atuantes no campo da saúde, *num esforço conjunto* para, integrando as atividades médico-sanitárias, fornecerem melhores condições para a prática urbana e rural dos trabalhadores de saúde.

GRUPO 10

Promover a adequação de rede de serviços de saúde pública às necessidades específicas das zonas urbanas e rurais, de modo a proporcionar melhores condições de treinamento e exercício funcional ao pessoal de saúde.

GRUPO 11

Coordenar a descentralização pela promoção de facilidade de treinamento onde se fizer necessário.

GRUPO 12

A contribuição do Ministério da Saúde em relação aos campos de prática urbana e rural para os trabalhadores de saúde deve ser a de estimular o seu treinamento e criar condições para o aumento de sua eficiência.

GRUPO 13

O Ministério da Saúde, por intermédio dos seus diversos serviços, deverá manter ou suplementar as atividades da prática médico-sanitária urbana e rural, estimulando a integração dos serviços, de modo a evitar a dispersão de esforços e de recursos.

GRUPO 14

Suplementando as entidades que mantêm unidades de serviço, no sentido de adequá-las ao treinamento de pessoal de saúde, nos meios urbanos e rurais.

GRUPO 15

O grupo reconhece e recomenda o entrosamento do Ministério da Saúde, em relação aos campos de prática urbana e rural, com os outros órgãos da saúde estaduais, municipais, autárquicos ou autônomos, visando à conjugação de esforços para melhor aproveitamento dos trabalhadores de saúde. Em face das condições geográficas, visualizou-se a utilidade de equipes volantes, sempre vinculadas a uma unidade de saúde.

GRUPO 16

O Ministério da Saúde, através de convênios firmados com entidades que desenvolvam a política de saúde, deverá estimular e assessorar, e eventualmente manter, centros de demonstração e treinamento destinados à prática urbana e rural de trabalhadores para a saúde, aproveitando preferencialmente serviços já existentes.

GRUPO 17

Será de competência do Ministério da Saúde promover medidas tendentes a criar atrativos de ordem econômica e profissional e ação supletiva, de ordem técnica e material.

CAPÍTULO VII

- A. Tópico 4: *Responsabilidade das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde*

Expositor: Dr. Roberto Santos, Magnífico Reitor da Universidade Federal da Bahia

- B. Perguntas formuladas aos Grupos

- C. Respostas (Relatórios dos Grupos)

A. RESPONSABILIDADE DAS UNIVERSIDADES E ESCOLAS SUPERIORES NO DESENVOLVIMENTO DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE

(Universidade e Serviços Comunitários de Saúde)

DR. ROBERTO FIGUEIRA SANTOS (*)

Vêm os estabelecimentos de ensino superior do Brasil, a partir de 1808, quando se fundou a atual Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, prestando relevantes serviços à nação, graças ao cumprimento irrepreensível das mais urgentes tarefas sob sua responsabilidade.

Dentre as várias missões que lhes competem, sujeitas como são às exigências e pressões de ordem social das comunidades que as instituíram, ocuparam-se êsses estabelecimentos de ensino, através dos tempos, sobretudo com a formação de profissionais de nível superior.

Em consonância com o que ocorria na mesma época em ambientes mais desenvolvidos, durante longo período da nossa história, prevaleceu na formação dos alunos dessas Faculdades, o cunho exageradamente individualista que se procurava então imprimir às atividades da maioria dos profissionais de nível universitário, inclusive dos orientados para o setor saúde. Não é de admirar que ficasse assim relegado a plano secundário, nessas Instituições, o estudo pormenorizado de problemas peculiares ao desenvolvimento social e econômico da comunidade que as criou.

Embora pareça dispensável, nos dias que correm, alinhar argumentos que fundamentem e justifiquem a obrigação das

(*) *Magnífico Reitor da Universidade Federal da Bahia.*

universidades de participarem diretamente de diferentes aspectos do desenvolvimento comunitário, encontra-se ainda, na prática, certa inércia entre representantes dos corpos docente e discente, quando se cuida de estender a ação das escolas além do ambiente relativamente sereno das salas de aula, dos laboratórios de ensino e pesquisa, dos ambulatórios e enfermarias do hospital universitário. Todavia se não lançarmos as vistas para fora do ambiente escolar, jamais chegaremos a identificar corretamente as situações que devam merecer atenção mais pronta na escala de prioridade dos nossos trabalhos universitários.

A medida que professores e alunos mais se compenetraram das múltiplas obrigações das instituições universitárias para com a sociedade a que servem, mais necessário se torna definir claramente a natureza e os limites dessa responsabilidade, sem que percamos de vista os reais objetivos da universidade. Somente assim alcançaremos mobilizar os meios adequados para enfrentar e solucionar os problemas de maior gravidade, evitando omissões desnecessárias, e, de outra parte, exageros igualmente criticáveis, que originem ociosidade ou subutilização de recursos obtidos a duras penas.

Ao reconhecer e proclamar a obrigação que têm as nossas universidades de participar mais ativamente do esforço comunitário pelo desenvolvimento social e econômico, parece-me conveniente deixar bem claro que julgo não dever essa participação consistir na implantação de serviços custeados pela própria universidade para execução de tarefas não educacionais, como tem ocorrido entre nós, sobretudo nas regiões mais pobres do país. Estaríamos assim desviando os escassos recursos destinados ao ensino superior para manter empreendimentos que, embora úteis e mesmo necessários, devem encontrar outras fontes de financiamento na comunidade.

Após esta introdução de caráter genérico, passo agora a discutir a responsabilidade das escolas superiores no desenvolvimento da política de saúde da região onde se situam. Pressupõe a implantação dessa política, evidentemente, o intuito declarado e eficaz, da parte das autoridades competentes,

de planejarem o melhor aproveitamento dos recursos de várias categorias, entre nós habitualmente diminutos em relação às vastíssimas e urgentes necessidades no setor saúde. Também aqui, por motivos óbvios, procuraremos traçar limites e fixar atribuições.

Não poderá, é claro, caber à universidade, instituição nitidamente educacional, a *iniciativa* da elaboração de plano de saúde para a região onde se situa. Planos dessa natureza terão obrigatoriamente de abranger a integração de serviços sob a responsabilidade administrativa e financeira de órgãos muito diversos e habituados a trabalharem sem coordenação alguma no âmbito regional.

Por outro lado, compete aos Governos Estaduais a parcela maior das tarefas de execução da política de saúde. Torna-se, pois, natural reservar a êsses governos estaduais, a iniciativa de conclamar os que servem no território em aprêço, cabendo-lhes também a coordenação dos trabalhos de planejamento que deverão envolver a participação dos órgãos federais, estaduais, municipais, das organizações paraestatais e dos serviços particulares institucionalizados que operam na região.

Uma vez sensibilizado o ambiente e desencadeadas as tarefas de planejamento, caberá à universidade, em diferentes fases do trabalho, participação da maior valia, nas quais dificilmente poderá ser substituída por entidades de outra espécie.

Na fase preliminar de levantamentos com vistas para a elaboração dos planos, dever-se-ão encontrar no âmbito da universidade resultados aproveitáveis de pesquisas anteriormente realizadas, isto é, trabalhos de investigação que incidam sobre questões relativas à saúde da coletividade, alguns figurando em teses, outras em revistas médicas ou até em simples exercícios curriculares. Aliás, os órgãos responsáveis pela promoção e pelo financiamento da pesquisa, nas nossas universidades, deveriam invariavelmente traçar diretrizes em que figurasse com clareza a preferência pelo estudo de problemas regionais, entre êles os pertinentes à da saúde coletiva na

mesma área, em vez de encorajarem apenas a investigação de assuntos que importam mais à saúde individual e dizem respeito a entidades mórbidas de ocorrência menos freqüentes e de distribuição geográfica universal, cujo conhecimento interessa também a países que dispõem de recursos mais fartos para a investigação científica.

Tão propícias são as condições da universidade para a realização de muitos dos estudos imprescindíveis ao planejamento de saúde, que se poderiam suprir freqüentes lacunas nas informações procuradas, mediante a encomenda pelo Estado de trabalhos a serem realizados pelas entidades universitárias.

A participação da universidade na elaboração do plano de saúde deverá envolver, nas suas diferentes fases, várias das unidades que a integram. Assim, professores e alunos dos cursos de Arquitetura, Engenharia, Odontologia, Medicina, Enfermagem, Nutrição, Serviço Social, Ciências Sociais, Administração, hão de sentir-se motivados pela discussão de aspectos diversos desse plano. Poderão os professores e alunos dos vários cursos mobilizar informações utilíssimas e condições materiais de trabalho indispensáveis ao esclarecimento de dúvidas que surgirão no espírito dos encarregados das tarefas de planejamento. A participação dos estudantes valerá no caso também como ponto de partida para o interesse maior que venha a manifestar ao longo de toda a sua vida profissional, pelos problemas da coletividade onde vierem a exercer a profissão.

Merece comentários muito especiais a contribuição da universidade para um dos aspectos da elaboração dos planos de saúde de âmbito estadual ou regional. Refiro-me à assistência médica, parcela dos empreendimentos sociais no setor saúde em que as nossas universidades participam em escala relativamente grande e de modo direto na própria execução dos serviços.

Estabeleceu-se, de modo geral, nos nossos hospitais universitários, a tradição de se firmarem critérios de atendi-

mento primordialmente subordinados aos interesses do ensino e da pesquisa. Não poderá essa atitude, aliás, resistir a argumentação razoável. Em sua defesa tem-se invocado a circunstância de serem êsses serviços totalmente financiados pelos recursos governamentais destinados à educação. Sentem-se, por isto, alguns chefes de serviço, professores universitários, descomprometidos em relação às prioridades que deveriam ser impostas pelos problemas sanitários de maior vulto na comunidade, uma vez que parcela alguma dos recursos que utilizam provém do orçamento dos órgãos de saúde.

São múltiplos e variados os inconvenientes que resultam dessa total desvinculação entre os serviços universitários de assistência médica e o restante da rede regional de unidades sanitárias. Poder-se-á mesmo dizer que, enquanto persistir êsse estado de coisas, dificilmente se poderá prever contribuição eficaz das universidades para o desenvolvimento da política de saúde.

Aliás, a alta prioridade que se pretende atribuir nos hospitais universitários aos casos clínicos de suposto interesse para o ensino, é com grande freqüência também posta à margem devido às pressões sociais decorrentes da iniludível carência de serviços assistenciais no país. Na ausência de integração na rede regional de unidades sanitárias, ficam os serviços universitários sujeitos à solicitação premente de doentes que ali vão ter espontaneamente, sem nenhuma triagem anterior. Muitos dos doentes examinados não poderão considerar-se de particular interesse para o ensino e a pesquisa, nem tão pouco se incluem entre os mais indicados para atendimento em unidades tão caras e complexas como soem ser os hospitais de ensino. Daí resulta considerável baixa no rendimento dos seus serviços atravancados de pacientes que seriam seguramente melhor atendidos se freqüentassem unidades situadas na própria vizinhança, onde seria mais simples e barata a assistência necessária.

Se quisermos no futuro suprimir situação dessa ordem, geradoras de desperdício perfeitamente evitável, terão as

universidades de rever os objetos e as funções dos hospitais de ensino, integrando-os nos planos de saúde de âmbito estadual ou regional, onde figurarão com atribuições correspondentes à grande concentração de recursos humanos e materiais altamente especializados que ali se encontram, e que não se deverão obstruir com o atendimento indiscriminado de pacientes ali chegados sem a devida orientação.

Dentro desse entendimento, e obedecendo ao princípio da regionalização dos serviços, poderá o hospital de ensino, além de atender aos pacientes exigindo cuidados mais complexos e para lá remetidos após triagem em outras unidades, também estar aberto à primeira consulta por parte de habitantes de zona adjacente cuidadosamente demarcada. Em outras palavras, caberá no próprio prédio do hospital a existência de um centro de saúde que sirva à área integrada no plano de regionalização dos serviços comunitários.

De outro lado, por motivos sobejamente conhecidos, vêm as faculdades de medicina, nos últimos cinco anos, acolhendo turmas de alunos cada vez mais numerosas. A presente situação financeira das universidades torna de todo impossível aumentar o número de leitos mantidos pelas próprias dotações orçamentárias, de modo a situar-se a proporção aluno/leito em nível satisfatório, permitindo as oportunidades de aprendizado que vinham sendo oferecidas em muitas de nossas escolas. Para sustar a queda gradual dos padrões de ensino, cabe também examinar a possibilidade de se articularem as faculdades com os serviços estaduais de saúde, para que nesses se venham a instalar dispositivos didáticos que permitirão aumento considerável da capacidade docente das escolas mediante pequeno acréscimo de despesa. Colocar-se-á, destarte, o estudante em contato direto com o sistema de assistência compatível com as limitações de ordem financeira do ambiente onde irá exercer a profissão. Será essa ainda outra forma pela qual a universidade, presente nas unidades sanitárias estaduais, graças a esses dispositivos didáticos, poderá contribuir de modo regular e sistemático para a política de saúde a ser implantada na região onde se situa.

Em resumo, pois, o plano de saúde elaborado pela iniciativa das autoridades estaduais e com a participação de vários setores da universidade, envolverá a redefinição dos objetivos dos hospitais de ensino, os quais serão integrados na rede regional de saúde e se ocuparão quase exclusivamente com o atendimento de pacientes que necessitem dos recursos altamente especializados e custosos ali concentrados. A experiência relativa às situações clínicas mais frequentes e menos complexas irá o estudante colher em unidades sanitárias do Estado devidamente solucionadas, onde se instalarão dispositivos didáticos sob a orientação da escola.

Reconhecendo, embora, as grandes dificuldades na implantação de programa dêsse gênero, devo, contudo, insistir em que o passo preliminar e essencial à sua eventual adoção terá de ser a clara demonstração da parte dos organismos estaduais de que estão dispostos a promover a integração dos serviços presentes no território em aprêço e mantidos por diferentes entidades do Governo, da previdência social e da iniciativa particular. Se, em algum lugar do Brasil, vier a preparar-se plano tecnicamente bem orientado, com a participação da universidade ali existente, e esta recusar-se a integrar os seus serviços de assistência médica na rede regional de unidades médico-sanitárias, caberá então a mais severa crítica à instituição que assim proceder. Enquanto perdurar a total ausência de coordenação dos serviços de saúde verificada em todo o território nacional, a participação das universidades na política de saúde será forçosamente limitada. Torna-se até mesmo difícil, senão impossível, propiciar aos estudantes a oportunidade de acompanhar serviços comunitários racionalmente organizados, condição essencial para sensibilizá-los quanto aos magnos problemas de saúde que afligem as nossas populações, e para informá-los devidamente sobre como encaminhar a solução desses problemas em termos de coletividades.

Ao atribuírmos aos Governos Estaduais a responsabilidade primordial na elaboração dos planos de saúde, não pre-

tendemos excluir nem reduzir a importância do papel que cabe a este respeito ao Governo Federal. Traçando diretrizes gerais, às quais deverão atender aos planos de âmbito estadual e regional, e oferecendo assessoria técnica do mais alto nível, lograrão os órgãos do Governo Federal evitar distorções, abusos, e omissões altamente prejudiciais.

Debatemos, aqui, a participação da universidade no planejamento da política de saúde. No tocante à implementação do plano estadual ou regional, deve a universidade estar em condições de prestar ampla assessoria, sempre que solicitada, aos órgãos encarregados das atividades normativas e executivas, assim como nas de avaliação dos programas. Supõe-se que a universidade disponha de ampla reserva de recursos humanos especializados, os quais serão mobilizados oportunamente para colaborar nos serviços comunitários que deles necessitarem.

Os órgãos encarregados das tarefas executivas deverão ainda recorrer à universidade sempre que desenvolverem programas de treinamento em serviço, cursos de especialização e de atualização para pessoal de nível superior e curso de formação para pessoal de nível médio.

Na dependência do vulto que venham a assumir na região, os programas dessa natureza, poderão ficar a cargo do Departamento de Medicina Preventiva e Saúde Pública ou poderá justificar-se a existência de uma Escola de Saúde Pública no âmbito da Universidade. No caso, importa sobretudo que existam essas atividades e que sejam adequadas às necessidades do meio e perfeitamente articuladas com os órgãos de saúde. A estrutura a ser adotada dependerá, em grande parte, da magnitude da tarefa a cumprir. Cabe, ainda, mencionar outra forma pela qual as universidades poderão concorrer para a melhoria dos serviços comunitários de saúde, na região onde se situam.

Simultaneamente com a colaboração no planejamento e na execução dos trabalhos de assistência médica, poderão também as universidades contribuir de modo indireto para o aprimoramento da política de saúde na sua área de influên-

cia, participando em programas limitados de desenvolvimento comunitário, cuidadosamente planejados objetivando efeitos de demonstração, de ensino e de pesquisa. Isto é, em uma ou duas comunidades, a universidade instalaria dispositivos didáticos que permitissem aos alunos participar ativamente de serviços ali mantidos pelos órgãos do Governo ou por instituições particulares. Não se cuidaria, nesses programas, de criar serviços supérfluos e demasiado caros, que logo se tornariam artificiais em relação às conhecidas limitações de ordem econômica e social das nossas populações. Devidamente selecionada a comunidade, nela se trataria de "normalizar" os serviços, fazendo-os funcionar racionalmente e de modo compatível com as disponibilidades financeiras dos órgãos que já os vinham custeando, sem que a universidade procurasse canalizar recursos extraordinários além dos estritamente necessários para as atividades de ensino e pesquisa.

Assim como, por melhores que sejam os professores, é absolutamente impraticável ensinar medicina clínica, com a devida eficiência, sem que o estudante frequente serviços hospitalares de bom padrão, também não se poderá jamais ensinar os princípios de medicina comunitária sem proporcionar ao aluno a vivência em serviço da saúde pública orientado corretamente e adequado às condições sócio-econômicas regionais.

O caráter multidisciplinar, já preconizado quando nos referimos aos debates relativos ao Plano Regional de Saúde, deverá estar presente neste empreendimento desde o início dos trabalhos. Assim, o pessoal docente e discente dos cursos de Arquitetura e de Engenharia estudará os aspectos positivos e negativos do plano de urbanização da comunidade, e discutirá os problemas habitacionais ali existentes, inclusive do ponto de vista sanitário. De grande interesse será ainda a participação de pessoal das escolas de Odontologia, de Enfermagem, de Medicina, de Nutrição, Serviço Social, assim como dos cursos de Ciências Sociais e de Administração.

Inquéritos realizados nessas áreas, mediante cuidadoso processo de amostragem, poderão suprir lacunas consideráveis

nas informações acêrca do estado de saúde das nossas populações e orientar estudos ulteriores em outras regiões. Não apenas se prestariam os serviços ali existentes para que os estudantes viessem a conhecer mais de perto a vida das nossas comunidades, como também a êles se poderiam apresentar soluções simples e baratas para várias das suas dificuldades, as quais dependam de melhor equacionamento dos problemas e de providências compatíveis com as limitações da sua economia. Ainda mais, autoridades governamentais de âmbito municipal e estadual ali poderiam encontrar informações úteis que facilitassem decisões a êles afetas.

Seria até mesmo conveniente se cada universidade viesse a encarregar-se de estudos dêsse gênero em uma comunidade em zona urbana e outra em zona rural, cada qual com população que arbitrariamente estamos preferindo que oscile em tórno de 50 mil habitantes.

Entre as mais importantes vantagens que decorreriam de programas dêsse tipo, deverá figurar a do convívio dos estudantes universitários, desde cedo na sua formação, com o pessoal técnico auxiliar indispensável ao desempenho das tarefas cometidas aos profissionais de nível superior. Iria o estudante assim, aprendendo no campo a importância do apoio do pessoal de nível médio. E a universidade perceberia melhor do que até agora, a necessidade de participar no treinamento dêsse pessoal. Tais fatores concorreriam seguramente, a prazo mais longo, para que venha a merecer a devida atenção, no futuro, a criação de melhores condições de treinamento, de trabalho e de remuneração para o pessoal de nível médio imprescindível à implementação de qualquer política de saúde racionalmente orientada.

Caso venham diversas unidades brasileiras, situadas em regiões diferentes do país, a admitir o valor de tais programas e a incluí-los entre as suas realizações, deverá a comparação entre as informações acumuladas, graças aos trabalhos escolares empreendidos em comunidades de características distintas, servir para esclarecer e orientar as autoridades responsáveis por decisões de caráter administrativo.

A simples enunciação das idéias que acabo de expor se constitui a mais vigorosa demonstração da importância de reuniões como esta, em que se juntam responsáveis pelos problemas de Saúde e de Educação para discutirem soluções de interesse da comunidade. Quero, pois, ao encerrar minhas palavras, louvar a iniciativa da qual resultarão, seguramente, conclusões e recomendações da mais alta importância para a formação do pessoal indispensável à preservação e à restauração da saúde da população brasileira.

B. PERGUNTAS FORMULADAS AOS GRUPOS

Tópico 4

1. Qual a responsabilidade das universidades e escolas superiores na execução de uma Política Nacional de Saúde?
2. De que modo as universidades devem orientar o ensino e a pesquisa para o conhecimento e a solução dos problemas nacionais de saúde?
3. Como podem as universidades ter acesso à informação sobre a realidade sanitária nacional e conhecer os compromissos internacionais do país em relação aos problemas de saúde?
4. Como o ensino poderá atender à realidade nacional em seu sentido mais amplo dentro dos recursos econômicos disponíveis do país?

C. RESPOSTAS À 1.^a PERGUNTA

1.^a PERGUNTA: *Qual a responsabilidade das universidades e escolas superiores na execução de uma Política Nacional de Saúde?*

RESPOSTAS

GRUPO 1

A Universidade, integrada no desenvolvimento regional, cabe direta participação na execução da Política Nacional de Saúde, como órgão capacitado a:

- a) realização de estudos e pesquisas das condições ambientais e de saúde;
- b) permanente acompanhamento e análise das atividades de saúde;
- c) formação adequada dos recursos humanos necessários à implementação dos programas de saúde;
- d) aprimoramento da metodologia de trabalho e desenvolvimento de tecnologia adaptada às condições regionais.

GRUPO 2

A responsabilidade das universidades e escolas superiores na execução de uma Política Nacional de Saúde é considerada da *maior importância e urgência*. Responsabilidade esta ditada pela co-participação com o setor saúde desde o levantamento da realidade nacional — com ênfase nos recursos humanos —, a planificação e a execução da política de saúde,

principalmente no que se refere aos aspectos regionais das áreas em que estejam localizados os aludidos centros de ensino.

GRUPO 3

O grupo considerou que as universidades e escolas superiores devem participar ativamente na execução de uma Política Nacional de Saúde. Contudo, a iniciativa dessa execução caberá aos órgãos de saúde. Não compete às universidades avocar a si responsabilidades totais nos programas assistenciais. Todavia, os hospitais universitários devem integrar a rede hospitalar regional.

A responsabilidade primacial das universidades na execução de uma Política Nacional de Saúde reside no setor de ensino e de pesquisa.

GRUPO 4

Compete às universidades e a todas as escolas superiores responsabilidade da maior importância nas várias fases de implementação de política de saúde que atenda a diretrizes gerais de âmbito nacional e seja firmada em suas minúcias pelos órgãos estaduais da Secretaria de Saúde:

- a) Na fase de planejamento, serão de grande utilidade os resultados de pesquisas realizadas como parte de programas da própria universidade ou como decorrentes de encomendas pelos órgãos de planejamento que necessitem de determinadas informações ainda não disponíveis e que possam ser melhor obtidas pelos serviços universitários.
- b) Nas fases de execução do plano de saúde e de avaliação dos respectivos programas, deverá a universidade ter condições de atender a solicitações de assessoria por parte dos órgãos estaduais e federais responsáveis pelos serviços de saúde.

- c) Mediante estreito entrosamento com os órgãos de saúde, deverão as universidades promover cursos de especialização e atualização, assim como colaborar nos programas de treinamento em serviço, procurando sempre atender às necessidades dos órgãos empregadores (governamentais, previdenciários e particulares), às quais devem ser ajustadas às prioridades mais altas do plano estadual ou regional de saúde.

GRUPO 5

As universidades e escolas superiores incumbe, certamente, uma co-participação ativa na responsabilidade do estabelecimento de uma Política Nacional de Saúde.

GRUPO 6

Opina o grupo que cabe às universidades e escolas superiores na execução de uma Política Nacional de Saúde:

- a) preparo de pessoal, principalmente de nível superior, e, eventualmente, de nível médio;
- b) pesquisa;
- c) participação ativa das universidades e escolas superiores no esforço comunitário, para o desenvolvimento social e econômico na execução da Política Nacional de Saúde, sempre no interesse do ensino.

GRUPO 7

O grupo considerou que a responsabilidade das universidades e escolas superiores na execução da Política Nacional de Saúde deverá estar orientada no sentido da integração das atividades de ensino, pesquisa e estudos especiais, e produção de serviços finais de saúde nas diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Saúde.

GRUPO 8

A responsabilidade das universidades na execução da Política Nacional de Saúde consiste na sua integração em tôdas as etapas dessa Política, procurando objetivar:

- a) a formação básica, e mesmo especializada do pessoal;
- b) a cooperação na pesquisa, no planejamento e na avaliação do trabalho;
- c) a participação, sempre que possível, na execução.

GRUPO 9

A responsabilidade das universidades e escolas superiores na Política Nacional de Saúde avulta em vários setores. Em primeiro lugar ressalta a necessidade do conhecimento dos recursos disponíveis e das potencialidades das próprias universidades com as quais possa colaborar o Ministério da Saúde.

Cabem às universidades, particularmente, a formação e treinamento de pessoal de nível superior, de pós-graduação e de especialização.

Podem ainda as universidades colaborar na Política Nacional de Saúde em funções de assessoria técnica.

GRUPO 10

Promover a integração dos programas de ensino do pessoal de saúde em seus diversos níveis, seguindo as diretrizes definidas na Política Nacional de Saúde.

GRUPO 11

Caberia à universidade, primordialmente, a preparação básica do pessoal, dentro dos critérios que forem estabelecidos, em cooperação, pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

Ter-se-ia em vista:

- a) absoluta integração da universidade com a realidade regional, através de pesquisas dessa realidade e intercâmbio com os órgãos de saúde;

- b) motivação dos corpos docente e discente para a problemática da saúde;
- c) aproveitamento de recursos da universidade para atender a determinados problemas de saúde;
- d) divulgação dos aspectos da situação sanitária regional e nacional no meio universitário.

GRUPO 12

A responsabilidade das universidades e escolas superiores na execução de uma Política Nacional de Saúde deverá consistir, essencialmente, na preparação de pessoal profissional e na formação de uma consciência crítica voltada para a realidade brasileira.

GRUPO 13

Nota. O grupo considera que o Tópico 4 (papel das universidades e escolas superiores) é inseparável do Tópico 3 (papel do Ministério da Saúde) e que o assunto já tenha sido convenientemente exposto, em sua quase totalidade, pelo Relator Dr. Roberto Santos e o grupo respondido, também em sua maior parte, no Tópico 3.

Contudo, para obedecer ao espírito da Conferência — de responder aos quesitos — opina da seguinte maneira:

Cabendo às universidades e escolas superiores a responsabilidade pela formação dos profissionais de saúde e de parte dos auxiliares de nível médio, e considerando a influência que essas instituições de ensino exercem sobre a comunidade, o grupo opina que tais instituições devem estar em estreita colaboração com os órgãos executores da Política Nacional de Saúde, para que sejam melhor utilizadas as facilidades de que dispõem ambos os tipos de organização. Elas estarão, portanto, integradas de modo permanente nos programas de saúde dos órgãos governamentais ou privados.

GRUPO 14

As universidades e escolas superiores desempenham importante função na Política Nacional de Saúde, fundamentalmente através da interação com os serviços de saúde pública. A universidade deve derrubar os muros que a separam da comunidade, integrando-se em seus programas, colaborando com a formação de pessoal e utilizando as unidades sanitárias e hospitalares como campo de treinamento de alunos. Ademais, deve modificar seus currículos, tornando-os mais flexíveis e adaptáveis às exigências dos problemas comunitários.

GRUPO 15

O grupo definiu a responsabilidade das universidades e escolas superiores como sendo sociais, do ensino e estatutárias, sugerindo, para isto, o reajuste de seus "currícula", a ampliação e adequação da assistência que prestam aos diferentes setores, de modo a melhor se integrarem na Política Nacional de Saúde.

GRUPO 16

As responsabilidades das universidades e das escolas superiores na execução de uma Política Nacional de Saúde são várias e decorrem da compreensão, por parte das mesmas, dos problemas sócio-econômicos e culturais da realidade brasileira. Podem ser assim definidas:

- a) Fornecer subsídios para a formulação dessa Política.
- b) Formar, graduar, aperfeiçoar e treinar em pesquisas o profissional de saúde adequado.
- c) Orientar os universitários, tanto o corpo docente como discente, sobre a realidade brasileira na área da saúde.
- d) Divulgar seus programas, através de um órgão competente.

GRUPO 17

A responsabilidade primordial das universidades e escolas superiores é a de preparar pessoal de nível superior com conhecimentos de saúde pública.

Deverão, além disso, estar perfeitamente integradas na elaboração e execução dos planos de saúde, a nível regional, respeitado, nessa participação, seu caráter institucional.

C. RESPOSTAS À 2.^a PERGUNTA

2^a PERGUNTA: *De que modo as universidades devem orientar o ensino e a pesquisa para o conhecimento e a solução dos problemas nacionais de saúde?*

R E S P O S T A S

GRUPO 1

Prioritariamente, formular o planejamento das atividades universitárias, visando à verdadeira integração, em primeiro lugar, de suas unidades e, secundariamente, dos problemas comunitários.

Na reformulação da orientação de ensino e pesquisa, devem-se levar em conta:

- a) definição de problemas globais de pesquisa que visem ao desenvolvimento regional;
- b) adaptação dos currículos de formação à demanda qualitativa do mercado de trabalho;
- c) integração nos programas de ação governamental através do fornecimento de recursos humanos de alto nível, em contrapartida do financiamento, pelos órgãos públicos, das atividades universitárias de natureza assistencial.

GRUPO 2

Considerou o grupo que a orientação do ensino deve estar enfocada predominantemente para os quadros nosológicos de saúde da realidade nacional.

Os instrumentos mais adequados, dentro das universidades, para atingir o objetivo acima proposto, deverão ser os Departamentos de Medicina Preventiva.

Salientou-se ainda que o desenvolvimento dêsse tipo de ensino deverá ser, todo êle, permeado da atitude preventiva.

Constitui-se, portanto, uma recomendação geral o incentivo à criação de novos Departamentos de Medicina Preventiva, bem como a melhor capacitação dos atualmente existentes.

Caberá ainda às universidades a mobilização dos recursos de que dispõem para a pesquisa dirigida às soluções de problemas preventivos, de diagnósticos e terapêuticos, de interesse regional e nacional.

GRUPO 3

- a) Reformulando os currículos, no sentido de que os mesmos atendam aos problemas prioritários de saúde do país.
- b) Mantendo o seu corpo docente atualizado com referência aos problemas nacionais de saúde.
- c) Colocando os estudantes em contato com a realidade nacional através de programas comunitários.
- d) Embora preservando a liberdade de pesquisa, deve-se dar ênfase à pesquisa aplicada à solução dos problemas nacionais.

GRUPO 4

Orientar o ensino no sentido de integração comunitária, organização de cursos de pós-graduação e estabelecimento de convênios para o desenvolvimento de planos de programas de pesquisa pura e aplicada.

GRUPO 5

A mobilização dos recursos humanos existentes nas várias unidades das universidades poderá trazer colaboração das mais proveitosas na elaboração dos planos regionais ou

globais de saúde, tanto na sua etapa de planejamento (coleta de dados, análise dos diversos problemas regionais, etc.), como na sua execução, através da integração dos hospitais de ensino na rede regional de saúde, e da participação de suas diversas unidades no desenvolvimento harmônico da região.

Outrossim, o grupo subscreve integralmente o que diz o relator do tema: "Simultaneamente com a colaboração no planejamento e nas tarefas executivas bem definidas de assistência médica, poderão também as Universidades contribuir de modo indireto para o aprimoramento da política de saúde na sua área de influência, participando na implantação de problemas limitados de desenvolvimento comunitário, objetivando efeitos de demonstração de ensino e de pesquisa".

GRUPO 6

As universidades e escolas superiores devem orientar o ensino e a pesquisa no sentido do interesse regional e coletivo, tanto para conhecimento como para solução dos problemas nacionais de saúde.

GRUPO 7

O grupo considerou que as universidades deverão orientar o ensino e a pesquisa no sentido de, modificando os seus currículos, visar à orientação do ensino no atendimento dos problemas prioritários, dentro da realidade sócio-econômica, e dar ênfase à execução de pesquisas operacionais e aplicadas que se relacionem com entidades nosológicas prioritárias e presentes nas áreas às quais servem.

GRUPO 8

As universidades devem orientar o ensino e a pesquisa, ajustando-os à nosologia e à mesologia regionais.

GRUPO 9

As universidades devem orientar o ensino de maneira que os alunos tenham um conhecimento realista das doenças no seu próprio *habitat*. Também seus programas de investigação devem estar predominantemente dirigidos a determinados aspectos nosológicos cuja equação interesse mais diretamente à saúde da coletividade. As estatísticas de mortalidade e morbidade deveriam constituir elementos importantes de orientação do ensino em relação aos principais problemas de saúde do país.

GRUPO 10

As universidades e escolas superiores deverão ajustar suas atividades de ensino e pesquisa aos aspectos prioritários dos problemas nacionais de saúde. Para o desenvolvimento dessas atividades elas participarão com recursos materiais e humanos.

GRUPO 11

Cada universidade deve orientar o ensino e a pesquisa de acôrdo com a problemática regional, obedecendo ao contexto geral do Plano Nacional de Saúde.

GRUPO 12

As universidades devem orientar o ensino e a pesquisa no sentido de uma imediata aplicação dos conhecimentos à solução dos problemas nacionais de saúde, reformulando, para isso, os seus currículos.

GRUPO 13

OBS. — *Vide, à pág. 253. Nota do grupo, antecedendo a resposta à 1.ª Pergunta.*

O ponto-de-vista do grupo, a respeito do entrosamento das universidades com os órgãos executores da Política Na-

cional de Saúde relativamente ao ensino, já foi exposto no item 1 do Tópico 3 (Papel do Ministério da Saúde).

O grupo acha necessário, contudo, acrescentar que todos os esforços devem ser envidados para que o ensino e a pesquisa, no âmbito universitário, sejam também encaminhados para o estudo dos problemas de saúde regionais, com amplo intercâmbio da experiência colhida.

GRUPO 14

As universidades devem orientar o ensino e a pesquisa no sentido da solução dos problemas de saúde das suas respectivas áreas de influência. Neste sentido, a filosofia de seus programas de ensino e pesquisa deve estar fundamentada em prioridades definidas em levantamentos epidemiológicos, ecológicos, sócio-econômicos e de recursos humanos para os problemas de saúde.

GRUPO 15

A fim de proporcionar melhor conhecimento e solução dos problemas nacionais de saúde, recomenda o grupo, como uma das atividades didáticas, trabalhos de comunidade multidisciplinares e divulgação de seus resultados. Recomenda, ainda, que os programas de pesquisas sejam orientados prioritariamente para a referida problemática.

GRUPO 16

As universidades deverão orientar o ensino e a pesquisa de acordo com os dados e/ou as necessidades que indiquem as prioridades dos problemas de saúde locais ou regionais.

GRUPO 17

Na orientação do ensino e da pesquisa devem as universidades:

- a) criar, nos alunos dos diversos cursos de graduação, uma consciência sanitária através da inclusão, nos

programas curriculares, de noções básicas de saúde pública;

- b) criar cursos de pós-graduação no campo da saúde pública;
- c) dar prioridade aos programas de pesquisas relacionados com os interesses da coletividade e com os problemas sanitários da região.

C. RESPOSTAS À 3.^a PERGUNTA

3.^a PERGUNTA: *Como podem as universidades ter acesso à informação sobre a realidade sanitária nacional e conhecer os compromissos internacionais do país em relação aos problemas de saúde?*

RESPOSTAS

GRUPO 1

As universidades estariam melhor informadas:

- a) participando ativamente, diretamente através de seus institutos ou em colaboração e convênios com órgãos oficiais de saúde, de projetos tendentes a coletar, tabular e analisar os dados essenciais ao melhor conhecimento da realidade sanitária nacional;
- b) contribuindo, através dos seus órgãos especializados, para a organização de um centro nacional permanente destinado à coleta e processamento dos dados relativos aos problemas de saúde e sua divulgação.

GRUPO 2

Uma vez sentida, por consenso geral do grupo, a urgentíssima necessidade de uma estreita cooperação entre educação e saúde, mais se faz necessário um amplo intercâmbio de informações entre os setores acima mencionados.

Para êsse fim, o principal veículo nas universidades seriam os Departamentos de Medicina Preventiva.

Por outro lado, sente-se a necessidade de que, por parte dos serviços específicos do setor saúde, haja constante preocupação de criar facilidades às universidades na aquisição de informações. Tal fato viria possibilitar, progressivamente, uma melhor adaptação da organização do ensino, tendo em vista a constante avaliação científica dos resultados.

GRUPO 3

a) Mediante intercâmbio com o Ministério da Saúde e outros órgãos sob cuja responsabilidade se desenvolvam tais assuntos. Será recomendável ainda a promoção de reuniões, incluindo ciclo de conferências, simpósios, etc.

b) Participando no planejamento dos programas de saúde.

GRUPO 4

A própria redação da pergunta sugere o que devemos confirmar: a necessidade do constante entrosamento entre as universidades e o Ministério da Saúde, órgãos onde se originam importantes informações relativas à realidade sanitária nacional e aos compromissos internacionais no setor saúde, informações essas indispensáveis aos profissionais cuja formação se processa nas universidades e escolas superiores.

GRUPO 5

O grupo de trabalho considera fundamental a integração progressiva das universidades com os órgãos estatais de saúde e sua participação direta nos conselhos estaduais e nacionais de saúde, de modo a assegurar o pleno conhecimento da realidade sanitária nacional e dos compromissos internacionais no setor da saúde. Considera também que, no intuito de melhor conhecer sua área de atuação, será recomendável sua participação em inquéritos demográficos, sócio-econômicos e epidemiológicos em amostragem significativa da população.

GRUPO 6

Através de uma atividade integrada entre os órgãos governamentais (federais e estaduais) detentores daquelas informações, deverão as universidades e escolas ter ciência da realidade sanitária e dos compromissos internacionais do país em relação aos problemas de saúde.

Na oportunidade, o grupo sugere que os compromissos internacionais relativos aos problemas de saúde sejam divulgados junto às universidades, para seu conhecimento e orientação.

GRUPO 7

O grupo considerou que o insuficiente nível de conhecimento pelas universidades sobre a realidade sanitária nacional e sobre os compromissos internacionais do país, em relação aos problemas de saúde, se deve em grande parte a insuficiente e inadequado mecanismo de interrelações, cuja iniciativa e desenvolvimento dependerão preponderantemente dos órgãos específicos de saúde em todos os níveis.

GRUPO 8

As universidades podem ter acesso à informação sobre a realidade sanitária nacional e conhecer os compromissos internacionais do país em relação aos problemas de saúde, pelo maior intercâmbio e aperfeiçoamento dos instrumentos de informação, através da criação de um Centro Nacional de Informações, que terá a atribuição de coligir e divulgar os informes disponíveis.

GRUPO 9

As universidades devem buscar, por sua própria iniciativa, junto às fontes oficiais de informação, conhecer a realidade sanitária nacional e os compromissos internacionais

do país relacionados a problemas de saúde, bem como receber sistematicamente, dos serviços oficiais, informações completas dos trabalhos realizados, para sua utilização na docência.

GRUPO 10

Através da criação de mecanismos de comunicação eficiente, entre todos os órgãos relacionados com os problemas de saúde.

GRUPO 11

Cada universidade deveria organizar um setor responsável pelo desenvolvimento de pesquisas da realidade regional e pelo intercâmbio com os órgãos de saúde.

GRUPO 12

As universidades devem ter acesso à informação sobre a realidade sanitária nacional e conhecer os compromissos internacionais do país através dos órgãos especializados.

GRUPO 13

Obs. — Vide, à pág. 253., Nota do grupo, antecedendo a resposta à 1.ª Pergunta.

O grupo sugere que deve ser criado um centro perfeitamente estruturado, pela cooperação entre o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura, Ministério do Planejamento, Secretarias Estaduais de Saúde e outros órgãos relacionados com a saúde, com a finalidade de coletar informações amplas sobre os problemas nacionais e internacionais de saúde. Todas as entidades relacionadas com esses problemas terão acesso amplo às informações, principalmente as entidades de ensino.

Enquanto tal centro não for criado, os dados sobre a realidade sanitária nacional e os compromissos internacionais

do país em relação aos problemas de saúde, atualmente existentes nas repartições federais e estaduais, bem como entidades paraestatais e privadas, deverão ser postos à disposição das entidades de ensino.

GRUPO 14

As próprias universidades devem utilizar suas capacidades para de uma forma mais ativa, juntamente com os serviços de saúde, buscar informações sobre a realidade sanitária nacional. Por outro lado, devem melhorar seus sistemas de comunicações com as autoridades competentes, a fim de conhecerem e se integrarem nos compromissos internacionais do país.

GRUPO 15

O grupo sugere que os órgãos de saúde federais, regionais, estaduais e outros, divulguem os dados relativos às suas atividades, tais como informações estatísticas, planos de saúde, estudos especiais, bem como convênios internacionais, remetendo-os sistematicamente às instituições universitárias.

GRUPO 16

Ao Ministério da Saúde caberá fornecer periodicamente às universidades dados sobre a realidade nacional no campo da saúde.

Às universidades caberá estudar e interpretar esses dados, divulgando-os entre seus departamentos, a fim de motivar professores e alunos para a participação na solução dos problemas de saúde da comunidade.

Deverá ser dada às universidades representação junto aos conselhos de saúde, em níveis nacional e estadual.

Recomenda-se que a Comissão de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde mantenha as universidades informadas sobre os compromissos e acordos internacionais.

GRUPO 17

É óbvio que as universidades devem estar informadas da realidade nacional e conhecer os compromissos internacionais do país em relação aos problemas de saúde. Para isso, faz-se necessário o entrosamento com os órgãos responsáveis pela política nacional de saúde, já referido no item 1.

C. RESPOSTAS À 4.^a PERGUNTA

4.^a PERGUNTA: *Como o ensino poderá atender à realidade nacional em seu sentido mais amplo dentro dos recursos econômicos disponíveis do país?*

RESPOSTAS

GRUPO 1

Sem resposta.

GRUPO 2

O grupo considerou que cinco itens são da maior importância para uma melhor adequação do ensino, tendo em vista a realidade nacional e os recursos econômicos disponíveis:

- 1.º) maior conhecimento das necessidades de saúde-recursos humanos;
- 2.º) planificação adequada a curto e longo prazos;
- 3.º) mobilização de todos os recursos da comunidade que possam ser aproveitados no ensino;
- 4.º) adequamento de formação de profissionais às reais necessidades e peculiaridades do trabalho a ser executado;
- 5.º) identificação de prioridades e concentração de recursos no seu atendimento.

GRUPO 3

a) Orientando o ensino no sentido de uma mentalidade preventiva e social.

b) Acentuando a importância das prioridades dentro do contexto sócio-econômico.

c) Aproveitando ao máximo a capacidade ociosa das universidades, na formação dos profissionais, sem prejuízo do nível técnico dos diplomados.

d) Diversificando o ensino de modo que atenda às necessidades do país.

GRUPO 4

Através do perfeito entrosamento e participação ativa no estudo e solução dos problemas que afetam a comunidade e o país.

Será recomendável a celebração de acordos e convênios com as entidades públicas ou privadas interessadas, visando à maior colaboração técnica e econômica.

GRUPO 5

Admitindo-se existir deficiência de informações acerca das condições sanitárias do país, recomenda-se a realização de inquéritos no sentido de obter dados mais precisos que permitam melhor avaliação das condições existentes. Partindo desse conhecimento, será possível propor soluções simples e baratas compatíveis com as nossas limitações financeiras.

Os resultados coligidos serviriam também para que as autoridades governamentais deles se utilizassem para solucionar os problemas sanitários de suas áreas.

Formando um profissional com melhores conhecimentos dos problemas da região, dando ênfase à pesquisa desses problemas e ampliando o rendimento de seus serviços assistenciais através de um entrosamento pleno com os demais serviços de saúde atuantes na área, a universidade estará atendendo melhor à realidade nacional encarada no seu sentido mais amplo.

GRUPO 6

O grupo opina que os programas de ensino devam:

- a) atender à realidade nacional de acôrdo com a escala de prioridade;
- b) oferecer ao estudante condições satisfatórias de prática para que o aprendizado se processe com eficiência e, paralelamente, dar-lhe oportunidade de estagiar em serviços que revelem a situação nacional, a fim de sensibilizá-lo para os problemas do país.

GRUPO 7

O grupo considerou que para atender à realidade nacional deverá o ensino enfatizar, no seu desenvolvimento, o estágio econômico e social do país, analisando-se os aspectos relacionados com a capacidade de absorção do profissional nos serviços da comunidade e considerando-se a normal escassez de recursos em disponibilidade para as variadas tarefas relativas ao desenvolvimento nos seus variados aspectos.

GRUPO 8

O ensino poderá atender melhor à realidade nacional através do aproveitamento mais racional dos recursos que lhe são próprios, tanto financeiros quanto técnicos, e da utilização ampla dos recursos da comunidade, dirigindo seus esforços ao encontro dos objetivos da Política Nacional de Saúde.

GRUPO 9

O ensino deverá atender à realidade nacional. Para tal fim é evidente que o conhecimento prévio dessa realidade é indispensável. Enquanto não se atinge a êsse desiderato, as universidades devem orientar o ensino no sentido prático e realístico; devem formar o profissional de modo que êle

lique conhecedor da problemática regional, estabelecendo prioridades no setor do conhecimento das condições de saúde das comunidades, estendendo o ensino às áreas urbanas e rurais e tornando-o menos acadêmico e mais pragmático. É indispensável, para a execução desse problema, que as universidades utilizem toda a infra-estrutura da região a que serve.

GRUPO 10

Adotando uma política que produza maior rentabilidade dos investimentos neste setor através da utilização racional dos recursos e mediante o estabelecimento de programas prioritários, visando a acelerar o processo de desenvolvimento sócio-econômico do país.

GRUPO 11

Sendo planejado com base em:

- a) pesquisas originárias de órgãos especiais da universidade destinados a esse fim;
- b) eliminação da capacidade ociosa através da unificação de ensino e pesquisa, e maior aproveitamento dos recursos humanos e materiais da universidade da região;
- c) planejamento global do ensino apoiado nas pesquisas da universidade, encaminhadas a um órgão central de informação.

GRUPO 12

O ensino poderá atender à realidade nacional em seu sentido mais amplo e dentro dos recursos econômicos disponíveis no país, racionalizando e promovendo a adequação das suas atividades à problemática nacional.

GRUPO 13

Obs. — Vide, à pág. 253., Nota do grupo, antecedendo a 1.ª Pergunta.

O grupo considera que os órgãos de ensino de ciências da saúde deverão utilizar todos os meios disponíveis para desempenhar suas tarefas precípuas, com o intuito de atender às solicitações crescentes dos ingressos ao ensino superior sem, contudo, alargar seu âmbito além das disponibilidades de pessoal docente e de facilidades materiais, a fim de que não se prejudique a qualidade de suas atividades.

Nos cursos de todos os níveis de preparação, sem prejuízo dos requisitos mínimos para o ensino, deve-se dar ênfase especial aos problemas nacionais e regionais de saúde.

GRUPO 14

O ensino atenderá à realidade nacional compatibilizando seus recursos e programas com os recursos e programas globais das diversas regiões e do país como um todo.

GRUPO 15

O grupo recomenda que os órgãos de ensino participem mais ativamente desde as etapas de levantamentos sócio-sanitários das respectivas áreas de influência, contribuindo com os recursos humanos de que dispõem, até a execução dos planos locais ou regionais de saúde, utilizando para isso as facilidades que possuem.

Dentro da problemática de escassez de recursos, isto significaria evitar duplicações de esforços e/ou subutilização das instalações e equipamentos existentes.

GRUPO 16

As universidades deverão promover estudos, em âmbito nacional, sobre a capacidade disponível das escolas, redistribuindo os alunos aprovados nos exames de seleção e que

superem a locação de determinados institutos por outras escolas, de acordo com suas possibilidades de vagas.

Devem também desenvolver programas nas escolas de nível médio, a fim de orientar os alunos sobre as necessidades do país e o mercado de trabalho das diferentes profissões.

GRUPO 17

Para atender à realidade nacional, no setor de saúde pública, os programas de ensino devem ser elaborados de acordo com as necessidades prioritárias da população, conhecidas estas através do estudo dos recursos disponíveis.

CAPÍTULO VIII

Conclusões

Relator-Geral: Dr. Manoel José Ferreira

CONCLUSÕES

Dr. MANOEL JOSÉ FERREIRA (*)
(Relator-Geral)

Tópico 1

O profissional de saúde de que o país necessita.

No consenso dos Grupos de Trabalho os programas de saúde devem ser desenvolvidos por equipe pluriprofissional cuja composição variará em função dos aspectos predominantes dos problemas de saúde, da influência dos fatores sócio-econômicos e da evolução científica e tecnológica.

Como principal característica do profissional de saúde pública, foi indicada a aquisição de conhecimentos específicos em curso de pós-graduação que o capacite a encarar os problemas de saúde comunitários em seus múltiplos aspectos.

Os grupos admitiram não serem suficientemente conhecidos os recursos humanos no setor saúde e concordaram com a necessidade do levantamento de tais dados como etapa fundamental para a elaboração de programas globais ou regionais. Os resultados desses estudos permitirão a definição de áreas prioritárias de formação profissional e a melhor adequação dos currículos de graduação.

Na atual conjuntura, a formação profissional não está orientada para a solução dos problemas de saúde do País, em virtude de estrutura curricular pouco flexível e ainda não ajustada à demanda quantitativa de recursos humanos.

(*) Professor "Honoris Causa" da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública.

Tópico 2

Pessoal de nível médio e auxiliar.

Os grupos, em sua maioria, entenderam que o pessoal auxiliar se distribui em dois níveis educacionais — médio e elementar — aceitando alguns, no entanto, a inclusão, no nível médio, de duas categorias: auxiliar de nível ginásial e técnico de nível colegial.

Apontaram também a importância da formação orientada no sentido de conferir, em cada etapa educacional (primário-elementar, ginásial-auxiliar e colegial-técnico), uma capacitação para o trabalho.

Tendo considerado insuficientes as informações sobre disponibilidade e rendimento de pessoal auxiliar, condicionaram seu melhor conhecimento à realização dos levantamentos anteriormente referidos.

No equacionamento do preparo desse pessoal, foi ressaltada a importância de recrutamento local, descentralização do treinamento e atualização do pessoal existente.

De maneira geral, os grupos de trabalho consideraram que, embora não se conheçam bem as possibilidades do País para treinar pessoal auxiliar, quantitativa e qualitativamente, existem recursos potenciais de treinamento, cuja melhor utilização dependerá dos resultados dos levantamentos indicados.

A preparação do pessoal auxiliar deve ser de responsabilidade dos serviços de saúde e entidades educacionais na área da saúde, contando, quando necessário, com a assistência das Escolas de Saúde Pública e observadas as normas gerais estabelecidas em nível nacional.

No que se refere ao treinamento do pessoal auxiliar, foi aconselhado objetivar não apenas a execução mecânica de tarefas específicas, mas também o mínimo de conhecimentos básicos que o capacitem a ter consciência do trabalho que lhe é atribuído.

*Responsabilidade do Ministério da Saúde na
formação e aperfeiçoamento de pessoal.*

Na definição das responsabilidades institucionais assinalaram que ao Ministério da Saúde cabe, essencialmente, estimular o desenvolvimento de recursos humanos de acordo com as necessidades do País; dar assistência técnica e financeira aos órgãos educacionais; preparar pessoal de alto nível para tarefas de planejamento; e formar elementos capacitados para treinamento de pessoal auxiliar.

Para a preparação do pessoal auxiliar referido, reconheceu-se que a responsabilidade do Ministério da Saúde deve consistir na assistência técnico-financeira aos órgãos locais e regionais de saúde capazes de organizar centros de treinamento.

Como medida disciplinadora de âmbito nacional caber-lhe-á a elaboração de normas de treinamento para a qualificação adequada desse pessoal.

Para a diferenciação do pessoal profissional em Saúde Pública considerou-se necessário estimular a realização de cursos de pós-graduação, especialização e atualização, a serem ministrados pelas escolas especializadas.

Admitiu-se ainda a estruturação de tais cursos nas Universidades, respeitados os requisitos mínimos a serem fixados pela Escola Nacional de Saúde Pública, conforme preceito legal.

O Ministério da Saúde deverá franquear todos os seus serviços, especializados ou não, inclusive Fundações a ele vinculadas, a todas as instituições de ensino no campo da Saúde, oferecendo amplas possibilidades para treinamento em áreas urbanas e rurais, em diferentes regiões do País.

Essas condições poderiam ser criadas através de convênios entre o Ministério da Saúde, a Previdência Social e instituições estaduais, municipais e particulares de Saúde, num esforço conjunto de integração das atividades médico-sanitárias, para obter melhores condições para o aprendizado.

Tópico 4

Responsabilidade das Universidades em uma Política Nacional de Saúde.

Os grupos unânimemente preconizaram a participação das Universidades e Escolas Superiores no desenvolvimento da Política Nacional de Saúde, assinalando as linhas principais de sua ação na permanente realização de pesquisas das condições de saúde, no aprimoramento da metodologia de trabalho e de tecnologia adaptada à problemática regional e na produção adequada de recursos humanos, necessários à implementação dos programas de saúde. Ressaltou-se a importância do planejamento universitário na reformulação dos currículos e sua adequação ao mercado de trabalho, a criação de centros de desenvolvimento comunitário, assim como a integração das atividades assistenciais nos programas de ação governamental em consonância com a realidade econômica do País.

Para maior utilização de informações sobre a realidade sanitária nacional, deverão as Universidades participar ativa e diretamente de inquéritos de saúde, contribuindo, através de seus órgãos especializados, para a análise, sob coordenação central e permanente, dos recursos humanos para as atividades de saúde.

CAPÍTULO IX

Mesas-Redondas:

1. *O saneamento básico como fator de desenvolvimento econômico-social*

Expositor: Dr. José M. de Azevedo Netto, Professor da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

2. *Planejamento da saúde e a importância da Estatística*

Expositor: Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Secretário de Saúde do Estado do Piauí.

O SANEAMENTO BÁSICO COMO FATOR DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO-SOCIAL

JOSÉ M. DE AZEVEDO NETTO (*)

“A SAÚDE PÚBLICA É A PRIMEIRA LEI”

(Velho adágio romano)

A importância do Saneamento Básico tem sido reconhecida desde os tempos imemoriais, sendo até hoje objeto de grande admiração as extraordinárias realizações do passado.

Aos próprios historiadores não tem passado despercebido o fato de que as grandes civilizações sempre marcaram períodos de florescimento para as obras sanitárias.

Era tal a importância que os romanos atribuíam às obras hidráulicas que, após as suas conquistas, procuravam estabelecer programas prioritários de abastecimento de água como condições para a tranquilidade e progresso das novas colônias.

Na idade moderna as obras sanitárias começaram a ser intensificadas a partir de meados do século passado.

No Brasil, o Saneamento Básico tem passado por fases sucessivas porém descontínuas, ora despertando maior interesse, ora passando para uma posição secundária.

Tivemos assim um despertar auspicioso ao tempo do Império, uma fase áurea na Primeira República e algumas tentativas menos importantes nas últimas décadas.

(*) *Professor Catedrático da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo.*

Na realidade, e por mais incrível que pareça, até hoje não foi elaborado um Plano Geral de Saneamento Básico para o país.

Em consequência, encontra-se agora em nossa pátria a maior população do mundo ocidental ainda carente das condições sanitárias mínimas, existindo realmente dois Brasis, um deles habitado pela minoria, que já dispõe dos serviços básicos, e outro vivendo a esperança de dias melhores.

Enquanto o país lança foguetes ao espaço e desenvolve pesquisas atômicas, é evidente a necessidade de voltarmos nossa atenção para os grandes males que afligem e dizimam nossos irmãos. É imperioso enfrentar, de uma vez por todas, e de maneira objetiva, esses problemas seculares.

Apesar das deficiências das nossas estatísticas vitais, pode-se avaliar, *grosso modo*, os extraordinários prejuízos que a nação brasileira vem sofrendo em termos de vidas, redução da esperança matemática, enfermidade, debilidade produtiva, etc.

Há mais de 20 anos o engenheiro Edmund G. Wagner estimava em cerca de 200.000 o número de brasileiros vitimados anualmente por doenças decorrentes da falta de Saneamento. O Brasil tinha então a metade da população atual.

E, como paradoxo, convém assinalar que os meios adequados para evitar e erradicar essas doenças são simples e perfeitamente conhecidos, não exigindo pesquisas ou novas descobertas para a sua aplicação.

Um exemplo ilustrativo do que se pode conseguir ao se pôr em prática uma simples medida sanitária, é dado pela Capital de São Paulo, onde a cloração das águas de abastecimento foi imposta pelo Serviço de Saúde Pública à revelia da maioria dos engenheiros responsáveis. Em São Paulo a desinfecção das águas foi iniciada em 1926, quando a taxa de mortalidade pela febre tifóide era de 50 por 100.000. Essa taxa foi sendo reduzida, ano após ano, até 1950, quando atin-

giu valor inferior a 2 por 100.000. Em 40 anos pode-se estimar que foram salvas 10.000 pessoas, somente da febre tifóide.

O Prof. A. Prescott Folwell foi um dos primeiros sanitistas a avaliar economicamente os efeitos do Saneamento Básico. Há cerca de 50 anos, esse engenheiro fazia, nos Estados Unidos, as estimativas seguintes:

“Cada caso de morte por doença intestinal correspondia a outros 10 casos de enfermidade. Cada caso de enfermidade custava então US\$ 100 de despesas com a cura e de perdas de tempo de trabalho. Como promédio uma vida humana equivalia a US\$ 1.500 até a 5 anos de idade, aumentando até US\$ 7.500 entre os 25 e 30 anos, para depois reduzir-se a US\$ 1.000 entre os 65 e 70 anos. Como a mortalidade ocorre em diferentes grupos de idade, Folwell admitia US\$ 3.500 para o valor médio de cada vida perdida”.

Aplicando-se esses mesmos dados a uma cidade de 500.000 habitantes, sem levar em conta a inflação verificada com o próprio dólar, e considerando que, mediante a execução de obras de saneamento básico, seja possível reduzir o índice de mortalidade em apenas 5 por 1.000, a economia global obtida em termos de saúde e de vidas humanas seria:

$$\begin{aligned} & 500.000 \times \frac{5}{1.000} \times \$3.500 + 500.000 \times \frac{5}{1.000} \times 10 \times \$100 = \\ & = \text{US\$ } 8.750.000 + \text{US\$ } 2.500.000 = \text{US\$ } 11.250.000 \end{aligned}$$

As obras de Saneamento Básico custariam cerca de US\$ 50/capita, ou seja, US\$ 25.000.000 para a população total (500.000 habitantes), constatando-se que, em apenas 2 anos, elas seriam pagas pela economia resultante (em termos de redução de enfermidades).

Até mesmo pondo-se de lado o aspecto humanitário, poder-se-ia demonstrar a necessidade objetiva e a conveniência prática das obras sanitárias.

Um interessante estudo de avaliação para Programas de Saneamento foi elaborado por Wagner e Vanoni, para a Venezuela, há mais de três lustros.

Outro trabalho, que constitui hoje obra de referência, é a monografia preparada pelo ilustre sanitarista Dr. C.E.A. Winslow para a Organização Mundial da Saúde e publicada com o sugestivo título "The Cost of Sickness and the Price of Health" (Geneva, 1951).

Nessa publicação, Winslow assinala que os impressionantes resultados obtidos nos últimos 100 anos com o Saneamento podem ser atribuídos, desde o início, ao reconhecimento da questão fundamental que é a correlação sempre existente entre a doença e a pobreza. Os pioneiros do saneamento constataram que a pobreza e as enfermidades formavam um círculo vicioso: Os homens contraíam doenças porque eram pobres; com as doenças eles se tornavam mais pobres e ficavam mais enfermos em decorrência do empobrecimento. Por isso, os países que tiveram recursos para investir em Saúde Pública foram compensados com excelentes dividendos em termos de potencial humano.

Como nem todas as nações puderam pôr em prática tais investimentos, até hoje, na segunda metade do século XX, são encontrados os mesmos problemas que haviam sido constatados há mais de 100 anos, reconhecendo-se agora, como anteriormente, que as comunidades não podem continuar a existir parte rica e parte pobre, parte doente e parte com saúde. Não se pode, também, aspirar à união duradoura das nações com a existência de povos minados pela pobreza e pela doença.

Voltando agora a nossa atenção para a situação brasileira no que diz respeito a saneamento, somos forçados a reconhecer condições alarmantes: de cada 3 patricios, pelo menos 1 sofre de alguma moléstia grave.

Das 2.300 cidades brasileiras com mais de 1.000 habitantes, apenas 1.700 (58%) contam com serviços públicos e parciais de abastecimento de água, a maioria dos quais em situação precária.

Em plena Capital de São Paulo, o número de habitantes não abastecidos pelo sistema de água potável vem aumentando, no ritmo seguinte:

1940 — 400.000 habs.

1950 — 700.000 habs.

1960 — 1.200.000 habs.

A situação relativa a esgotos sanitários é, ainda, mais grave: apenas 25% da população urbana dispõe de serviço público. Várias capitais brasileiras ainda não são dotadas de redes sanitárias, incluindo-se entre elas, a maior cidade do hemisfério sem sistema de esgotos. Nas cidades já saneadas, a rede local atende apenas à menor parte da população.

A esquistossomose vem sendo constatada em novas áreas do país, estendendo a sua incidência de maneira muito perigosa.

Em face dessa triste situação, os menos avisados poderiam argumentar que na América Latina a situação é semelhante, comprovando assim o rifão “mal de muitos, consôlo de todos”. Entretanto, essa não seria a verdade e muito menos a justificação, para o nosso atraso. Em 1950 o Uruguai já havia concluído sistemas públicos de abastecimento de água em tôdas as cidades do País. Em outras repúblicas desenvolvem-se atualmente amplos e promissores programas de saneamento.

Precisamos, pois, sem mais perda de tempo, “abrir os olhos” e “pôr as mãos às obras”, reconhecendo primeiramente o problema, sua extensão e significado; devemos, então, motivar as nossas autoridades responsáveis, para, em seguida, estabelecer programas amplos e realistas.

É evidente que o nosso desenvolvimento sócio-econômico correlaciona-se com o sucesso dessas providências, pois não se pode construir uma nação tendo por base o trabalho de homens aflitos e depauperados.

Sem saneamento básico não pode haver saúde e sem saúde não se pode aspirar ao desenvolvimento econômico.

Durante muitos anos os engenheiros procuraram desenvolver as suas campanhas educativas, tomando por princípio, exclusivamente, argumentos humanitários e de saúde pública, não tendo sido bem sucedidos. Os anos passaram e o país atingiu a era desenvolvimentista, reforçando-se consideravelmente a argumentação em prol do Saneamento: A água é fator fundamental para o desenvolvimento em todos os setores da produção e em todos os aspectos da produtividade.

Não se pode pensar em industrialização sem água. Para fabricar 1 kg de papel são necessários 200 k de água; para produzir 1 kg de aço, são indispensáveis 300 kg de água e, na fabricação de cada automóvel, são utilizados 10 toneladas de água.

O Saneamento Básico oferece de imediato os seguintes benefícios, entre outros:

- (1) — Melhoria das condições de saúde e, portanto, da eficiência dos operários;
- (2) — Redução de número de dias perdidos;
- (3) — Aumento da vida economicamente produtiva; maior e melhor utilização da mão-de-obra habilitada;
- (4) — Desenvolvimento da própria indústria da água, de materiais sanitários, tubos, produtos químicos, etc.;
- (5) — Maior oferta de empregos.

Em 1966 a Organização Pan-Americana da Saúde reuniu, em Washington, um grupo de especialistas com o propósito de avaliar a situação do abastecimento de água na América Latina: Uma conclusão unânime refere-se às implicações do abastecimento de água para com o desenvolvimento sócio-econômico.

Não devemos concluir esta exposição antes de apresentar alguns conceitos e ligeiras considerações sobre Saneamento Básico. Afinal de contas, o que vem a ser o Saneamento Básico? A conceituação deve ser dinâmica e deve atentar para as condições locais.

Atualmente, no Brasil, o abastecimento de água e o esgotamento de águas servidas são problemas muito importantes em decorrência das nossas deficiências atuais. Por isso, águas e esgotos são os pontos que devem caracterizar qualquer programa de saneamento básico em nossa terra.

Nos países plenamente desenvolvidos, essas questões já foram resolvidas, podendo ser outros os problemas incluídos prioritariamente nas atividades de saneamento.

Em outras palavras, são as próprias condições prevalentes que devem determinar o caráter das obras de saneamento básico. Enquanto perdurar o nosso grande atraso nesse setor de engenharia, não deveremos desviar as nossas atenções e recursos para cuidar de outras questões de menor significado sanitário.

Há poucos meses realizou-se no Estado de São Paulo um inquérito que veio, mais uma vez, mostrar que o problema de abastecimento de água constitui ainda a maior preocupação da população paulista. Estamos certos de que essa manifestação reflete a situação geral dos demais Estado da Federação.

PLANEJAMENTO DA SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DA ESTATÍSTICA

DR. CARLYLE GUERRA DE MACEDO (*)

INTRODUÇÃO:

O reconhecimento da importância da Estatística na orientação do Planejamento das atividades sociais não é objeto de dúvida ou restrições. A universalidade desse reconhecimento não significa porém, que exista compreensão universal das características do planejamento e de suas relações com a informação estatística; nem mesmo a consciência de que a Estatística deve ser, antes de tudo, um instrumento para o Planejamento, como este o é para a promoção do Desenvolvimento e do bem-estar, está suficientemente estabelecida, inclusive nos meios técnicos. Por outro lado, a complexidade crescente dos problemas e a exigência, cada vez maior, de racionalidade em suas soluções, vêm tornando mais evidente a necessidade da existência de sistemas de informações estatísticas adequados às exigências do planejamento e da própria adoção deste como instrumento do Desenvolvimento. A definição, porém, de tais sistemas envolve o conhecimento dos aspectos principais do Planejamento e suas características e do próprio Desenvolvimento.

A sumária apreciação objeto deste trabalho enfatiza, apenas, os aspectos mais definidores do tema, suas conotações com o Desenvolvimento e sua caracterização com relação

(*) *Secretário de Saúde do Estado do Piauí.*

ao Planejamento da Saúde. O enfoque situa-se, pois, no plano das generalidades, a partir das quais a particularização de aspectos específicos pode ser efetuada.

NECESSIDADE E OBJETIVO DO PLANEJAMENTO

A revolução das expectativas sociais, após a II Guerra Mundial, com a criação de uma consciência política sobre o subdesenvolvimento econômico como causa de pobreza, doenças, fome, analfabetismo, habitações precárias, enfim, condições de vida consideradas, universalmente, insatisfatórias, deu surgimento a anseios e a reivindicações coletivas de maior bem-estar e à corporificação progressiva da determinação dos povos para aumentar a riqueza comum e distribuir, socialmente, os frutos do progresso. A luta contra o subdesenvolvimento, com o objetivo de elevar os níveis de vida das populações, passou a ser, em consequência, de uma ou outra forma, a preocupação central de todos os povos e Governos, inclusive o do Brasil.

A promoção do desenvolvimento, entretanto, como meta consciente, envolve, preliminarmente, sua conceituação adequada e o diagnóstico de sua problemática fundamental. Cabe definir o desenvolvimento econômico "como um processo de mudança social, através do qual parcelas crescentes das necessidades humanas são satisfeitas, pelo aumento e distribuição do produto social com modificação estrutural do sistema produtivo". Tal conceito define uma circunstância em que os objetivos — satisfação das necessidades e os meios para alcançá-los — produto — estão vinculados, intencionalmente, entre si, dentro de um processo de mudanças estruturais que visam ao aumento da produção e sua apropriada publicação. Tais relacionamentos têm como fundo principal a busca de eficiência, entendendo-se, como tal, o aumento dos resultados por recurso utilizado.

De fato, sendo as necessidades a satisfazer sempre muito superiores aos recursos disponíveis, o problema básico, de todo processo econômico, consiste em utilizar melhores re-

recursos escassos ante necessidades innumeráveis, o que implica, necessariamente, a maximização dos resultados com minimização dos custos e na seleção das necessidades a atender, ordenando-as segundo critérios de prioridade. O processo é, em suma, um esforço consciente, orientado para a racionalização de atividades segundo critérios de eficiência e produtividade, desde o aumento da produção — através de maior conhecimento, organização e utilização dos fatores e melhor adequação do produto às necessidades segundo as prioridades definidas — até à utilização final desse produto. E essa necessidade, de racionalização, de eficiência, é tanto maior quanto mais subdesenvolvidos os países e mais escassos sejam os recursos de que disponham.

A constatação histórica de que os modelos liberais de desenvolvimento, desaparecidos ou anulados os pré-requisitos em que se basearam, já não são os mais convenientes para a promoção do desenvolvimento dos países subdesenvolvidos de hoje e as exigências da racionalidade antes referidas, deram lugar à criação de processos dirigidos, adequados às novas circunstâncias. O Desenvolvimento Econômico deixou de ser, portanto, o subproduto da conjugação aleatória de atividades individuais, em função do lucro, para constituir-se em conjunto de objetivos e metas definidas e quantificadas, a serem alcançadas com medidas e atividades determinadas, integrantes, umas e outras, de um processo consciente, ordenado e dirigido. Tal processo tem o nome de Planejamento, e é, antes de tudo, um conjunto de métodos e técnicas, de que se servem as coletividades para promoverem seu desenvolvimento; como método ou como técnica, não traz implícita nenhuma conotação de ordem ética e se subordina, em sua eficácia e características, às opções políticas tomadas.

Como processo de ordenação e racionalização de atividades, o Planejamento pode exercer-se:

- a) no plano administrativo “como esforço interno de disciplina da ação estatal, independentemente dos fins por ela colimados”;

- b) como expressão de uma política do Governo, tendente a racionalizar o processo de mudança social para o lógro dos objetivos de bem-estar social da comunidade. Neste caso, "a ação do Estado, como promotor do desenvolvimento, se exerce em dois planos. No primeiro, êle atua visando a propiciar condições para a ação individual criadora. No segundo, o Estado assume a responsabilidade direta de introduzir modificações na forma de aplicação dos recursos produtivos e de utilização do produto, ampliando a sua participação na produção de bens e serviços.

O enfoque adotado neste trabalho adota o desenvolvimento como categoria social de totalidade e o planejamento como instrumento global para sua promoção; inclui portanto, todos os aspectos definidos acima.

Incluindo-se entre os componentes do processo de desenvolvimento, as atividades do Setor Saúde estão estreitamente relacionadas à evolução do todo e obedecem aos mesmos princípios gerais; devem, pois, ser desenvolvidas segundo ordenação programática. De fato, o nível de saúde de uma comunidade está determinado, básicamente, por sua capacidade e nível de produção, ou seja, pela oferta de bens e serviços, inclusive os sanitários e pela efetiva capacidade da população em utilizá-los. Dêste modo, a cada nível de produção corresponde um determinado nível sanitário factível, face os recursos e o conhecimento técnico disponíveis. Por outro lado, sendo também escassos os recursos disponíveis no Setor, além de originários do mesmo fundo comum, há que decidir-se por alternativas mais produtivas de sua aplicação, inseridas sempre no contexto global do Desenvolvimento. A seleção dessas alternativas sòmente pode ser racionalmente conseguida através do planejamento setorial, integrado no Processo Global de Planejamento.

O Planejamento significa, dêsse modo, decisões racionais sòbre situações diversas, em que a escolha, necessariamente, é feita através de comparações. O Planejamento exige, pois,

contínuo fluxo de informações apropriadas e oportunas, sem as quais estarão comprometidas a racionalidade, a objetividade e a utilidade do Processo.

PLANEJAMENTO DE SAÚDE

Não nos cabe aqui a exposição exaustiva das técnicas de planejamento aplicáveis às atividades de Saúde, nem mesmo, a explicação das metodologias disponíveis. Nossa preocupação limita-se a enfatizar os aspectos gerais, presentes em qualquer dos métodos e técnicas utilizadas, que caracterizam o Planejamento Setorial como Processo e o definem operacionalmente.

1 — *Integração do Planejamento Global*

Sendo parte integrante de um todo, o Planejamento da Saúde deve estar integrado no Processo do Planejamento Global do Desenvolvimento. Esta integração pode efetuar-se a distintos níveis e de várias maneiras. De uma forma geral, há que obedecer às diretrizes gerais do Planejamento Global, atender às solicitações específicas do Desenvolvimento seja como Setor produtor de insumos ou de serviços distribuídos ao consumo e deve ordenar-se dentro das limitações que o estágio de desenvolvimento condiciona. Quase sempre, face aos conhecimentos atuais, a integração, em referência, não é fácil de conseguir-se e, via de regra, a decisão sobre muitos aspectos é tomada com base em juízos de valor de caráter subjetivo. Isso não significa, porém, a falência do Processo, mas sua limitação, ante à insuficiência atual das técnicas disponíveis ou das informações necessárias e ante às opções políticas dos Governos.

2 — *Definição de Objetivos e Seleção de Técnicas*

A escolha dos objetivos ou metas é conseqüente à definição de prioridades e à alocação dos cursos aos problemas. Da mesma forma, a seleção das técnicas a utilizar requer o

julgamento prévio da eficiência das diversas técnicas disponíveis. Em um e outro caso, a decisão somente é possível mediante a comparação dos problemas e das alternativas técnicas de abordá-las; esta comparação exige a homogeneização e a mensuração dos problemas e dos recursos, com a finalidade de ordenar-se os primeiros, segundo suas prioridades, e de escolher-se a melhor combinação dos segundos, segundo sua eficiência.

Esse é um dos aspectos mais difíceis do Planejamento da Saúde, tanto pelo insuficiente conhecimento técnico atual, como pela precária informação disponível. O problema, nêle envolto é, entretanto, o problema básico do planejamento e sua solução é o objetivo principal do Processo programático.

3 — Definição do sujeito, espaço e tempo do Planejamento

O Planejamento não se executa no vazio ou abstratamente; antes, tem objeto, concretamente definido e quantificado, com metas dimensionadas em relação a uma série temporal. Por outro lado, sendo o Planejamento um instrumento para a promoção do bem-estar do homem, sua utilidade se mede pelos resultados promovidos em relação à população a que se destinam, mesmo porque os problemas de saúde guardam estreita relação com as características dessa população. A consciência desses aspectos implica definição do campo de ação a programar, do espaço geográfico a cobrir e do conhecimento da população a servir, além de decisões sobre o período que a programação deve enfocar.

4 — O Planejamento é um processo

A afirmação implica considerar o Planejamento como processo contínuo e permanente, e não somente como expressão física, mesmo repetida, de uma de suas etapas. Metodologicamente, pode-se reconhecer o Planejamento como compreendendo as seguintes etapas: a) diagnóstico; b) programação; c) discussão e decisão; d) execução; e) avaliação

e revisão. A enumeração dessas etapas não significa, necessariamente, sua individualização temporal ou técnica; de fato, estabelecido o processo, em qualquer momento, e, frequentemente, com os mesmos procedimentos, várias delas estarão sendo desenvolvidas.

4.1 — *O Diagnóstico*

Etapa fundamental, determinante mesmo da qualidade do Planejamento. De fato, não é permissível esperar que se consigam programas adequados, viáveis, interna e externamente compatíveis e eficazes, condições básicas a que devem atender, se não se possui satisfatório conhecimento do objeto da programação. Esses conhecimentos se expressam, através do diagnóstico, em:

- a) descrição e quantificação da situação do sujeito do Planejamento;
- b) identificação dos fatores que condicionam a situação descrita;
- c) análise de suas perspectivas; e
- d) avaliação de sua satisfatoriedade e possibilidades de mudanças intencionais.

O Diagnóstico é a mais penosa das etapas e dele resultam os elementos necessários às decisões que serão tomadas na etapa seguinte sobre objetivos e recursos. Vale salientar que o diagnóstico não se encerra, completado o primeiro ciclo, mas continua confundido-se, no desenvolvimento do Processo programático, com a etapa de avaliação e revisão.

4.2 — *A Programação*

Nesta fase são elaborados os programas e planos. Com os elementos do diagnóstico e, estabelecidos os juízos sobre a satisfatoriedade ou mutabilidade da situação descrita, são definidas as prioridades, estabelecidas as metas, os recursos são organizados e alocados aos problemas, enfim, elaborados os programas propriamente ditos.

4.3 — *Discussão e decisão*

Etapa em que as alternativas de ação, apresentadas através dos programas, são discutidas e adotadas quais as que serão executadas. Etapa de cunho político mais que técnico, em que as decisões tomadas, a nível central, significam a compatibilidade dos programas setoriais nos objetivos gerais do Planejamento global e das diretrizes de orientação e objetivos políticos do Governo.

4.4 — *Execução, avaliação e revisão*

Pôsto em marcha o Processo, a execução é realmente a prova definitiva da qualidade dos programas. Tôda a execução coexiste com um continuo trabalho de contrôle e avaliação, que indica em que medidas as metas estão sendo cumpridas, quais, os obstáculos aparecidos a uma série de outros dados que orientam para a revisão dos programas ou a elaboração de novos. O Processo completa o seu ciclo e se renova continuamente, aperfeiçoando-se com seu desenvolvimento. Vale salientar aqui a importância que adquire, na execução e avaliação, a racionalização administrativa, não somente no sentido de maior eficiência dos serviços de administração, mas também como fonte de elementos para a avaliação de atividades.

5 — *A Necessidade de informação*

Em tôdas as etapas e em relação a todos os aspectos, o Planejamento de Saúde se nutre em informações, que abracam desde o conhecimento das diretrizes políticas globais até às características peculiares a recursos determinados:

5.1 — Na integração no Planejamento Global, requer informações sôbre os outros setores da economia para a orientação das atividades setoriais ao atendimento das solicitações do desenvolvimento e das diretrizes da Política Social

do Governo, e para seu desenvolvimento em perfeita consonância com as possibilidades e peculiaridades de cada circunstância.

5.2 — A definição de objetivos e a seleção de técnicas requerem informações sobre os problemas e sobre os recursos disponíveis, que o diagnóstico deverá suprir. Essas informações incluem a descrição do nível de saúde, a determinação e o interrelacionamento dos fatores que o condicionam, inclusive a descrição dos recursos, a projeção no futuro dos problemas descritos, para a análise de suas perspectivas e a construção de modelos normativos para avaliação da satisfatoriedade e mutabilidade das situações diagnosticadas. Vale salientar que a descrição dos recursos, no Diagnóstico, inclui o detalhado conhecimento quantitativo e qualitativo dos mesmos; esses conhecimentos devem permanecer sempre atualizados, e juntamente com a mensuração de resultados, servem para a análise da eficiência das técnicas utilizadas, através da relação custo/efeito.

5.3 — A definição do sujeito e do espaço da programação requer informações que se incluem também no Diagnóstico e que devem continuar sempre atuais; avultam, entre elas, as informações demográficas, tanto mais que é a população o objeto último de todo o Processo que em função dela se organiza e desenvolve.

5.4 — A avaliação dos programas também se baseia em informações sobre o desenvolvimento dos mesmos, particularmente aquelas que permitem, medindo os resultados obtidos e os recursos utilizados e relacionando-os adequadamente, saber a eficiência e a satisfatoriedade das medidas executadas.

Todo esse fluxo de informações requerido pelo Planejamento está contudo limitado estritamente pelo critério da objetividade e nem sempre está no campo da Ciência Estatística. Resulta, porém, que a informação estatística é a matéria-prima sem a qual o Planejamento não pode ser aplicado; daí porque o Processo Programático exige, como condição prévia e concomitante, que sejam implantados e aperfeiçoados sistemas eficientes de informação estatística.

INFORMAÇÃO PARA O PLANEJAMENTO DA SAÚDE

Em tôdas suas etapas, portanto, e na abordagem de todos os problemas que envolve, o Planejamento requer informações adequadas que instruem as decisões a tomar. Esquemáticamente, as informações exigidas pelo Planejamento de Saúde podem ser assim apresentadas:

- a) informações de natureza política, incluindo o conhecimento das decisões centrais e objetivos sociais do Govêrno, que constituem as diretrizes mais gerais de orientação do Processo;
- b) informações inter-setoriais e de outros setores (diretrizes operacionais, primeira alocação de recursos, exigência de insumos sanitários e oferta de insumos requeridos pelo Setor Saúde, programas multi-setoriais, prioridades globais, etc.), enfim tôdas as informações do meio cultural externas ao setor saúde;
- c) informações demográficas e geográficas que caracterizam precisamente o sujeito e o espaço da programação;
- d) informações diagnósticas intra-setor: nível de saúde, através da morbidade e da mortalidade, outras características dos problemas, fatores condicionantes, recursos e sua organização e aplicação, etc.;
- e) informações do contrôle, para a avaliação da execução dos programas particularmente dados para análise da eficiência.

As informações contidas nos itens *a*, *b* e *c* anteriores, sejam as de natureza política, as econômicas ou demográficas, são objeto de elaboração extra-setor saúde, não se incluindo portanto entre as preocupações específicas do Setor; devem lhe ser fornecidas pelos níveis competentes. Já aquelas, agrupadas nos itens *d* e *e*, por sua natureza específica, devem constituir preocupação básica do Setor Saúde e serem objeto da implantação de sistemas adequados para sua elaboração.

Em qualquer caso, porém, o reconhecimento da importância da informação, particularmente da informação estatística, no processo do Planejamento, inclusive como pré-condição a seu satisfatório desenvolvimento, não deve conduzir à procura de toda a informação existente com o propósito, vão ademais, do conhecimento total dos problemas sobre que decidir. A informação, antes de tudo, deve ser útil e utilizada; a exagerada procura de dados e informações frequentemente acarreta perplexidade em seu uso e, não raro, as informações recolhidas deixam de ser utilizadas pela incapacidade de digeri-las ou por não elucidarem os pontos principais da problemática objeto do Planejamento. Vale salientar também que o Planejamento é um processo que se aperfeiçoa continuamente com seu desenvolvimento, inclusive porque os sistemas das informações estatísticas, organizados em sua função, também se tornam progressivamente mais eficientes e adequados. A ênfase dada a esses aspectos visa a chamar a atenção para o surgimento dos falsos estrangulamentos técnicos totais, comuns entre os planejadores quando a informação disponível, por insuficiente, impede que se ponha em marcha o planejamento, e a evitar-se que o perfeccionismo técnico, na exigência de copiosas informações, leve à preocupação pelas minúcias e ao relativo descaso dos aspectos mais importantes.

Os sistemas de informações estatísticas, organizados em função do processo de planejamento, devem, pois, basear-se nas variáveis mais significativas da problemática de saúde e oferecer informações homogêneas, úteis e no tempo oportuno, para o enfoque apropriado dos problemas. Tais sistemas, funcionando integrados no Planejamento, abarcam todas as etapas do Processo, não se limitando apenas aos aspectos tradicionais mais vinculados à fase descritiva do Diagnóstico, mas oferecendo também informações operacionais, principalmente aquelas que instruem a avaliação da eficiência das técnicas utilizadas. O funcionamento dos sistemas é assim também contínuo e acompanha o desenvolvimento do próprio Processo Programático; a Elaboração dos elementos de infor-

mação não é portanto uma variável independente da programação e a melhoria e a ampliação do campo da informação estatística estão correlacionadas ao avanço na teorização e na execução do Planejamento.

As informações estatísticas para o Planejamento da Saúde têm, dessa forma, um caráter fundamentalmente operacional, adequando-se sempre aos requerimentos do processo programático e servindo de base às decisões correspondentes; não traduzem apenas os fenômenos, sejam os relacionados aos problemas ou ligados às características da política de saúde, mas permitem o relacionamento entre os fatos descritos e a vinculação operacional entre meios e problemas, atividades e objetivos, recursos e resultados. Para alcançar essas finalidades, os sistemas de informações ultrapassam os limites da Estatística de Saúde tradicional e abraçam áreas novas no campo da Administração, particularmente a análise dos cursos em relação aos efeitos, essencial à orientação dos juízos de eficiência, diretriz definidora das atividades de programação.

Convém salientar que os aspectos que vimos analisando significam já uma evolução da informação estatística exigida pelo Planejamento, que implica a definição de correlações e coeficientes de interdependência, relações fundamentais capazes de orientar a interpretação das tendências das diversas situações e o estabelecimento de juízos sobre a eficiência dos procedimentos programados. Essas relações permitem também a formulação dos modelos analíticos e normativos que servem como instrumentos de análises dos modelos reais, para o estabelecimento da ordem de valores e das decisões correspondentes.

Não é, entretanto, como já se evidenciou, apenas as informações estatísticas, no sentido de dados representativos dos fenômenos, mesmo quando relacionados entre si e analisados dentro do conjunto a que pertencem, que o planejador de saúde deve buscar na apreciação dos problemas programáticos. Todo o complexo social deve ser considerado: o acervo de vivência dos acontecimentos, as opções políticas da

comunidade, enfim, a percepção das forças orientadoras ou dos aspectos caracterizadores da circunstância social. O instrumental estatístico prevê as informações sobre que se baseia o arcabouço técnico do Planejamento, mas não pode traduzir toda a complexidade da realidade social em que inserem as atividades do processo programático.

CONCLUSÕES

I — O Desenvolvimento é uma categoria social de totalidade, integradas em seu contexto as atividades de saúde, as quais, desta forma, integrando o Processo de Desenvolvimento, estão por ele condicionadas;

II — O Planejamento é o instrumento válido para a promoção do Desenvolvimento, como objetivo consciente e processo dirigido; através do Planejamento procura-se maximizar os resultados alcançados, através da utilização mais eficiente dos recursos disponíveis;

III — O Planejamento, como processo e técnica de racionalização das atividades para a elevação da eficiência na aplicação dos recursos, exige o conhecimento adequado dos problemas e recursos para a orientação das decisões a tomar;

IV — O Planejamento de Saúde, integrante setorial do Planejamento Global do Desenvolvimento, requer também, em todas as suas etapas e aspectos, um fluxo oportuno de informações apropriadas, necessárias à execução e desenvolvimento do processo programático;

V — As informações requeridas pelo Planejamento de Saúde são elaboradas extra e intra Setor. Os sistemas específicos de informações estatísticas, organizados dentro do Setor Saúde, “deve orientar-se em função das exigências do Planejamento Setorial e se basearem nas variáveis mais significativas da problemática de saúde, oferecendo informações homogêneas, úteis e em tempo oportuno”;

VI — Os sistemas setoriais de informações estatísticas devem cobrir também os aspectos operacionais do Setor, par-

ticularmente a análise dos custos em relação aos resultados, para a avaliação da eficiência e satisfatoriedade das técnicas e programas;

VII — A insuficiência das informações, em uma circunstância dada, não deve impedir que se implante o Processo Programático. Os sistemas setoriais de informações estatísticas integram o próprio Processo de Planejamento e com êle se desenvolvem e se aperfeiçoam;

VIII — A informação estatística é pré-condição de planejamento e exigência permanente dos processos de racionalização que êle implica. Tôdas as decisões programáticas baseiam-se no conhecimento das situações; a implantação e o desenvolvimento de sistemas adequados de informações estatísticas em saúde é, pois, condição imprescindível ao Planejamento Setorial.

CAPÍTULO X

Encerramento

Discurso de agradecimento — Dr. Walter Leser, Secretário de Saúde
do Governo do Estado de São Paulo

Discurso do Senhor Ministro da Saúde, Dr. Leonel Miranda

Discurso do Excelentíssimo Senhor Presidente da República, Ma-
rechal Arthur da Costa e Silva

DISCURSO DE AGRADECIMENTO

Dr. WALTER LESER (*)

Ao encerrar-se a IV Conferência Nacional de Saúde, sentiram os participantes que convinha fôsse feita uma avaliação dos seus resultados imediatos; não se pode agora, naturalmente, senão medir a eficiência da sementeira, sabendo que de muitos outros fatores dependerá a riqueza da colheita.

Semearam-se idéias e sugestões para o encaminhamento de soluções para problemas de alto interêsse para os participantes, porque de significado vital para o povo de nossa terra.

Coligindo em simpósio e mesas redondas as opiniões autorizadas de grandes expoentes da cultura em terras da América, debatendo em grupos de trabalho pontos-de-vista ainda objeto de controvérsia, reuniu-se um conjunto de recomendações magnificamente traduzidas, no documento final, graças à inexcedível capacidade do Prof. Manoel Ferreira.

Tal documento espelha, com perfeição, a principal característica da Conferência: a compreensão de que os problemas de saúde não constituem atribuição exclusiva dos sanitaristas, exigindo ativa participação dos educadores.

No campo específico dos recursos humanos para a saúde, mais avulta esta participação, estendida a todos os níveis do sistema educacional, seja para a formação de pessoal especializado, seja para que possam ser introduzidos, em todos

(*) *Secretário de Saúde do Governo de São Paulo.*

os escalões do ensino, os conhecimentos essenciais para a promoção e preservação da saúde.

Atendo-nos apenas, para exemplificar, a um dos setores mais diretamente envolvidos, torna-se patente o quase total divórcio entre os objetivos do ensino médico e o que se convencionou chamar realidade brasileira. Atenuada no último decênio, esta situação ainda está a exigir ampla reformulação do currículo de formação profissional, permitindo que o futuro médico receba, durante o curso, não só a informação relativa à problemática de saúde da população, mas também, e principalmente, a inspiração capaz de motivá-lo para as carreiras sanitárias.

Também foi notória, neste conclave, uma atitude geral de não conformismo, de desejo de uma transformação capaz de revitalizar o esforço nacional em busca da elevação dos níveis de saúde, principalmente focalizando os grupos populacionais até agora menos protegidos. O simpósio internacional e a mesa redonda que cuidou do saneamento básico forneceram valiosos subsídios nesse sentido.

Foi profícua a discussão sobre planejamento em saúde pública e estatística, pondo em relêvo a magnitude das tarefas a desenvolver neste terreno, seja quanto à adequada definição dos elementos informativos a coletar, seja no que diz respeito à eficiente utilização dos mesmos.

Fui indicado para interpretar o pensamento dos participantes, neste momento, honra que me desvanece e para qual não encontro outras razões senão a de, sendo velho professor de medicina preventiva em uma escola médica, ser também transitòriamente, o responsável pela saúde pública em um dos Estados da Federação, aliando, assim, os atributos de sanitarista e de educador.

Em nome dos meus colegas, posso afirmar, com tranquilidade, que merece os mais altos encômios a iniciativa do Ministério da Saúde, que excedeu qualquer expectativa ao trabalho de organização desenvolvido pela Comissão Exe-

cutiva, que nos sensibilizou profundamente a forma gentil e generosa com que fomos acolhidos pela Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, a cujo presidente, Dr. Edmar Terra Blois, queremos deixar expressa nossa admiração e agradecimento.

Aqui viemos para trabalhar e aprender; seja-nos permitido afirmar que o mais alto elogio a formular se consubstancia nestas palavras: “trabalhamos e aprendemos”.

DISCURSO DO MINISTRO LEONEL MIRANDA (*)

Excelentíssimo Senhor Presidente da República

Meus Senhores:

Aos instalar esta Conferência, manifestei minha esperança de que ela viesse trazer proveitosa contribuição para vencermos os números negativos da situação sanitária brasileira.

Era fácil prever os resultados de um encontro de sanitistas e educadores, em intercâmbio de experiências e troca de idéias, a fim de ajustarem princípios e tarefas fundamentais para a formação dos profissionais de saúde de que o Brasil realmente necessita.

Tais objetivos foram alcançados, confirmando-se, assim, as nossas esperanças. Os convencionais cotejaram dificuldades, fizeram uma revisão de planos e aspirações, somaram entusiasmo, para caminharem em linhas convergentes no sentido do ideal comum.

Sabemos todos que o país ainda não dispõe do contingente necessário, qualitativa e quantitativamente, para levar a proteção e a recuperação da saúde, nos níveis reclamados de produtividade e de atendimento da demanda, a todo o seu vasto território.

É necessário, portanto — e isto está assinalado no relatório final dêste conclave — que a universidade participe do desenvolvimento da Política Nacional de Saúde, agindo prin-

(*) *Pronunciado no encerramento da Conferência — Dia 4 de setembro de 1967.*

principalmente na realização de pesquisas; no aprimoramento de métodos e técnicas de trabalho, na formulação dos currículos, compatibilizando-os com o mercado de trabalho; na criação de centros de desenvolvimento comunitário e na integração das atividades assistenciais aos programas de ação governamental, em consonância com a realidade econômica do país.

É necessário, igualmente, como proclamam ainda as conclusões, que o pessoal auxiliar seja formado em nível primário e médio, em rápida capacitação para o trabalho específico de apoio aos programas de saúde.

Sem preocupação constante com a mão-de-obra, em todos os seus níveis de qualificação, nenhum programa de Governo poderá obter êxito.

Assim entende o Ministério da Saúde e, nesse sentido, vai trabalhar com todo o empenho de modo que, na realização de seus projetos prioritários, sejam observados os propósitos que ficaram estabelecidos neste conclave.

Senhor Presidente da República:

Em nome do Ministério da Saúde e no de meus colegas convencionais desta Conferência, quero agradecer a honrosa presença de Vossa Excelência ao encerrar esta solenidade.

Mais do que um estímulo ao trabalho de todos nós, esta visita significa uma reafirmação do quanto é incisivo o empenho de Vossa Excelência na realização da Meta-Homem, pedra angular do programa estratégico do Governo, para dar ao povo brasileiro, em tôdas as áreas, condições prévias, que permitam o aceleramento do processo de desenvolvimento econômico do país.

O DISCURSO PRESIDENCIAL (*)

Ao encerrar esta IV Conferência Nacional de Saúde, assinala a circunstância de se tratar da primeira que se realiza após a Revolução de 1964. Longe de estar fazendo uma observação gratuita, desejo estabelecer uma relação íntima que se deve notar entre os acontecimentos de 31 de março e os problemas fundamentais do Brasil, até ali agressivamente equacionados em termos de propaganda política, sem que os homens empenhados em projetá-los, através das lentes deformadoras de uma pregação sectária, houvessem decidido empreender esforço sincero para integrá-los num quadro coerente e objetivo de estudos e soluções.

A êsse esforço é que estamos dedicados agora, de corpo e alma, muito atentos à modéstia dos recursos disponíveis, mas vivamente animados do propósito e da fundada esperança de ampliá-los, ano a ano, segundo um programa racionalmente concebido para a cobertura das nossas necessidades, no vosso como nos demais setores da atuação governamental.

Se hoje os inimigos, ostensivos ou disfarçados, da Revolução, já não têm como deixar de creditar ao primeiro Governo dela resultante a implantação do hábito do planejamento para melhor gestão dos negócios públicos, ao segundo Governo revolucionário que tenho a honra de presidir, há de ser reconhecida, entre outras, a contribuição de uma reforma da mentalidade dominante, para que se conceba o processo de desenvolvimento como um todo integrado. Potencialidades, possibilidades e dificuldades devem ser vistas pela mesma

(*) *Pronunciado, por ocasião do encerramento da Conferência, pelo Excelentíssimo Senhor Presidente da República, Marechal Arthur da Costa e Silva.*

óptica integralizadora, responsável pela percepção do relacionamento entre partes de um todo que não continuará a ser fragmentado sem que se constitui a comprometê-lo, na medida em que se comprometa o seguro avanço de cada parte.

Com grande satisfação verifico estarem presentes a esta Conferência os Reitores das Universidades e também elementos ligados ao ensino médico e de outras profissões de saúde. Juntamente com o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação toma, assim, a sua cota de responsabilidade na solução de problemas que rotineiramente poderiam ser encarados no âmbito da Pasta específica. Mas no meu Governo não há compartimentos estanques. Quero-o funcionando, cada vez mais, como um conjunto de órgãos vivos e sensíveis às tarefas uns dos outros, de tal modo que o trabalho de um possa repercutir favoravelmente, como está acontecendo, em muitos outros, e que cada qual se beneficie no labor harmônico dos demais.

O tema central dos vossos estudos e conclusões, nestes seis dias de duração da IV Conferência Nacional de Saúde, está intimamente relacionado com a nossa meta principal, que é o Homem: *Recursos humanos para as atividades de Saúde*. E a meta-Homem, como bem sabeis, implica a mobilização de todos os componentes do bem-estar: saúde, educação, emprego, moradia, alimentação, vestuário, recreação e previdência social. Sêria ocioso lembrar a importância do primeiro componente, pois o homem enfermo põe-se à margem do processo de desenvolvimento, deixando de beneficiar-se dele na mesma medida em que se anula como o seu principal fator de robustez, continuidade e êxito.

Não é demais, entretanto, acentuar que não emito êsses conceitos por inspiração de circunstância, movido pela simples necessidade de presidir ao encerramento desta Conferência. A ela compareço munido da autoridade de quem se preocupou com seus temas e suas teses, muito antes que se conhecesse a vossa agenda. O nosso Programa Estratégico — definidor das diretrizes gerais do Governo — dedica dois

amplos capítulos à Saúde e ao Saneamento, integrando-os no quadro enumerativo das vigas mestras da infra-estrutura social. Lá se apontam os objetivos prioritários a atingir: a intensificação do combate às doenças transmissíveis; — a melhoria da produtividade do sistema de proteção e recuperação da saúde, para a elevação da taxa anual de atendimento da demanda de assistência médica; — e a expansão da rede de unidades locais de saúde.

No desdobramento dessas três grandes linhas, encontra-se expressamente inscrito o vosso tema central: melhoria da qualificação do pessoal profissional e intensificação da formação de pessoal de nível médio e auxiliar, como um dos meios para o aumento de produtividade e ampliação da cobertura dos serviços de saúde.

Estamos, portanto, perfeitamente entendidos quanto ao que deveremos fazer nos próximos anos, os quais, por coincidência, conterão o meu mandato e também o prazo máximo que nos separará da V Conferência Nacional. Até lá, teremos a honra de abrigar os membros do Congresso da Organização Mundial da Saúde, que, escolheu o Brasil para sede de seus trabalhos em reconhecimento da alta importância que meu Governo atribui aos problemas vinculados à sanidade de nossas populações. Além da presença do Dr. Marcolino Candau — em cuja pessoa nosso País tem o privilégio de dirigir um organismo de tamanho vulto — agradeço o comparecimento do Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde e dos representantes de associações internacionais de ensino das profissões de saúde, e de fundações estrangeiras que cooperam com o Brasil na nobre missão de lhe dar populações sadias, aptas para o trabalho criador e plenamente investidas da dignidade da condição humana.

ANEXOS

1. Roteiro de trabalho
2. Composição dos Grupos

ROTEIRO DE TRABALHO

1. O pessoal que atua no campo de saúde poderá ser classificado:

- a) profissionais de saúde (nível superior);
- b) auxiliares de saúde (níveis médio e elementar).

2. Na classificação se levará em conta:

O nível educacional: características das ações de saúde; possibilidades de acesso e aperfeiçoamento.

3. A qualificação do pessoal compreende dois processos:

- Ensino e treinamento técnico;
- acesso às fontes de informação do conhecimento humanístico.

4. Maior ênfase no preparo de pessoal auxiliar, tendo-se em vista a complexidade tecnológica e o processo do desenvolvimento.

5. Preparação do pessoal e sua utilização, de acordo com os programas decorrentes da Política Nacional de Saúde.

6. Preparação de pessoal de alto nível para a elaboração dos programas de saúde, supervisão e coordenação das atividades e análise de sua execução.

7. Centralização na elaboração das normas de ensino, através de encontros entre os responsáveis pelos órgãos de saúde em todos os níveis e os responsáveis pelo ensino, visando ao preparo do pessoal para as atividades de saúde.

8. Descentralização na preparação do pessoal de saúde, principalmente da categoria auxiliar, dando ênfase à distribuição regional dessas atividades.

9. Formação de pessoal de nível superior, de todos os grupos profissionais, necessário à proteção, manutenção e recuperação da saúde, entrosando-o nas atividades práticas.

10. Reformulação do ensino de "Medicina Preventiva" a fim de integrá-lo nos contextos sociais, econômicos, psicológicos e culturais das comunidades, onde os profissionais vão atuar.

11. Realização do ensino de saúde pública nas universidades, seja em escolas autônomas ou em institutos de "Medicina Preventiva", desde que estes estejam abertos a todos os graduandos das várias escolas ou faculdades da universidade.

12. A formação regular do pessoal de saúde deve estar vinculada às exigências da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

13. Preparo do pessoal de saúde intimamente associado com seu aproveitamento no setor público ou privado, assegurando-se *status* funcional adequado e retribuição salarial compatível com o nível das exigências para o exercício da função.

14. Incentivo ao estudo dos recursos humanos, de modo que se possa, progressivamente, adaptar a organização do ensino à avaliação científica dos resultados.

15. Educação vinculada à realidade econômica e social do país.

16. A política educacional, levando em conta o fator mencionado no item 15, atenderá à realidade nacional, oferecendo oportunidades para o correto desenvolvimento do país.

GRUPO 1

1. Dr. Amaury Coutinho
2. Dr. Armando Ribeiro dos Santos
3. Dr. Benedictus Philadelpho de Siqueira
4. Dr. Bolivar Bastos Gonçalves
5. Dr. Dilermando Leite Corrêa
6. Dr. Eugene P. Campbell — Observador
7. Dr. Fernando Figueira
8. Dr. Hermelino Herbster Gusmão
9. Dr. José de Oliveira Coutinho
10. Dr. José Guilherme Lacôrte
11. Eng.^o José Ribeiro da Silva
12. Dr. José Roberto Ferreira — Coordenador
13. Enf.^a Maria Dolores Lins de Andrade
14. Dr. Murilo Villela Bastos
15. Dr. Renato Bello Moreira
16. Dr. Rocha Filho
17. Dr. Walter Leser

GRUPO 2

1. Dr. Alcides Figueiredo da Silva Jardim
2. Dr. Benedito Pinho de Souza
3. Dr. Caio Benjamim Dias — Coordenador
4. Dr. Clóvis Pitaluga de Moura — Presidente
5. Dr. Hugo Coelho Barbosa Tomassini — Relator
6. Dr. João Batista Caribé
7. Eng.^o José de Santa Ritta
8. Dr. Laurênio Lins de Lima
9. Dr. Rubem Moreira Netto
10. Dr. Ubirajara Pessoa Guerra

GRUPO 3

1. Eng.^o Adilson Coutinho Serôa da Motta —
Presidente
2. Dr. Adolfo Rosevics
3. Dr. Aloysio Prata — Coordenador
4. Enf.^a Clélea de Pontes
5. Dr. Delbos Zola Deodoro da Silva
6. Dr. Délio da Câmara da Costa Alemão
7. Dr. José Rodrigues Coura
8. Dr. Martinus Pawel — Relator
9. Dr. Newton Potsch Magalhães

GRUPO 4

1. Dr. Agostinho Saldanha de Loyolla
2. Eng.^o Ataulfo Coutinho
3. Enf.^a Clélia Faria de Medeiros
4. Dr. David Tejada de Rivero
5. Dr. Domingos Barbosa Carvalheda — Coordenador
6. Dr. Hamilton Raulino Gondim
7. Dr. José Duailibe Murad
8. Eng.^o Lincoln de Campos Continentino
9. Dr. Massilon Saboia
10. Dr. Waldemar Cantergi
11. Dr. Wandyck del Favero

GRUPO 5

1. Dr. Achilles Scorzelli Junior
2. Dr. Aristeo Gonçalves Leite
3. Dr. Djalma Almeida
4. Dr. Francisco de Paula da Rocha Lagôa
5. Dr. Francisco de Paula Guimarães
6. Dr. Jayme Santos Neves — Relator
7. Dr. José Maria de Freitas — Presidente
8. Dr. José Thomas Nabuco de Oliveira Filho
9. Dr. Luiz Carlos Galvão Lôbo — Coordenador
10. Dr. Manoel Rivardo Carvalho
11. Dr. Mário Rubens de Mello
12. Enf.^a Raymunda Becker

GRUPO 6

1. Dr. Adalberto Mendes de Oliveira
2. Dr. Almir Figueira
3. Dr. Alvaro Vieira de Mello — Relator
4. Dr. Benone L. Ribas — Presidente
5. Eng.^o Domingos Lavigne de Lemos
6. Dr. Emmanuel A. Figueiredo
7. Dr. Fernando Leitão
8. Dr. João Pereira Rosa
9. Dr. Joir Fonte
10. Enf.^a Maria Rosa S. Pinheiro
11. Dr. Nelson de Resende — Coordenador

GRUPO 7

1. Dr. Antônio Jorge de Almeida
2. Enf.^a Clélia Luiza Gonçalves Pinho
3. Dr. Darcy Ferreira Menezes
4. Dr. Ernani Camargo
5. Enf.^a Helena Pereira
6. Dr. João Felipe
7. Dr. José Aleixo Prates e Silva
8. Dr. José Pinto Machado — Coordenador e Presidente
9. Dr. Mozart de Abreu e Lima — Relator
10. Dr. Oswaldo Lopes da Costa

GRUPO 8

1. Dr. Aldemar Negrão Martins
2. Dr. Antônio Garcia Filho
3. Enf.^a Elsa Ramos Paim
4. Dr. Fausto Pereira Guimarães
5. Dr. Hamilton Machado de Carvalho
6. Dr. Helio Helbert dos Santos
7. Dr. João Batista Risi
8. Dr. João de Souza Pondé Neto
9. Dr. Odair Behn Franco
10. Eng.^o Szachna Eliaz Cynamon

GRUPO 9

1. Dr. Aloysio Neiva Filho
2. Dr. Álvaro de Pinho Simões — Relator
3. Dr. Carlos Guimarães Pereira da Silva
— Presidente
4. Dr. Clóvis Boechat de Menezes
5. Dr. Ely Baía de Almeida
6. D. Enilda Lins da Cruz Gouveia
7. Dr. Frederico Simão Barbosa
8. Dr. Hermes Affonso Bartholomeu
9. Dr. Luiz Fernando Rocha Ferreira da Silva
10. Dr. Oswald Moraes Andrade
11. Dr. Raynero de Carvalho Maroja

GRUPO 10

1. Dr. Abel Tenório de Souza Rocha
2. Dra. Abigail Valois de Oliveira
3. Dr. Antônio Simão Figueira
4. Dr. Francisco Degni
5. Dr. Guilherme Joffily
6. Dr. Hugo Vitorino Alquéres Baptista
7. Enf.^a Iêda Barreira e Castro
8. Dr. Isauro Rosado Maia
9. Dr. Jamil Varella Cardoso
10. Dr. José Duarte de Araújo
11. Dra. Mabel Cerqueira Viana
12. Dra. Maria Berila Conceição
13. Dr. Sylvio Lengruber Sertã

GRUPO 11

1. Dr. Augusto Bastos Filho
2. Dr. Domingos Abbes
3. Dr. Ernani Agrícola — Coordenador
4. Dr. Henrique Bandeira de Mello
5. Dr. Jayme Drumond de Carvalho
6. Dr. João Martins de Almeida
7. Eng.^o Jorge de Campos Valadares
8. Dr. Lucillo Feliciano Castilho
9. Dr. Lúcio Costa
10. Dr. Mário Brandão Tôrres
11. Dr. Nilo Chaves de Britto Bastos
12. Dr. Oto Pessoa de Mendonça — Relator
13. Dr. Walter Dantas de Góis

GRUPO 12

1. Dr. Carlos Gentile de Mello
2. Dr. Eduardo Capistrano do Amaral —
Coordenador
3. Dr. Gilberto da Costa Carvalho
4. Dr. Guenther Riedel
5. Dr. Jorge Saldanha Bandeira de Melo
6. Dr. José Leite Saraiva — Presidente
7. Dr. Luiz Antônio Guillon Ribeiro
8. Dr. Moysés Szklo
9. Dr. Nelson Liechavicius
10. Dr. Nelson Luiz de Araújo Moraes
11. Dr. Ney Lacerda
12. Dr. Nilton Freitas Cardoso
13. Dr. Nina V. Pereira Nunes
14. Prof. Sávio de Albuquerque Antunes
15. Dr. Urcício Santiago
16. Dr. Walter de Moura Cantídio

GRUPO 13

1. Dr. Aloysio Amâncio da Silva
2. Dr. Djalma Novaes
3. Dr. José Ortiz Monteiro Patto
4. Dr. Luiz Corach
5. Enf.^a Maria da Glória Leite Rozas
6. Dr. Milton Tiago de Mello
7. Dr. Nilson Guimarães
8. Dr. Orlando José da Silva
9. Dr. Osmar P. Lannes
10. Dr. Renato Worski

GRUPO 14

- 1.. Dr. Antônio Vespasiano Ramos — Presidente
2. Dr. Arthur Campos de Paz
3. Dr. Eulâmpio Cordeiro
4. Dr. Fernando Sarmiento Plech
5. Dr. Harley Pinheiro Padilha — Relator
6. Enf.^a Maria Antonieta Siqueira Prado
7. Dr. Mário de Oliveira Ferreira
8. Dr. Naum Keiserman
9. Dr. Paulo Chaves — Coordenador
10. Dr. Rubens Rodrigues

GRUPO 15

1. Dr. Aderbal Loureiro Jatobá — Presidente
2. Dr. Antônio Jesuíno dos Santos Netto
3. Dr. Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão — Relator
4. Dr. Carlyle Guerra de Macedo
5. Eng.^o Constantino Arruda Pessoa
6. D. Déa Figueiredo
7. Dr. Eurico Suzart de Carvalho Filho
8. Enf.^a Hermengarda de Faria Alvim — Coordenadora
9. Dr. Mário Antônio Sayeg
10. Enf.^a Sônia Daher

GRUPO 16

1. Dr. Cid Manegali — Assessor
2. Dr. Francisco de Castilhos Marques Pereira
— Presidente
3. Dr. Francisco Genário Salles
4. Dr. João Geraldo Gonçalves da Silva — Coordenador
5. Dr. Joaquim Eduardo de Alcântara
6. Dr. Jonathas Nunes de Barros
7. Dr. José Martiniano de Azevedo Netto
8. Dr. Maurício de Pinho Gama
9. Dr. Nisomar de Azevedo
10. Dra. Ruth Sandoval Marcondes
11. Dr. Verlande Duarte Silveira
12. Dr. Walter José de Carvalho
13. D. Zilah Timóteo da Costa

GRUPO 17

1. Dr. Dagoberto Marques de Miranda
2. Dr. Dáphnis Ferreira Souto
3. Dr. Eduardo Vital de Santos Melo
4. Dr. Heródoto Pinheiro Ramos
5. Dr. Humberto Carneiro da Cunha Nóbrega
6. Dr. Joffre Marcondes de Rezende
7. Dr. Lydmar Ribeiro dos Santos
8. D. Maria Virgínia Pinheiro
9. Dr. Max Herbert Berner
10. Agr.^o Moisés Jacob Schenker — Relator
11. D. Néa Costa
12. Dr. Pedro Ad Vincula Filho
13. Dr. Walter Silva — Presidente
14. D. Wilma Soares

Composto e impresso nas oficinas do
Serviço Gráfico da Fundação IBGE, em
Lucas, Rio de Janeiro, GB — Brasil.