NILTON LUIZ TORNERO

O EMPREGO DE AUXILIARES DE SAÚDE EM ÁREAS
EM DESENVOLVIMENTO

Orientador:

Prof. Dr. REINALDO RAMOS

Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública da U.S.P. para obtenção do título de MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

São Paulo

1 977

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SP - 8

À Teresinha, Maurício,
Marisa (amigos), João, Adeli-
na (pais), Sandra (irmã) e Ci-
ro (tio) o autor dedica este
trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Reinaldo Ramos, pela orientação precisa e eficiente, o que diminuiu - em muito - a distância entre Londrina e São Paulo.

Ao Darli Antonio Soares, exemplo de amizade, dedicação ao trabalho e ao ensino, ao qual muitos são devedores e dentre estes o autor.

Aos amigos Carmem e Milton R. Laprega, Neusa e Luis Cordoni Jr. e Luiz Roberto de Oliveira, com os quais o autor teve oportunidade de discutir vários trechos do presente trabalho e receber valiosas sugestões.

À Maria Teresinha T. Tornero pelo apoio diário, imprescindível, o que deixou o autor bastante a vontade para a realização desse estudo.

Aos demais colegas do setor de Saúde Comunitária da Universidade Estadual de Londrina: Ana Misako Y. Ito, Anna Cândida M. Foizer, Lilia B. de Magalhães, Maria do Socorro de O. de Souza, Nelson R. dos Santos e Paulo R. Gutierrez, pelo estímulo constante.

A Sra. Maria Terezinha Dias de Andrade por orientações várias e pelo empenho dispensado por ocasião da impressão deste trabalho.

A Srta. Tereza Oda pelo esmero com que datilografou o original.

A todos aqueles que, de uma maneira ou outra, contribuíram para que esse trabalho se tornasse possível.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
I. A SAÚDE E OS RECURSOS DOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO	6
II. O EMPREGO DE AUXILIARES DE SAÚDE EM ÁREAS EM DESENVOLVI- MENTO	20
III. HISTÓRICO	29
IV. SITUAÇÃO E ESTUDO DE CASO NA AMÉRICA LATINA	38
V. O EMPREGO DE AUXILIARES DE SAÚDE NO BRASIL NA ATUALIDADE	43
CONCLUSÕES	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

INTRODUÇÃO

Segundo LACOSTE³⁷ (1966) o problema do subdesenvolvimento passou a interessar de maneira crescente primeiramente os economistas, e a seguir outros estudiosos, a partir da 2a. guerra mundial. Embora o fato não fosse novo, constatou-se que, ao lado de um reduzido número de países ricos, existia um grande número de países pobres.

Na atualidade, conforme grande número de estudos reconhecem, os países ricos geralmente são industrializados, localizados geograficamente na Europa, América do Norte e incluindo, além desses, o Japão, a Austrália e a Nova Zelândia, os países pobres geralmente são ex-colônias de metrópoles européias que obtiveram sua independência política em diferentes épocas, algumas recentemente, como é o caso das ex-colônias portuguesas na África.

Constatou-se também que aqueles, além de industrializados, geralmente detêm o monopólio tecnológico e financeiro; ao mesmo tempo em que exportam artigos manufaturados, entre eles mesmos ou para os países pobres, exportam também capital em grande volume aos demais países.

A industrialização desses 2 grupos de países, conforme acentua LACOSTE, apresenta diferenças fundamentais: "Nos países desenvolvidos, a industrialização é um fenômeno global, diversificado, coerente e acumulativo. Sendo global, ela integra, com efeito, num mercado o conjunto da população; diversificada e coerente, é, com efeito, constituída de "sistemas de máquinas", de "sistemas de transportes" e de "sistemas de cálculos" ligados entre si e ao conjunto do mercado; fenômeno cumulativo, pois esses sistemas de máquinas fabricam outras máquinas que as completam e aperfeiçoam e, por outra parte, sua eficácia é acrescida pelas interrelações.

Nos países subdesenvolvidos, a industrialização é um fenômeno incompleto, incoerente e não cumulativo. Com efeito, somente uma fração da população é integrada no setor de economia moderna, o resto fica à parte, pela fraqueza do poder de compra. Incompleto, pois, ao inverso dos países desenvolvidos, onde o consumo de produtos industriais atinge em grande parte objetos que são fabricados no país, os Estados do Terceiro Mundo utilizam, no essencial, objetos manufaturados que não produziram".

A principal fonte de capital desses países é a exportação de matérias primas para os países industrializados. Muito capital investido nesses países o é sob a forma de filiais de empresas localizadas nos países ricos. Como essa inversão visa fundamentalmente o lucro do investidor, nem sempre a nova indústria corresponde às prementes necessidades do país que a recebe.

Constatou-se também estarem todos esses países ininseridos em um contexto de comércio mundial, onde os países pobres dependem dos ricos, porque a eles vendem suas matérias primas; por outro lado, os ricos dependem dos pobres porque é a eles que vendem grande parte de seus artigos manufaturados e aplicam substancial parte de seu capital. Tem-se mostrado, contudo, cada vez mais claramente, serem os países ricos os maiores beneficiários desse comércio: os preços dos produtos manufaturados por eles exportados sobem constantemente enquanto os das matérias primas importadas dos países pobres baixam no mercado mundial na mesma proporção. Logo, os países pobres cada vez mais são dependentes dos países ricos: dependem de seus mercados, de seu capital para tentar ampliar o parque industrial, quer sob a forma de inversões quer sob a forma de empréstimos.

Os países atualmente chamados de pobres, subdesenvolvidos ou em desenvolvimento são definidos em relação aos países industrializados, tomados como padrão. Dentro desse ponto de vista discute-se se realmente está havendo desenvolvimento em vários países; levanta-se dúvidas sobre a viabilidade econômica de alguns deles, ou seja, discute-se se determinados países - geralmente pequenos territórios, de baixa densidade demográfica - se desenvolveriam algum dia, segundo os padrões citados. Frequentemente vê-se dados mostrando que, apesar da passagem dos anos, alguns países têm se tornado mais pobres do que o eram alguns anos atrás. Enquanto isso "nos países altamente desenvolvidos", conforme acentua MYRDAL⁴⁵ (1972), "todos os índices sobem com firmeza".

A esta dependência tecnológica e econômica liga-se uma gama de outras influências, segundo as quais os países em desenvolvimento - usar-se-á doravante tal nomenclatura, sem esquecer as limitações do termo - tendem a imitar modelos dos países desenvolvidos. Na área da saúde, de interesse imediato, alguns poucos exemplos ilustram o fato: 1. importação de aparelhos caros e sofisticados que, via de regra, serão empregados em benefici

cio de diminuta parcela da população; 2. tendência a comparar mecanicamente cifras de países em desenvolvimento com a de países desenvolvidos e tirar conclusões do tipo: "se no país X, desenvolvido, se conseguiu reduzir tal taxa ao valor Y em Z anos, aqui temos condições de fazer o mesmo, desde que tenhamos boa vontade". Esta conclusão é falha porque as enormes diferenças entre os dois grupos de países não são levadas em conta; analisa-se o fato do ponto de vista exclusivamente técnico, esquecendo que o desenvolvimento do setor saúde está ligado ao desenvolvimento global da sociedade; 3. inversão de prioridades sanitárias.

Compartilhando-se do ponto de vista segundo o qual o desenvolvimento do setor saúde é um reflexo do desenvolvimento global da sociedade é que se julgou útil fazer as considerações acima. O que os povos dos países em desenvolvimento devem fazer para romper a dependência aos países desenvolvidos e buscar sua própria maneira de desenvolvimento é, atualmente, uma questão crucial, porém essa análise não é objetivo deste trabalho, assim como não o é uma caracterização mais detalhada das sociedades em desenvolvimento, em seus múltiplos aspectos, ainda que de grande interesse. Limitar-se-á citar algumas dessas características, de maneira sumária, sem contudo discutí-las. O mesmo LACOSTE apresenta os seguintes caracteres principais:

1. Insuficiência alimentar;
2. Recursos negligenciados ou desperdiçados;
3. Grande número de agricultores de baixa produtividade;
4. Industrialização restrita e incompleta;
5. Hipertrofia e parasitismo do setor terciário;
6. Situação de subordinação econômica;
7. Violentas desigualdades sociais;
8. Estruturas tradicionais deslocadas;
9. Ampliação das formas de subemprego e trabalho das crianças;
10. Baixa integração nacional;
11. Graves deficiências das populações (principalmente em relação à saúde e educação);
12. Aumento do crescimento demográfico;
13. Lento crescimento dos recursos de que dispõem efetivamente as populações e
14. Tomada de consciência e uma situação em plena

evolução.

Para explicar um fato relacionado à saúde, v.g., todos esses caracteres se completam, embora o peso atribuído a cada um possa variar conforme o caso. A política agrária representa, nos países em desenvolvimento, um dos eloquentes exemplos de desigualdade social. Em numerosos países da América Latina é comum a existência de grandes fazendas circundadas por minifundios subfamiliares. Estes minifundios são caracterizados por sua pequena extensão, acarretando uma produção extremamente diminuta, não chegando a permitir que as famílias que neles habitam tenham o mínimo necessário para sua subsistência; daí, em épocas de colheita, deslocarem-se até as fazendas, onde aumentam sua renda, vendendo seu trabalho ao grande proprietário. Terminada a colheita, retornam ao minifundio, onde, para os fazendeiros, constituem uma reserva de mão de obra a ser usada nos períodos críticos. Com a mecanização, substituição de lavouras, nas grandes fazendas, essa fonte suplementar de rendas vai diminuindo, o que acarreta um empobrecimento maior dessas famílias e, como é de se esperar, uma degradação de sua saúde. Muitas famílias são compelidas a se mudarem para as cidades, expulsas direta ou indiretamente do campo por estas ou outras razões. Tenderão a se localizar na periferia dos grandes centros, em habitações precárias, com condições higiênicas e sanitárias praticamente inexistentes, como serviços de água e esgoto; não constituindo mão de obra especializada, contribuirão para aumentar o subemprego; com isto, o trabalho das crianças torna-se cada vez mais necessário, as quais executam pequenos expedientes, muitas vezes constituindo a única fonte de renda familiar. Com essas condições, a insuficiência alimentar manifestar-se-á de forma crônica e junto com as precárias condições sanitárias, formarão o substrato ótimo para a grande incidência e prevalência de doenças infecciosas vistas nestas populações, acarretando altos índices de morbi-mortalidade, principalmente infantis.

A discussão sobre o uso de auxiliares de saúde está na ordem do dia; muitos são contra porque acreditam que a assistência oferecida será de baixa qualidade; talvez este seja um argumento para conservar o monopólio médico sobre a saúde. No outro extremo estão aqueles que são a favor, vendo vantagens no uso de auxiliares, como uma dádiva divina que possibilitará estender as ações de saúde às populações desassistidas a baixo cus

to; a miúdo esta posição é defendida por tecnocratas que, frequentemente, enxergam o setor saúde como sistema isolado. Espera-se mostrar que ambos pontos de vista são falhos.

Tentar-se-á caracterizar os problemas sanitários dos países em desenvolvimento procurando-se mostrar que a resolução dos mesmos transcende, em muitos casos, o circuito puramente técnico do setor saúde. Com isto pretende-se caracterizar o meio onde o auxiliar de saúde atuará. Far-se-á, a seguir, uma revisão sobre alguns aspectos técnicos sobre os mesmos, abrangendo também o seu histórico. Restringindo-se a exemplos da América Latina, estudar-se-á o caso da Venezuela, onde tais auxiliares são empregados em nível nacional a vários anos. Na última parte apreciar-se-á a experiência brasileira recente sobre o assunto, quer através de alguns programas oficiais, quer através da experiência isolada de Londrina, Pr.

I. A SAÚDE E OS RECURSOS DOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

Falha grave detetada em vários estudiosos do uso de auxiliares de saúde é que o quadro nosológico, seus fatores condicionantes, dificuldades de controle, raramente são levados em conta em suas análises. Frequentemente os profissionais de saúde, mesmo aqueles dedicados à saúde pública, ignoram as principais doenças que deverão ajudar a combater. Outras vezes usa-se expressões vagas como: "os auxiliares devem atender as necessidades do país" ou "os auxiliares devem ser adaptados à realidade em que vivem", expressões desprovidas de crítica, o que as tornam, muitas vezes, desprovidas de sentido. Porisso, ao se discutir as possíveis funções desses auxiliares, propõe-se que os mesmos apliquem vacinas, deem educação sanitária de eficácia duvidosa e tratem meia dúzia de doenças.

Neste capítulo procurar-se-á recordar sumariamente os grandes problemas de saúde pública das áreas em estudo, com o objetivo de mostrar que um sistema, cuja proposta é utilizar os auxiliares, não pode ignorá-los.

Realmente, "os auxiliares devem estar adaptados à realidade na qual irão atuar". Isto pressupõe o conhecimento amplo do quadro nosológico da região, não se "esquecendo" de nenhuma doença, como, v.g., fazer programas para o controle da Tuberculose e "esquecer-se" da Hanseníase em áreas endêmicas; pressupõe também o conhecimento da epidemiologia e controle de cada doença, assim como os fatores relacionados a sua incidência. Estes fatores devem ser os fatores primários e não os secundários. Assim, a persistência das diarreias infantis explica-se secundariamente pela deficiência de higiene, embora se saiba que a explicação primária imediata seja a inexistência ou precariedade de um sistema, ainda que rudimentar, de água e esgoto. Esses serviços, frequentemente, não existem porque as autoridades ignoram seu valor, mas sim, porque as prioridades de inversão do dinheiro podem ser outras: construção de praças, asfaltamento de ruas principais e de bairros residenciais elegantes, modernização do patrimônio público do município, entre outros. Uma proposta de convencer autoridades no sentido de que construindo sistemas - por mais elementares e baratos que sejam - de água e esgoto estariam contribuindo para a melhoria de saúde das populações de seus municípios pode significar tanto excesso de ingenuidade

quanto deficiência de senso crítico.

oooooooooooo

Ao se comparar alguns indicadores sanitários do conjunto dos países em desenvolvimento nota-se:

- a) alta taxa de mortalidade infantil;
- b) baixa mortalidade proporcional acima dos 50 anos;
- c) baixa esperança de vida ao nascer;
- d) grande importância das doenças infecciosas e parasitárias;
- e) alta mortalidade materna.

Esse quadro está intimamente relacionado às características gerais dos países em desenvolvimento. É através do quadro sanitário, das doenças que incidem nas populações, que as múltiplas deficiências dessas sociedades são postas à manifesto.

1. As principais doenças existentes nos países em desenvolvimento.

Conforme acentuam COCKBURN & ASSAAD¹⁶ (1973), 50% dos óbitos que ocorrem nesses países são devidos a doenças transmissíveis. Constituem causa de óbito importante em todas as faixas etárias, estando nos menores que 5 anos seu papel mais dramático e, entre esses, nos menores que 1 ano. Na Guatemala, segundo a OMS⁵⁰ (1976), para este grupo etário, as doenças transmissíveis são responsáveis por 60,0% dos óbitos, conforme se calculou a partir dos dados oferecidos para 1972; no Chile, por 45,9% e na Costa Rica, por 39,2%. Para o mesmo período, mas para o grupo etário de 1 a 4 anos, tem-se: Guatemala, 68,9%; Panamá, 42,8%; e Costa Rica, 42,2%. As doenças transmissíveis responsáveis por tal mortalidade, segundo o mesmo informe, são: as Enterites e Doenças Diarreicas, a Influenza e a Pneumonia, Bronquite e outras doenças das vias respiratórias, a Coqueluche, o Sarampo, a Meningite, para os menores de 5 anos nos países citados, além de Cuba, Uruguai e Venezuela. Para o conjunto desses 7 países latinoamericanos, por exemplo, as Enterites e Doenças Diarreicas contribuíram com 16,5% do total de todos os óbitos observados em me

nores de 1 ano; para um conjunto de países considerados desenvolvidos (Hungria, Itália, Nova Zelândia e Suécia) para o mesmo ano e grupo etário, a contribuição desse grupo de doenças para a mortalidade foi de 4,3%, ou seja, 3,8 vezes maior.

Uma série de outras doenças transmissíveis são endêmicas em vastas regiões do mundo em desenvolvimento, incidindo em diferentes grupos etários, sendo igualmente importantes causas de morbi-mortalidade. Muitas dessas endemias são predominantemente rurais, como a Doença de Chagas, a Peste, a Esquistossomose; outras, principalmente as transmitidas pelas vias respiratórias, têm sua maior incidência em zonas urbanas, como o Sarampo, Meningite, Coqueluche; em outras, a distinção é menos nítida: Tuberculose, Doença Diarreica. No entanto, todas essas endemias estão associadas ao baixo nível de vida das populações, quer urbanas quer rurais. Nas populações urbanas incidem com maior frequência naquela parcela populacional de pior nível sócio-econômico, onde as condições epidemiológicas necessárias à disseminação dessas doenças existem. Isto indica que, pela alta importância, o controle dessas endemias não pode ser menosprezado num sistema de saúde baseado no uso de auxiliares; por outro lado, a simples existência dos mesmos e a consciência desses problemas também de nada adiantará se as causas determinantes não forem removidas; a remoção dessas causas geralmente não compete ao setor saúde. O tratamento sintomático de diarréias poderá baixar sua mortalidade específica, mas não a morbidade. A vacinação anti-diftérica poderá diminuir a mortalidade por esta doença; porém, em termos gerais de mortalidade, poderá ter pouco peso, se as más condições de vida persistirem e as crianças morrerem de outras doenças.

A importância de algumas dessas doenças endêmicas poderá ser melhor realçada por poucas informações, com ênfase às Américas:

A Tuberculose é problema prioritário de saúde pública no mundo em desenvolvimento, chegando a sê-lo também nos países desenvolvidos. Observa-se porém uma diferença quantitativa importante: enquanto que para um conjunto selecionado de países desenvolvidos a taxa de mortalidade no biênio 1967-68 foi 6,8/100 mil habitantes, para um conjunto de países em desenvolvimento foi 34,3/100 mil habitantes¹⁶. Isto sem considerar-se a fidedignidade dos dados, principalmente no último conjunto de países,

onde, de maneira geral, os dados são subestimados. Fato idêntico ocorre em relação às outras doenças.

Dados recentes da OMS¹ (1976) mostram que enquanto na América do Norte e Europa a incidência anual pode atingir 100 casos por 100 mil habitantes, esta mesma incidência é estimada em 200 para a América Latina (América Central incluindo México, América do Sul e Caribe), 250 para a África e 300 para algumas regiões da Ásia e Oceania. Na Europa chega a ser responsável por 2,8% do total de todos os óbitos em alguns países; esse valor sobe para 4,5% nas Américas, atingindo valores máximos na Ásia: até 10,4%. Quando se compara a América Latina com os Estados Unidos e Canadá, estima-se que a condição epidemiológica na América Latina é no mínimo 10 vezes pior; em algumas regiões a situação é pior agora do que antes da era da quimioterapia⁶². O risco da infecção é calculado 100 vezes superior no conjunto dos países em desenvolvimento; isto se deve ao reservatório extremamente amplo nesses países¹. Frequentemente a Tuberculose é lembrada como sendo uma doença de fácil diagnóstico, tratamento e medidas de prevenção eficazes e baratos^{1,14}. No entanto, a persistência da endemia nos países citados faz supor que, pelo menos, o fácil diagnóstico, o tratamento e as medidas de prevenção eficazes e baratos não estão sendo suficientes para controlá-la e que as causas do fracasso devem ser melhor investigadas.

A Malária é considerada pela OMS como o problema sanitário mundial de maior relevância, incidindo em vastas regiões da África, Ásia e Américas. No Brasil, segundo MOTTA⁴³ (1975) a área original malárica é estimada em 81% do território nacional, com uma população exposta de 42 milhões de pessoas.

Estima-se que a Doença de Chagas incida em 7 milhões de sulamericanos⁵³, dos quais 5 milhões seriam brasileiros⁵⁷.

A Peste é considerada um dos principais problemas de saúde pública na Ásia; o Brasil possui importante área posta, num total estimado de 240.000 km² com uma população de risco em torno de 5 milhões, abrangendo áreas do Nordeste e dos Estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro⁴⁴.

Em relação à Hanseníase, dados da OMS⁵⁴ (1970) estimam em cerca de 11 milhões os hansenianos no mundo em 1965, dos quais 350 mil estariam nas Américas. Investigações mais recentes revelaram que de 1965 a 1970 este número pouco se alterou⁵. No

Brasil, para 1975, tinha-se uma prevalência total de 1,3%, com variações de 2,9% na Amazônia até 0,3% no Nordeste¹⁹.

A Filariose acometeria pelo menos 250 milhões de pessoas no mundo, distribuídas por todos os continentes, excetuando-se a Europa⁵⁵.

A Esquistossomose é considerada pela OMS o 2º problema sanitário mundial. Importantíssima no Brasil, sua prevalência, porém, não é baseada em cálculos precisos⁴².

Para cada caso de tétano que ocorre em um país desenvolvido, segundo BYTCHENKO¹⁵ (1973), ocorrem 135 nos países em desenvolvimento, 80% dos quais são de tétano do recém-nascido. Este autor insiste na relação dessa doença com o nível sócio-econômico das populações, citando como exemplo o caso dos Estados Unidos onde, de 1900 a 1942, antes da era da vacina, a taxa de mortalidade diminuiu 5,8 vezes, devido à melhoria do nível de vida naquele país.

Outras doenças podem ser citadas: a Oncocercose, uma das principais causas de cegueira adquirida, juntamente com o Tracoma e a Xeroftalmia, tendo-se descrito focos em expansão no Brasil (região Amazônica)⁶⁶; o Dêngue, virose comum no Caribe; a Febre Amarela, ameaça constante em grandes regiões em desenvolvimento; as Parasitoses Intestinais diversas, de alta morbidade; a Difteria; a Poliomielite; as Doenças Transmitidas Sexualmente.

Restam ainda algumas doenças de evolução crônica, não transmissíveis, de grande prevalência nas regiões de melhor nível sócio-econômico, onde a esperança de vida é maior: Hipertensão Arterial, Diabetes Melitus, Artrites várias. Restam as causas responsáveis pela alta mortalidade materna (Toxemia, Hemorragia, Sepsis, Abortos ilegais) que devem ser controlados. Restam os acidentes do trabalho. Resta a desnutrição e as anemias carenciais, cartão de visita da insuficiência alimentar, cujas causas remontam à política agrária como principal fator.

É, portanto, complexo o quadro onde atuarão os auxiliares.

2. Alguns fatores diretamente ligados à persistência das doenças.

Todas aquelas características apontadas por LACOS-

TE contribuem para que o estado de saúde das populações das áreas em desenvolvimento seja precário. A baixa integração nacional, tomando-se apenas um exemplo, refletida pela deficiência de estradas, por má conservação ou suspensas ao tráfego durante épocas de chuva, isolam as comunidades do restante da região ou do país e nestas os serviços sanitários das populações, impedindo que os programas tenham continuidade.

Existem alguns fatores ligados à persistência das doenças que guardam uma relação mais direta. Abordar-se-á sucinamente alguns desses principais condicionantes:

2.1. Desnutrição: parece não existir dados precisos a respeito do número de desnutridos no mundo, mormente em crianças. BENGUA⁶ (1974) fala em 100 milhões, em menores de 4 anos, considerando-se somente as formas moderadas e graves, mais fáceis de detetar. Ainda segundo este autor, cerca de 10% desses desnutridos habitariam a América Latina; na África viveriam 18,7 milhões. No entanto, um outro estudo, da OMS⁵⁰ (1976), fala em 60 milhões de desnutridos somente naquele Continente.

A desnutrição como causa básica de óbito é pouco importante; como causa associada, ocorre o oposto. Isto foi bem demonstrado no conhecido estudo de PUFFER & SERRANO⁶⁴ (1973), analisando as características de mortalidade na infância (até os 4 anos de idade) em 15 projetos distribuídos por 8 países da América Latina (sendo 3 no Brasil: Recife, Ribeirão Preto e São Paulo) e 2 na América do Norte. Verificaram esses autores que a desnutrição como causa básica ou associada estava presente em 35,2% dos óbitos nos projetos da América Latina e 4,4% nos projetos da América do Norte.

Nos países da América Latina ficou patente a inter-relação existente entre deficiência nutricional e imaturidade. Este último fator foi considerado como o mais importante na vulnerabilidade à doença, aumentando o risco de morte no período neonatal. Tanto a imaturidade como o baixo peso ao nascer indicam crescimento e desenvolvimento insuficientes durante a gestação; tal estado é atribuído, em grande parte, ao mau estado nutricional materno. Daí os autores citados afirmarem que "os dados dos projetos latinoamericanos sugerem que o problema da deficiência nutricional começa com a futura mãe". 57% de todos os óbitos estudados têm como causa básica ou associada estas 2 afecções.

É bastante divulgado o fato de a morbidade, principalmente por doenças transmissíveis, ser maior no desnutrido; são conhecidos, entre outros, os estudos realizados na Guatemala, comentados por BEHAR⁴ (1975), mostrando que, geralmente após o desmame, os episódios dessas doenças são muito mais frequentes que nas crianças sadias.

Infelizmente a resolução deste problema pouco depende de medidas tomadas pelo setor saúde. Fundamentalmente poder-se-ia enumerar 3 importantes fatores responsáveis pela insuficiência alimentar com conseqüente desnutrição a grandes parcelas da população:

a) baixa produtividade do campo, pelo uso de instrumentos primitivos de trabalhar a terra, pela adubação precária, pela existência de latifúndios improdutivos;

b) as relações de produção antiquadas, levando a uma maior concentração de capital nas mãos dos grandes proprietários e empobrecimento progressivo da maioria dos camponeses, os quais frequentemente não têm terras;

c) ênfase à produção agrícola voltada à exportação, com o auxílio de subsídios, empréstimos a baixo juro, etc., o que torna o mercado mundial mais lucrativo. Esta é a maneira, como se frisou na introdução, dos países em desenvolvimento conseguirem divisas para tentar contrabalançar os manufaturados que importam. MONTEIRO⁴¹ (1977) cita dados para o Brasil, onde com para a produção de 1967 a 1975 de produtos para o mercado interno (arroz, feijão e mandioca) com os produtos para o mercado externo (soja, cana e laranja). Os dados permitem concluir que existe "estagnação da produção de arroz e feijão, e um decréscimo de produção de mandioca ao lado de uma grande expansão da soja, cana e laranja".

Vários países têm adotado políticas de distribuição de alimentos, paliativas, como forma de controle da desnutrição, principalmente aos grupos considerados de maior risco, ou seja, gestantes e menores que 1 ano. Esta medida, porém, não tem entusiasmado muito as autoridades em nutrição. BEHAR⁵ (1976), por exemplo, é da opinião que "o problema não pode se resolver por completo melhorando a nutrição das mães durante a gestação porque o peso das crianças ao nascer não só está relacionado com a malnutrição materna durante este período senão também com a pouca estatura das mães, que por si só pode ser sinal de desnu-

trição durante sua própria infância".

2.2. Saneamento básico deficiente: segundo dados recentes da OMS⁸³ (1976), no conjunto dos países em desenvolvimento (excluindo-se a China) para 1975, 77% da população urbana desses países tinha acesso à água, quer através de conexões domiciliares quer através de "fontes de fácil acesso"; para a população rural tinha-se 22% e no geral 38% da população desses países era servida. Em relação ao sistema de esgoto (público ou individual), 75% da população urbana o possuía e somente 15% da população rural; em termos gerais, 33% dessas populações contavam com tal serviço. Nas Américas, segundo o citado informe, 58% da população total contaria com tais benefícios em relação à água e 63% em relação a rede de esgoto.

Os critérios usados em cada país para definir o que significa ter água em casa pode variar de um para outro, o mesmo dizendo-se em relação ao sistema de esgoto; termos como "água de fácil acesso" são suficientemente amplos para que se lhes dê múltiplas interpretações. Devido a essas e outras ressalvas, é provável que a população que realmente se beneficia integralmente desses serviços seja bem menor que a apresentada.

A respeito, um estudo anterior da OMS⁴⁸ (1964) mostrou que somente cerca de 10% da população desses países recebia água corrente a domicílio, muitas vezes de maneira intermitente e às vezes apenas algumas horas diárias. Informava ainda que cerca de 40% da população urbana desses países e em torno de 70% da população total não dispunha de água trazida por conexões domiciliares a uma distância razoável das moradias.

Por outro lado, cerca de 30% da população urbana e de 10 a 20% da população total serviam-se de fontes de água situadas a cerca de 100 m de seus domicílios ou inclusive mais longe. O mesmo estudo estimou, levando em conta o que seria o abastecimento público de água em boas condições (segundo WOLMAN, citado no estudo, o abastecimento público de água seria a "condução contínua a uma casa ou ao pátio de uma casa de uma quantidade suficiente de água de boa qualidade a uma pressão razoável") que somente 5% de 250 milhões de pessoas que moram em zonas urbanas de 60 países da África, América Latina e Ásia dispõem de abastecimento de água em boas condições.

Analisando, no mesmo trabalho, a possibilidade de essas obras de infra-estrutura superarem as taxas de crescimento

demográfico, concluíram que, nas condições atuais, isto não parece viável. Afirmaram que "apesar dos estimáveis progressos realizados em alguns países a desproporção entre as necessidades e os meios de remediá-los é cada vez maior", ou seja, a taxa de crescimento dessas obras tem estado aquém das taxas de crescimento demográfico desses países. Como tal situação não muda da noite para o dia, pode-se acreditar que os dados recentes da OMS estão superestimados, o que indica a importância desse fator ambiental como grave determinante de grande número de importantes doenças.

Comentários semelhantes poderiam ser feitos em relação ao que cada país considera como rede de esgotos. No Brasil, por exemplo, FERREIRA²³ (1974) diz que muitas cidades do interior não possuem rede de esgotos sanitários mas apenas galerias de águas pluviais, as quais, quase sempre, trabalham como se fossem coletoras de esgotos domésticos e recebem, além dos dejetos humanos, toda sorte de águas residuais. Esclarece ainda 'serem tais galerias consideradas erroneamente, por muitos, como sistemas de esgotos sanitários e como tais figuram inclusive em estatísticas oficiais. Em outros casos, com a mesma denominação, estão relacionadas localidades que dispõem tão somente de trechos isolados de canalização de esgotos (coletores), servindo pequenas áreas, sem obedecer a um plano de conjunto.

FONSECA²⁸ (1974) estima os seguintes valores para a população brasileira, para 1970: população servida por água: 55,0% (urbana); população rural servida: 2,5%; total da população servida por água: 32,8%. Para esgoto: população urbana : 29,8%; população rural: 0,47%; total da população servida: 17,5%. Informa ainda que em 1968, dos 3935 municípios brasileiros, 1732 (44%) contavam com algum tipo de fornecimento de água. O autor, todavia, não esclarece os critérios adotados para definir abastecimento de água e rede de esgotos.

Várias doenças, como é sobejamente conhecido, devem suas altas incidências às deficiências das redes de água e esgotos: as Diarréias Infantis, outras doenças de veiculação hídrica, a Esquistossomose. Não é pequeno o número de autores que, alarmados com os grandes danos provocados por essas doenças, esquecem o papel primário do saneamento para culparem a "ignorância das populações", achando ser a educação sanitária a solução para o problema. Outros aguardam a descoberta de vacinas ou medi

camentos mais eficazes. Em tempos recentes, porém, vários são os autores que têm usado sua autoridade para mostrar que o controle dessas doenças somente ocorrerá com medidas visando estabelecer uma infra-estrutura de saneamento.

Em relação ao uso de vacinas, vale citar a opinião de GANGAROSA³¹ (1976), quando diz que "os resultados deste procedimento de empregar uma vacina para uma só doença têm sido realmente desalentadores do ponto de vista dos instrumentos para controle que foram aparecendo. A Febre Tifóide, para a qual se dispõe de uma vacina razoavelmente satisfatória, não tem sido controlada em nenhum lugar mediante a vacinação". Mais adiante comenta que "evidentemente, as vacinas entéricas não constituem a solução do problema da luta contra as doenças entéricas, nem tão pouco constituirão, pelo menos em um futuro previsível, supondo que existisse tal possibilidade".

3. Outros fatores importantes podem ser citados: as moradias precárias e sua relação com um grande número de doenças; fatores técnicos diversos (resistência de vetores a inseticidas, custo crescente dos inseticidas, etc).

ooooooooo

Analisando-se as relações existentes entre a saúde e o nível de desenvolvimento das sociedades, os planejadores que pensam em utilizar os auxiliares de saúde devem conhecer muito bem essas relações para não jogarem ao setor saúde responsabilidades maiores do que aquelas que lhe são pertinentes no controle dessas endemias.

Julgar que a saúde pode fazer o que lhe compete, ignorando o estágio de desenvolvimento de outras áreas sociais, pode levar a ações pouco realísticas. Uma delas seria tentar reduzir a mortalidade através de vacinações e do tratamento precoce (o uso de auxiliares permite isso); dar acesso à maioria da população aos serviços ambulatoriais e hospitalares, tentando com isso aumentar o número de pré-natais, partos hospitalares, óbitos com assistência médica, necrópsia, além de evitar internações desnecessárias, entre outros. Poder-se-ia pensar em um paradoxo: uma população vacinada, com fácil acesso aos serviços de

saúde, que terá uma assistência razoável quando adoecer, mas habitando barracos, subempregada, as crianças nuas e desnutridas, mas com o "direito" de morrer nos hospitais. Seria esta situação um bom exemplo daquilo que Illich chama de "modernização da miséria". Os auxiliares não devem ser concebidos como instrumentos dessa "modernização" indesejável.

4. Os recursos humanos e materiais.

Os estudos revelam que existe falta absoluta e relativa desses recursos; mostram que estão concentrados nos centros de maior nível sócio-econômico e nestes a população servida é justamente a de maior poder aquisitivo. A relação entre o pessoal de nível universitário, técnico e auxiliar está frequentemente invertida.

VILLARREAL⁷⁹ (1974) compara o setor saúde com uma indústria que, através de um conjunto de atividades, produz bens e serviços. Em uma indústria ou empresa qualquer, existe uma hierarquização do pessoal, lembrando uma pirâmide. As bases, amplas, são constituídas pelos funcionários de linha, pouco especializados, responsáveis maiores pela produção; conforme se desloca em direção ao ápice, a especialização aumenta e novas funções vão ganhando importância: o planejamento, o controle, a assessoria, a supervisão, ou seja, as funções administrativas em geral.

Neste aspecto, pelo menos na América Latina em 1970, a pirâmide dos profissionais adquire feições extravagantes: 42% são pessoal de nível auxiliar (corresponderia à base da pirâmide), 12% são de nível técnico (corresponderia ao meio da pirâmide); no ápice tem-se 46% de profissionais de nível universitário⁷⁹.

Considera-se geralmente pessoal de nível universitário os médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos e veterinários; as informações mais completas referem-se aos 3 primeiros. Em 1972 havia uma relação de 6,1 médicos por 10 000 habitantes na América Central e 7,4 na América do Sul; na América do Norte (Estados Unidos e Canadá) esta relação é em torno de 15. Existe variação regional, indo de 0,8 no Haiti até 20,9 na Argentina⁶⁰. A variação regional existe não só entre países, mas dentro de um mesmo país: a maioria desses profissionais trabalham

nos centros mais prósperos de cada região. Entre vários exemplos disponíveis, no México tem-se, para 1970, 6,9 médicos por 10 000 habitantes; a razão dos mesmos nas capitais e grandes cidades (acima de 500 mil hab.) é 22,9 enquanto no resto do país é 3,0⁶⁰. Isto ocorre em qualquer país, mesmo nos desenvolvidos. No Brasil GENTILE DE MELLO³² (1970) mostrou que a distribuição dos profissionais de nível superior acompanha a rede bancária. Tal distribuição de médicos, pelo menos na América Latina, parece ter-se agravado nos últimos anos⁶⁰.

Em relação ao pessoal de enfermagem, a situação não é muito diferente. Em 1972 calculou-se que havia cerca de 940 mil enfermeiras graduadas nas Américas e 1,7 milhões de auxiliares de enfermagem. A distribuição desse pessoal também não é uniforme: 87% concentra-se em apenas 2 países: Estados Unidos e Canadá. Outras distorções são observadas: em 19 países da América Latina havia mais médicos que enfermeiras e mais auxiliares que enfermeiras (o que, neste último caso, é desejável); em 4 desses países o número de médicos era maior que o número de auxiliares de enfermagem⁶⁰. A maioria das enfermeiras diplomadas exercem a profissão em hospitais: um outro estudo, da OPS⁵⁸ (1973), mostrou que na América Latina somente 10% a 30% das enfermeiras dedicam-se à atividades de algum modo relacionadas à saúde pública. Como a grande função das mesmas na saúde pública é a supervisão do pessoal de enfermagem, vê-se o quanto é carente o pessoal para esta função. Sobre o pessoal de enfermagem (auxiliares) é conhecido o fato de serem precariamente treinados e pouco motivados para a função, por várias razões.

Em relação aos dentistas, o problema é semelhante: para 1972 a taxa por 10 000 habitantes era de 4,9 na América do Norte; 1,0 na América Central e 2,9 na América do Sul⁶⁰. Esse número é considerado, na maioria dos países, como inadequado para atender às necessidades da população. Em muitas áreas da América Latina, mais de 90% das crianças em idade escolar têm cáries e 25% apresentam problemas de dentição manifestos ou incipientes que devem ser corrigidos⁵⁹.

Sabe-se que a distribuição dos leitos hospitalares acompanha as tendências acima.

Dados referentes à África indicam que a situação dos recursos naquele Continente é pior que na América Latina⁴⁹.

Consequência da concentração dos profissionais nos

grandes centros, à ausência relativa e absoluta dos mesmos, além de outros fatores como duplicação de órgãos prestadores de serviços, descoordenação das ações, pessoal mal treinado, baixa remuneração, leva ao fato de que a maioria das populações dos países em desenvolvimento não possuem o mínimo acesso aos serviços médicos. A população rural e aquela que habita pequenas vilas são as mais desfavorecidas. Dados recentes da OPS⁶¹ (1976) informam que 47% da população total da América Latina não tem nenhum acesso aos serviços sanitários. 80% da população africana vive na zona rural e, em sua maioria, não dispõe de acesso a nenhum tipo de assistência sanitária⁴⁹.

Mesmo nos centros onde estão concentrados os recursos existe uma parcela importante da população sem acesso aos mesmos; isto se depreende do grande número de óbitos sem assistência médica que ocorrem nesses locais: 10,7% do total de todos os óbitos investigados em adultos falecidos entre 15-74 anos e estudados em 12 cidades importantes das Américas por PUFFER & GRIFFITH⁶³ (1968).

No caso de crianças falecidas com menos de 5 anos, a situação é pior, conforme indicam os dados de PUFFER & SERRANO, em trabalho já citado. De uma maneira geral 39,6% desses óbitos ocorreram fora dos hospitais nos projetos da América Latina. Tal porcentagem atinge valores maiores em comunidades rurais, mesmo naquelas próximas aos grandes centros. No caso dos óbitos neonatais, v.g., tem-se que em Viacha (Bolívia) 78,6% desses óbitos ocorreram fora dos hospitais; esta comunidade está situada a 32 km de La Paz, a qual, por sua vez, apresenta quase 50% de seus óbitos como tendo ocorrido fora dos hospitais. Mesmo em relação aos óbitos ocorridos em nosocômios, importa conhecer se houve tempo para que os recursos dos mesmos possam ter sido usados eficazmente para salvar vidas; isto somente é possível, na maioria dos casos, várias horas após a internação. No estudo em questão este prazo foi fixado em 48 h, considerando-se que os falecimentos antes deste período não conseguiram se beneficiar dos recursos médicos existentes em sua totalidade: houve uma subutilização dos mesmos. Tem-se para os projetos latino-americanos que 60,4% dos óbitos ocorreram em hospitais e, destes, 27,1% após 48 hs de internação e, portanto, 33,2% antes de 48 h. No período de 1-4 anos, 58,2% dos óbitos ocorreram fora de hospitais e, dos ocorridos nos mesmos, somente 19,4% ultrapassaram o

limite fixado de 48 h mínimas de internação; portanto, 80,6% faleceram sem assistência ou com assistência precária.

Para o Brasil, em 1972, para o Nordeste, VILLAS BÔAS⁸⁰ (1975) afirma que 52,9% dos óbitos ocorreram sem atestado médico.

Conjugando-se todos esses fatores, pode-se admitir que as populações dos países em desenvolvimento sem a mínima atenção médica, juntamente com aquela que a tem de maneira precária e de baixa qualidade, devem beirar, em muitos lugares, entre 90-95%, fato bastante alarmante.

A rede sanitária desses países é precária ou mesmo inexistente, permitindo coberturas pequenas e descontínuas. Na África, há países onde os Centros de Saúde não existem; em outros, existem em número tão reduzido, com relação por habitante tão baixa, que na prática é como se não existissem.

A inexistência ou precariedade da rede sanitária de serviços gerais não permite à maioria da população se beneficiar dos programas e que esta rede sirva de órgão de apoio às ações das campanhas. Apesar da existência de vacinas eficazes contra um grande número de doenças, estas continuam sendo problemas de saúde pública na maioria das áreas em desenvolvimento. Vários fatores explicam este fato, porém, seguramente, um dos mais importantes é justamente a precariedade ou insuficiência da rede sanitária.

Os recursos financeiros podem existir em quantidade suficiente e serem mal distribuídos ou serem insuficientes e também mal distribuídos, acarretando sérias consequências.

Concluindo, um programa visando a criação de um sistema de atendimento, no qual o auxiliar de saúde tenha importante papel, não pode omitir os aspectos aqui citados. Não pode ignorar as doenças prevalentes na região; não pode ignorar as limitações do setor saúde; não pode ignorar que o aumento do pessoal deve seguir o aumento da rede sanitária de serviços gerais e, finalmente, não deve esquecer de fixar prioridades e reclamar por mais verbas quando as mesmas forem de fato insuficientes.

II. O EMPREGO DE AUXILIARES DE SAÚDE EM ÁREAS EM DESENVOLVIMENTO

Quando se fala em auxiliares de saúde está se falando também em assistência sanitária primária, aspectos interligados, que se complementam. É fundamental que, para a discussão do tema, se conheça o significado desses conceitos.

Para FLAHAULT²⁷ (1976), expressando opinião da OMS, a assistência sanitária primária "consiste em prestar serviços simples e eficazes que os pacientes podem obter facilmente e que contribuem para melhorar as condições de vida dos indivíduos e das coletividades".

Observa-se a justeza da expressão "prestar serviços simples e eficazes" ao invés de "prestar serviços simples". A muitos pode parecer que, à luz da sofisticação atual da assistência médica, a assistência simples pode ser sinônimo de assistência de segunda classe. A OMS e todos os estudiosos do assunto reconhecem, todavia, a possibilidade da assistência ser ao mesmo tempo simples e eficaz. Dy²¹ (1974), no discurso introdutório feito por ocasião do 1º Seminário Regional de Assistentes Médicos, patrocinado pela OMS e celebrado em Manila, disse que "... não é assistência médica muito sofisticada a necessária às populações rurais. A maioria dos problemas de saúde encontrados são de natureza comparativamente simples, não requerendo um diagnóstico ou arsenal terapêutico refinados". Pode-se dizer, sem margem de erro, que isto é válido não só para as populações rurais como para a maioria das populações urbanas.

Ainda de acordo com o conceito de assistência sanitária primária, quando se diz que os serviços podem ser obtidos facilmente, isto leva ao conceito de regionalização, extrema, desses serviços, na tentativa de levá-los aos mais distantes e inacessíveis rincões onde haja populações, o que envolve a distribuição extrema e equitativa dos recursos disponíveis.

Ao falar que essa assistência deve contribuir "para melhorar as condições de vida dos indivíduos e das coletividades" se reconhece as limitações do setor saúde, não atirando às suas costas a responsabilidade de melhorar sozinho a vida dos indivíduos e das coletividades. Por outro lado, ao falar claramente em "indivíduos e coletividades", está-se reconhecendo o caráter eminentemente social da medicina, caráter este tão olvidado nos dias atuais.

Para FLAHAULT²⁷ (1976) os órgãos incumbidos de prestar essa assistência sanitária primária são as unidades de aldeia ou locais, os centros de saúde e os hospitais, rurais ou locais. Tanto os órgãos de prestação de serviço como o pessoal deverão estar hierarquizados no sentido do mais simples para o mais complexo. O primeiro órgão que o paciente deveria procurar ou o primeiro órgão a oferecer serviços seria a unidade rural ou local. Na medida em que a complexidade do problema aumenta, o paciente deve ser encaminhado a um nível hierarquicamente superior, de maiores recursos. A disposição do pessoal acompanha tal distribuição: as unidades rurais seriam formadas basicamente por auxiliares aptos a manejar a maioria dos problemas sanitários de uma comunidade. Em um sistema escalonado como o proposto, depreende-se que o pessoal auxiliar será, dentre o pessoal sanitário, o mais numeroso; comporá a linha de frente nos esforços das comunidades para ajudarem a solucionar seus problemas sanitários.

oooooooooooo

Para a OMS⁵² (1968), "o termo "auxiliar", em sua aceção corrente, tem um sentido genérico: refere-se a todo pessoal sanitário de categoria não profissional que ajuda uma pessoa portadora de um título profissional". Segundo esta mesma fonte, um auxiliar, para as Nações Unidas, é entendido como sendo "um trabalhador remunerado que, sem possuir todos os títulos profissionais exigidos em uma especialização técnica determinada, colabora com um profissional e atua sob sua direção".

O auxiliar frequentemente leva o nome da categoria profissional que é treinado para ajudar e da qual recebe supervisão. Assim, fala-se em auxiliar de medicina (ou assistente médico ou equivalente), auxiliar de enfermagem, auxiliar odontológico.

Os auxiliares podem ser ainda classificados como sendo de nível primário ou intermediário, conforme o grau de instrução geral exigido para ingressar na escola de treinamento e a duração do curso. Os de nível primário podem ter, como escolaridade geral, o primário completo ou incompleto. O tempo de treinamento é curto, em torno de poucos meses. São exemplos de auxiliares primários os auxiliares médicos da Venezuela e os "médicos

descalços" da China. Os de nível intermediário têm uma escolaridade geral em torno de 8 anos; o curso específico de treinamento raramente é menor que 2 anos, variando até 4 anos. Os "feldschers" da URSS constituem exemplos bem conhecidos de profissionais de nível intermediário.

A OMS tem falado muito em auxiliares, quase sempre referindo-se aos de nível intermediário; aos de nível primário tem sido dada pouca ênfase. Por exemplo, em 1973 a OMS patrocinou, juntamente com o Centro Internacional J.E. Fogarty de Estudos Superiores de Ciências da Saúde, de Bethesda, EUA, uma Conferência Internacional sobre o pessoal de assistência sanitária, na qual somente se levou em conta os auxiliares médicos de nível intermediário. O próprio FLAHAULT mostra um mapa mundial onde estão representados em cor negra os países que treinam auxiliares médicos. Justificando a inclusão ou não da Venezuela e da China no mapa, diz: "Do mapa se deduz também que certos países - por exemplo, Venezuela - adestram auxiliares de categoria muito baixa, e por isso não aparecem representados em negro. A China aparece não porque forme médicos "descalços", mas sim porque, analogamente à Rússia, utiliza pessoal do tipo "feldsher"²⁶. (grifos do A.)

Em vista do exposto até aqui em relação aos auxiliares, pode-se discutir vários aspectos.

A própria definição de auxiliar, por ser genérica, não entra em detalhes de funções. Estas aparecem quando o auxiliar é definido em relação a uma categoria profissional. Assim, "... o termo "assistente médico" é usado para significar um trabalhador sanitário que recebeu treino apropriado e que, no campo da promoção, proteção e restauração da saúde (incluindo diagnóstico e tratamento de doenças) tem certas tarefas e responsabilidades bem definidas..."⁵². Importante a ser ressaltado é que entre as funções do auxiliar médico está o diagnóstico e o tratamento de doenças, entendendo-se como tal o diagnóstico e tratamento de patologias comuns na área de atuação. Significativo também é o fato da OMS falar em "assistência sanitária primária" e não "assistência médica primária", pressupondo que o diagnóstico e o tratamento de doenças também pode ser feito por não médicos (são os para-médicos de um modo geral), o que é confirmado quando se define o auxiliar médico, visto atrás.

Por outro lado, as distinções feitas entre auxilia

res médicos, de enfermagem ou odontológicos podem ser limitantes. Os únicos que teriam funções delegadas de diagnosticar e tratar doenças, sob supervisão, seriam os auxiliares médicos; os auxiliares de enfermagem teriam as funções clássicas conhecidas. Nada impede, porém, que um mesmo auxiliar seja treinado para executar tarefas até aqui privativas do pessoal auxiliar de enfermagem (e aqui se incluiu as "atendentes de enfermagem", que seriam os auxiliares primários, enquanto os auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, seriam os de nível intermediário), com novas funções, quais sejam: diagnosticar e tratar doenças, fazer pré-natais ou extrair dentes, entre outras. Dai propor-se o termo "auxiliar de saúde", que seria um auxiliar com treinamento polivalente. Isso eliminaria os inconvenientes dos profissionais médicos terem o seu pessoal auxiliar, o mesmo ocorrendo com os profissionais de enfermagem, de odontologia, etc. Naturalmente esse auxiliar de saúde necessitaria de supervisão, a qual pode ser exercida por qualquer dos profissionais citados ou por um outro treinado especialmente para tal fim.

Embora o reconhecimento de que auxiliares de nível intermediário significa um grande avanço em termos de organização sanitária e de custo, deve-se reconhecer que os auxiliares de nível primário têm, potencialmente, condições de serem, no mínimo, tão competentes como os de nível intermediário, a tal ponto que a qualidade do serviço oferecido não seja de segunda classe em relação a estes e não difira destes significativamente. Isto é possível dependendo do currículo, do tipo de treinamento, da motivação. Muitos receiam que um auxiliar de nível primário não seja capaz de diagnosticar e menos ainda tratar uma doença, por mais simples que seja. Fala-se muito em preservar a qualidade dos serviços oferecidos. Há exemplos práticos em abundância provando o contrário. Basta ver o exemplo da Venezuela (cuja experiência será analisada com mais detalhes adiante) e da China, com os "médicos descalços". Uma boa qualificação pode ser conferida ao auxiliar de nível primário, com um curto treinamento. Opinando sobre o problema da qualidade, FENDALL²² (1972) não deixa de ser irônico: "A filosofia das "ilhas de excelência", diz ele, "implica em grandes áreas de mediocridade". A propósito, é valioso o testemunho de MAHLER³⁸ (1975): "Perguntei recentemente a um professor de dermatologia, destacado perito internacional na especialidade: "Na atualidade, o que se deve saber realmente

sobre dermatologia para que se possa abordar 90% dos problemas dermatológicos?" O professor respondeu o seguinte: "Basta e é suficiente conhecer cinco ou seis classificações e poucas classes de medicamentos importantes. De que serve poder identificar doenças da pele contra as quais não se pode fazer nada? Somente interessa identificar as que se podem tratar"... E acrescentou o professor: "Creio que em uma semana poder-se-ia capacitar um indivíduo para realizar um trabalho dermatológico respeitável". Note-se que o professor em questão referiu-se a um indivíduo, donde se depreende que nenhum pré requisito lhe pode ser exigido "para realizar um trabalho dermatológico respeitável". E MAHLER continua: "No entanto em meu país, por exemplo, tem-se que estudar sete ou oito anos para se tornar um membro respeitado da especialidade dermatológica".

oooooooooooo

Ao se analisar o tema "auxiliares de saúde em áreas em desenvolvimento" salientou-se que seu uso transcende ao simples fato de treinar algumas pessoas, delegando-lhes meia dúzia de funções e lotando-as em algumas unidades sanitárias. Exce tuando-se as relações do setor saúde com os outros setores, já bastante comentadas, o próprio setor saúde deverá sofrer modificações profundas para que o sistema proposto seja viável e possa operar com toda sua eficácia e que realmente contribua para o desenvolvimento sanitário e social das comunidades. Abordar-se-á a seguir alguns aspectos inerentes ao setor saúde que igualmente deverão ser revistos e/ou levados em conta nessas transformações.

Um desses aspectos, do qual pouco se falará, visto já bastante enfatizado neste estudo, é justamente o fato de que esse novo sistema sanitário deve fazer parte dos planos gerais de desenvolvimento de um dado país e não ser considerado como experiência isolada dentro do setor saúde. Como acentua MAHLER³⁹ (1975), "sob pena de resultar ineficazes, as atividades de planificação dos Ministérios de Saúde devem transcender, portanto, as limitações da tecnologia médica e devem integrar-se no sistema geral de adoção de decisões políticas". NEWELL⁴⁷ (1975) é da opinião que "não basta combater as epidemias e as endemias, a desnutrição e a alta mortalidade infantil e materna; o povo necessita

saber que há possibilidades de progresso e de mudança e que, caso se organizem melhor as coisas, pode (o povo) assumir a responsabilidade de seu próprio destino".

O sistema assim organizado deve sê-lo para atender a toda a população. Muitos falam em um sistema paralelo, com o uso de auxiliares, para atender populações rurais: outros, para atender populações desassistidas, quer rurais quer urbanas. Ao admitir dois ou mais sistemas, automaticamente está se oferecendo serviços de qualidades diferentes. Por exemplo: as populações urbanas, de maior poder aquisitivo ou com maior poder de barganha, teriam uma assistência toda ela baseada no uso de médicos; as populações rurais e as "marginalizadas", de pequeno poder de troca, teriam de se contentar com um atendimento centrado em auxiliares. A experiência tem mostrado que toda a população pode ser muito bem atendida por um tal sistema operando em nível nacional.

Pode parecer redundância dizer novamente que os auxiliares (e toda a equipe sanitária) devem ser treinados para ajudar a resolver os problemas sanitários do local onde irão trabalhar. Não obstante, este aspecto tem seu fundamento. FLAHAULT²⁷ (1976) diz que "nunca se insistirá bastante em que a composição de uma equipe e a formação de seus membros devem depender das funções que se lhes determina. Ainda que tal possa parecer um axioma, a experiência ensina que com farta frequência se encontra em uma equipe alguém que não deveria a ela pertencer e que, talvez com maior frequência ainda, a formação que recebem os membrs da equipe não corresponde às necessidades do serviço ou da população".

Depreende-se de imediato que o treinamento do auxiliar não pode ser padronizado. Antes de treinar é necessário que o diagnóstico sanitário da região onde o auxiliar (e o pessoal sanitário de um modo geral) vai servir seja o mais correto possível. As dificuldades, técnicas ou não, devem ser conhecidas; as prioridades, fixadas. Como um exemplo de como esse problema pode ser abordado a nível de formação profissional tem-se a experiência da Tanzânia. Segundo DJUKANOVIC e colab.²⁰ (1976), no curso de medicina, o programa de medicina comunitária, todo ele voltado para o estudo dos problemas das comunidades rurais (92% da população é rural) dura 200 semanas, ou seja, em torno de 4 anos. Dessas 200 semanas, no mínimo 22 são dedicadas a práticas de cam

po. Orientação semelhante existe em relação ao treinamento dos demais profissionais que comporão a equipe sanitária.

Aspecto particular relacionado ao exposto atrás e ao conceito de que o sistema deve ser adaptado para auxiliar o desenvolvimento sanitário e social locais, diz respeito às endemias, cuja importância, para algumas delas, foi ressaltada no capítulo anterior. Tradicionalmente as chamadas grandes endemias têm sido combatidas através das Campanhas: contra a Malária, a Febre Amarela, a Hanseníase, a Varíola, etc. As Campanhas são programas verticalizados, onde geralmente não há qualquer liame com a rede sanitária existente. Dispõem de recursos materiais, humanos e financeiros próprios. Estudos críticos do papel das Campanhas mostram que via de regra têm fracassado em alcançar seus objetivos, quais sejam, controlar ou erradicar doenças. Mui tos fatores juntam-se para explicar tais fracassos, porém um, ao qual se tem dado grande ênfase, é justamente o desvinculamento entre as suas ações e as ações da rede sanitária de serviços gerais; esta rede é importantíssima - concluiu-se - como órgão de apoio às atividades da Campanha. Percebendo isto, vários países suspenderam-nas e estão ampliando a rede sanitária; somente quan do esta estiver em condições de servir como órgão de apoio é que as atividades das Campanhas serão reiniciadas. Alguns países têm dado passos mais amplos: as Campanhas têm sido abolidas e a rede sanitária dos serviços gerais tem assumido totalmente o papel que cabe ao setor saúde no controle ou erradicação das endemias. No Brasil esta integração é bastante conhecida em relação à Tu berculose e à Hanseníase. Em outros países o combate à Malária está sendo integrado em moldes semelhantes. Os auxiliares de saú de podem desempenhar atividades fundamentais no controle dessas endemias. Ter-se-ia assim uma rede sanitária de serviços gerais, periférica, responsável por todas as ações de saúde da área*.

Cumprе lembrar, talvez desnecessariamente, que a velha distinção entre medicina preventiva e curativa já foi abo-

* Para uma análise detalhada da integração das Campanhas nos serviços gerais ver GONZALEZ, C.L. - Las campañas de masa y los ser vicios sanitarios generales. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1966 (Cuadernos de Salud Pública, 29).

lida do moderno pensamento em saúde pública. Os auxiliares devem ser treinados para as atividades globais de saúde; o próprio conceito de assistência sanitária primária está definido nestes termos.

Um último aspecto a destacar diz respeito à integração que deve existir entre a planificação, gestão e formação do pessoal de saúde de um modo geral, completamente válido para os auxiliares. Os comentários seguintes são retirados de um estudo recente de FÜLÖP²⁹ (1976).

A respeito das interrelações entre esses três componentes, o autor chama a atenção para o fato de que "o problema mais grave e frequente é a falta de integração (e muitas vezes de coordenação) dos três elementos fundamentais do processo de formação do pessoal de saúde... nos países onde esses três elementos existem e podem inclusive utilizar-se satisfatoriamente, o que não sucede em todos os países".

Frequentemente um órgão é encarregado da planificação do pessoal (como o Ministério da Saúde ou equivalente), enquanto o órgão responsável pela formação do pessoal é outro (Ministério da Educação ou equivalente). Na maioria das vezes não existe coordenação e comunicação entre os dois órgãos, de modo que as diretrizes do órgão planificador, quando existem, são ignoradas pelo órgão formador. A esse respeito, FÜLÖP apresenta a seguinte observação ilustrativa, ouvida com frequência nas escolas de Medicina: "nós não sabemos nada sobre planos de pessoal de saúde. Se é que existem, terão sido preparados pelo Ministério de Saúde Pública e nós não temos nada a ver com eles, visto que pertencemos ao Ministério da Educação".

Processo semelhante observa-se em relação à gestão do pessoal: "na maioria dos casos não existe vigilância nem controle regular das atividades do pessoal sanitário produzido e, em consequência, não se obtém as informações imprescindíveis para melhorar o processo de planificação e produção".

Com isto inexistem vinculações entre os diversos órgãos participantes do processo. Cada componente descrito desenvolve-se com inteira autonomia, seguindo políticas mal definidas ou mesmo antagônicas em relação ao mesmo objetivo.

A maneira de corrigir esta distorção é englobar os órgãos implicados no processo de desenvolvimento dos serviços, de um modo geral, e no desenvolvimento dos serviços sanitários,

em particular. Os órgãos centrais de planejamento estatal devem definir suas diretrizes em relação ao setor saúde. Cabe ao Ministério da Saúde (ou equivalente) fixar as prioridades do setor e expressar tais prioridades, para que sejam claramente explícitas. A formação e gestão do pessoal deve estar acorde com estas políticas. Finalizando, o autor adverte que "nenhuma atividade isolada como nenhum conjunto de atividades conexas podem resolver os complexos problemas pertinentes ao setor do pessoal sanitário. O que se necessita é um critério integrado nas atividades de planificação e programação, completada com constância, paciência e tenacidade na execução dos planos nacionais".

ooooooooo

Os tópicos abordados não esgotam de modo algum o assunto, nem é esse o objetivo deste estudo. Um melhor entendimento do que é supervisão, por exemplo, é extremamente necessário; o mesmo se diga em relação à discussão do que seja equipe de saúde ou então dos aspectos jurídicos implicados na delegação de certas funções, como diagnóstico e tratamento por pessoal auxiliar.

III. HISTÓRICO

Uma análise, ainda que sumária, de como o uso dos auxiliares tem se desenvolvido com o tempo será útil para mostrar a íntima relação existente entre eles e as políticas dominantes em determinados momentos. A discussão dar-se-á em 4 fases: na primeira, far-se-á um histórico da introdução dos "feldshers" na URSS; na segunda, será analisada a introdução de auxiliares em países em desenvolvimento; na terceira, alguns aspectos inovadores da experiência chinesa serão comentados e, por fim, algumas informações sobre a situação atual.

1. Os "feldshers" e a URSS

Esta discussão tem interesse porque foi a URSS o primeiro país a adotar, em nível nacional, o uso de pessoal intermediário, isto muito antes que a discussão do tema se tornasse relevante, pois esta experiência tem início por volta do século XVII. Neste século já foram criados estabelecimentos para o treinamento de pessoal de nível intermediário para trabalhar em hospitais, conforme informações da OMS⁵¹ (1975).

Todavia, os "feldshers" foram introduzidos mais tarde, por volta de 1700, nas forças armadas, tomando-se como modelo os auxiliares das forças armadas alemãs, chamados "barbeiros de campo". Isto se explica porque, durante os séculos XV a XVII, os barbeiros foram utilizados na Europa como cirurgiões das forças armadas e, segundo FLAHAULT²⁵ (1974), eram conhecidos como "feldshers".

Note-se que esses auxiliares, os quais deram origem aos "feldshers", como os próprios, foram utilizados primeiramente para atender às necessidades das forças armadas. Isto se prolongou por vários séculos, inclusive no atual, como ainda será visto.

Ainda no século XVIII iniciou-se o treinamento dos "feldshers" através de corporações locais que, dentro de limites bastante definidos, dirigiam e administravam os serviços de um distrito da Rússia antiga. Entre suas responsabilidades figurava a organização dos serviços sanitários. Este fato leva a supor que, treinados pelas corporações, sua atuação logo se expandiu além dos limites das forças armadas para prestarem serviços às comunidades. As funções desses auxiliares ficam mais claras quan

do se lê que "uma vez completados os estudos, os "feldshers" ingressavam nos estabelecimentos sanitários do "zemstvo" (corporação) como ajudantes dos médicos e, as vezes, como seus suplentes. Também havia, em grande número, postos de "feldsher" ou de "feldsher"-parteira a cargo de uma só pessoa para a prestação de assistência médica em zonas rurais"⁵¹.

Note-se que os mesmos, por essa época, já eram treinados para a prestação de serviços em zonas rurais, onde deveria estar a maioria da população. É interessante assinalar o aparecimento concomitante de uma outra variedade de "feldsher" o "feldsher"-parteira. Depreende-se, pois, que desde o século XVIII já havia uma organização sanitária nacional, na qual os "feldshers" tinham grande importância. Seus trabalhos eram supervisionados pelas corporações. A duração dos cursos era de 3 anos. Segundo a publicação citada, os candidatos deveriam ter entre 15 e 20 anos, sabendo ler e escrever.

Nos primórdios do século XX as escolas para formação de "feldsher"-parteira haviam tomado grande impulso, a duração do curso foi ampliada para 4 anos.

"Esta classe de pessoal", segundo o mesmo documento da OMS, "que combinava as funções de "feldsher" e de parteira era muito útil para o "zemstvo" por razões econômicas, ainda que seu treinamento fosse menos completo que o daqueles que se preparavam para um só desses tipos de trabalho". O argumento econômico, já empregado naquela época, não perdeu sua atualidade, pelo contrário, é citado por todos quanto se dedicam a estudar este assunto. Na Tanzânia, por exemplo, segundo GISH³³ (1973), a formação de um médico graduado em 5 anos (incluindo a escola secundária e a médica) custa fl5,000, enquanto que a formação de um auxiliar médico rural custa f 600 (somente a formação médica).

Com a vitória da revolução socialista, em 1917, reformas radicais ocorreram em todos os setores da sociedade e entre estes o setor saúde. As primeiras atitudes em relação aos "feldshers" foram de hostilidade. SIDEL⁶⁹ (1974) explica que "Em 1918... foi decidido colocar à parte os "feldshers" e substituí-los por médicos regularmente treinados. Todavia, a dificuldade de recrutar médicos que se dispusessem a atuar nas áreas rurais tornou impossível oferecer serviços de saúde adequados sem os "feldshers". Em decorrência disto, as várias escolas de "feldshers" foram unificadas em nível nacional, passando a depender

diretamente de uma Comissão Nacional de Saúde.

Atualmente existem 7 categorias de pessoal intermédio na URSS: "feldsher", "feldsher" de saúde, técnico de laboratório, parteira, enfermeira, ajudante de odontologia e protetico. As escolas técnicas para a formação desse pessoal excedem a 650 e os alunos matriculados são estimados em 400 000. O "feldsher" tanto auxilia o médico como pode trabalhar sozinho, sob supervisão. As funções desses profissionais e outros detalhes técnicos podem ser encontrados na publicação da OMS citada.

O exemplo da URSS mostra que há séculos pessoal auxiliar já era empregado pelo menos em parte do país, sendo as vantagens de seu uso já há muito comprovadas, mesmo considerando-se a Rússia atrasada dos séculos anteriores. A mudança política do regime soube ver, pela prática, as vantagens do uso desse profissional e aperfeiçoar o sistema de prestação de serviços, estendendo-o a toda a população. Ao pessoal auxiliar, entre eles os "feldshers", foi dado papel importante no processo, de modo que hoje constituem peça fundamental no mesmo, permitindo levar assistência sanitária de boa qualidade às mais distantes regiões do território. O exemplo soviético mostra também que os auxiliares não devem existir somente em regiões em desenvolvimento e com carência de médicos: na URSS existem cerca de 375 habitantes por médico, uma das proporções mais altas do mundo, sendo que, de um modo geral, há 1 trabalhador sanitário para cada 100 habitantes⁶⁹.

De maneira análoga, países desenvolvidos, como os Estados Unidos e o Canadá, têm dado ênfase crescente ao treinamento de pessoal auxiliar de nível intermediário.

2. Introdução de auxiliares nas áreas em desenvolvimento da África e da Ásia.

É na África que estão localizadas as escolas técnicas mais antigas para formação de pessoal auxiliar (assistentes médicos ou terminologia varia porém semelhante, de nível intermédio) das áreas em desenvolvimento. Com efeito, as informações disponíveis indicam que as mais antigas delas, até hoje operando, são uma existente em Malawi, fundada em 1910, outra no Sudão (1918) e uma terceira em Ruanda (1944)⁸².

O emprego de auxiliares, tanto no continente africano como asiático (neste último exclui-se a China) foi motiva-

do por razões bastante diferentes daquelas concernentes à URSS.

Primeiramente tem-se que levar em conta que a maioria desses países eram, muitos até recentemente, colônias, cujas metrópoles estavam na Europa, como Inglaterra, França, Bélgica, Portugal. Nas colônias existia uma minoria de pessoas oriundas das metrópoles que detinham o poder político e econômico e as governavam. Em geral, aliavam-se a nativos das elites locais, como respaldo popular ao governo alienígena que representavam. Ao lado dessas elites havia as forças armadas, quer autóctones ou não, porém comandadas por oficiais da metrópole e cujo objetivo era ajudar a manter o poder da metrópole pela força, quando necessário.

É fácil compreender, pois, que os recursos de saúde estavam concentrados a serviço dessas elites. Médicos nativos, por exemplo, formados nas colônias, praticamente não existiam, porque não havia escolas. Os médicos e outros profissionais de nível superior eram importados da metrópole, conforme as necessidades dessas elites e de seus negócios. Os nativos, se pertenciam à elite local, poderiam ter o privilégio de cursar Universidades na metrópole, retornando para servir a elite a que pertenciam. As necessidades do povo não eram levadas em conta.

Alguns exemplos deixarão bem claro o exposto. GISH³³ (1973), já citado, diz que "durante o período colonial, "a medicina que convinha" na Tanzânia era basicamente confinada a Europeus (mesmo os médicos asiáticos recrutados para trabalhar na África eram geralmente do tipo licenciado e não do tipo registrado). Africanos podiam tornar-se assistentes médicos e aqueles que tiveram êxito neste trabalho de alto prestígio... eram frequentemente homens importantes. Mesmo com o alto prestígio alcançado, o auxiliar médico estava em uma posição nitidamente inferior aos médicos".

GISH deixa claro que mesmo os auxiliares africanos saíam das elites e que a profissão era considerada de alto prestígio entre os africanos; porém, em relação aos médicos europeus (e, por extensão, ao colonizador) eram considerados profissionais de categoria bastante inferior.

Outro país que ilustra bem este caráter elitizante do pessoal sanitário nas colônias foi o Vietnã, na época em que era colônia francesa. Na década de 30 havia dois tipos de médi

cos no Vietnã: os médicos "franceses", ou seja, formados em medicina ocidental e os médicos indo-chineses, cultores da medicina tradicional. Os médicos ocidentais estavam em Hanoi e Saigon, as duas principais cidades do Vietnã, onde deveria estar todo o "staff" governamental, enquanto os médicos indo-chineses distribuíam-se pelo resto do país. Porém, como esclarece CUA¹⁸ (1974) "A categoria dos médicos indo-chineses foi mais tarde abandonada e a Escola Médica de Hanoi passou a treinar médicos no estilo francês..."

Que grande número desses médicos e auxiliares existiam em função das forças armadas, parece não haver dúvidas. Em relação à África, FLAHAULT²⁵ (1974), tantas vezes citado, diz que "no início do século XX, devido a escassez do "staff" médico nas forças armadas e a necessidade de estender a cobertura sanitária, a "Escola de Dakar" desenvolveu-se e tornou-se a principal fonte de assistentes médicos para todos os territórios (colônias) de fala francesa".

Do exposto deduz-se que, se alguns auxiliares foram treinados para servir à população, o foram em pequeno número, assumindo a cobertura sanitária aspecto secundário aos olhos dos colonizadores.

Quais as consequências dessa política de saúde? Conforme esses países foram alcançando suas independências, colonizadores e o "staff" médico que os serviam embarcavam para a metrópole no mesmo navio. Assim o Congo, à época da independência, pôde se dar ao luxo de não ter um médico congolês em seu território²⁴. No Vietnã, após a saída dos franceses, grande número de médicos franceses e das forças armadas regressaram à França. Dada a escassez de pessoal que se seguiu, o Ministro da Saúde se viu na contingência de treinar auxiliares médicos em 3 anos¹⁸.

Viu-se que a população não tinha acesso aos serviços sanitários; com a saída desse "staff" a situação, para ela, pouco ou nada se alterou. Os governos que se sucederam ao colonizador, porém, viram-se frente a um problema espinhoso: não havia pessoal sanitário no país nem para salvar as aparências.

Por outro lado, a existência de auxiliares foi vista, pela maioria dos novos governos, como vestígio do colonialismo. Mesmo naqueles países que tinham, desde a época colonial, uma certa infra-estrutura no treinamento de auxiliares, não a aproveitaram de imediato. E é GISH quem explica: "... a catego -

ria "auxiliar médico" passou a ser vista como uma invenção colonial, cujo objetivo era manter o Africano distanciado da verdadeira prática médica. Subsequentemente, com a independência, houve um retrocesso no treinamento dos auxiliares médicos". Ainda segundo este autor, um outro fato ocorreu: rapidamente formou-se no país recém-independente uma nova elite indígena (autóctone) cujas aspirações eram idênticas às dos colonizadores que haviam partido. Essas elites tentaram resolver o problema copiando as ex-metrópoles européias, construindo grandes hospitais com médicos altamente especializados.

Todos esses fatores contribuíram para que o emprego de auxiliares fosse relegado a segundo plano, dentro das prioridades sanitárias.

Essas políticas, no entanto, pelo menos ao que se sabe, foram revistas em vários países que procuram resolver seus problemas sanitários de maneira própria, deixando de lado os modelos importados. E os auxiliares passaram a ser vistos de outro modo, agora não como fruto do colonialismo, mas sim como peça fundamental da organização sanitária que visa levar assistência sanitária a toda a população, com melhor aproveitamento dos recursos, pelo desenvolvimento do modelo hierarquizado.

Atualmente, segundo a OMS⁸² (1976) existem 42 escolas para formação de auxiliares médicos de nível intermediário na África, distribuídas por 20 países; dessas 42 escolas, 15 estão na Tanzânia; a maioria foi fundada a partir da década de 60. Pelo número de alunos matriculados, pode-se inferir a importância que determinado país dá ao problema: no Congo existiam, em 1973, apenas 12 alunos matriculados; na Libéria 20 e 30 em Madagascar. No entanto havia 1067 na Tanzânia e 800 na Guiné. As funções descritas para os auxiliares formados em cada país não permitem saber, com exatidão, muitas vezes, suas verdadeiras funções. Considerando-se, na descrição das funções, que esteja escrito literalmente que os auxiliares diagnosticam e tratam doenças (parte integrante do conceito de auxiliar médico), tem-se que isto ocorre em 11 dos 20 países africanos.

Na Ásia, excluída a China, existem 15 dessas escolas, catalogadas na publicação referida da OMS, distribuídas por 7 países; 6 delas estão na Tailândia. O número de alunos tende a ser maior que em muitos países africanos. Algumas dessas escolas foram criadas a partir da década de 50. Em 3 países os auxilia -

res diagnosticam e tratam doenças, conforme o critério classificatório utilizado.

3. Algumas inovações do modelo chinês.

Após o "redescobrimento" da China pelo mundo ocidental, muito se tem falado sobre a saúde naquele país principalmente sob a forma de artigos escritos por visitantes, oficiais ou não, de diversos países.

Várias particularidades do modelo chinês têm sido discutidas, abrangendo a organização do sistema sanitário, a formação e funções dos recursos humanos, a distribuição dos recursos e outros aspectos específicos. Dentre alguns trabalhos que abordam essas questões pode-se citar os de ADEY² (1974), CRAVIO-TO¹⁷ (1974), MANZANO⁴⁰ (1973), SÁINZ e colab.⁶⁸ (1973), SIDEL & SIDEL⁷⁰ (1974), SIDEL & SIDEL⁷¹ (1975), SMITH^{73,74} (1974), SMITH & ADEY⁷⁵ (1974) e WANG⁸¹ (1975).

A discussão seguinte, basear-se-á, em grande parte, em informações colhidas nos dois trabalhos de SMITH^{73,74} (1974).

Vários dos trabalhos citados chamam a atenção para o grande progresso alcançado pelos órgãos de saúde naquele país no controle ou erradicação, em poucos anos, de várias endemias que há muito tempo provocavam danos no país. Dentre estas pode-se citar o controle da Esquistossomose, já erradicada em várias regiões, o controle do Calazar, das Doenças Venéreas, a erradicação da Peste, Cólera, Varíola; os progressos feitos em relação à Malária e à Filariose. Pode-se dizer que as grandes endemias estão sob controle.

SMITH & ADEY⁷⁵ (1974) advertem que "A organização e a prestação dos cuidados médicos não podem ser separados do modo global de vida existente na República Popular. De fato, o principal interesse de um médico que visita a China pode voltar-se antes para a sociedade do que para a medicina".

É justamente para esclarecer este aspecto o objetivo desta discussão. Tal êxito no controle dessas endemias foi devido principalmente a três variáveis: o papel desempenhado pelos "médicos descalços", o papel desempenhado pelas populações e as relações existentes entre esses "médicos descalços" e essas populações.

SMITH e também outros autores chamam a atenção para a impropriedade do termo "médico descalço". Ele é errôneo tan

to no substantivo como no adjetivo. O "médico descalço" não é um médico - nem ele nem a população julgam-no médico - nem anda descalço. SMITH⁷³ (1974) esclarece que eles "são camponeses aos quais se tem dado alguns treinamentos médicos básicos, oferecem tratamento médico simples ou conselhos, porém continuam também a exercer o seu trabalho agrícola". É, pois, um auxiliar de saúde em tempo parcial exercendo seu trabalho sanitário juntamente com seu trabalho agrícola; não recebe pagamento específico pelo trabalho sanitário, mas sim como camponês em tempo integral. Esta dupla função é que constitui uma das grandes inovações do modelo chinês. Os "médicos descalços" são considerados elementos chave no sistema de prestação de serviços.

Surgiram, juntamente com outras mudanças, em elevado número, ao final da década de 60, quando houve grande discussão em torno da assistência médica e observou-se claramente que a população rural estava mal assistida quando comparada à urbana. Para fins administrativos a unidade demográfica rural chinesa é a comuna; cada comuna tem cerca de 200 pessoas; entre estas, atualmente, 2 ou até 3 são desses auxiliares. Diagnosticam e tratam doenças simples, porém, como diz SMITH⁷³ (1974) "sua principal tarefa está na educação sanitária e na medicina preventiva".

As autoridades sanitárias compreenderam que as endemias só poderiam ser controladas com a participação ativa e maciça da população, principalmente a rural. Foram levadas a efeito Campanhas, visando determinados fins, nas quais as populações participaram ativa e maciçamente: são as chamadas "Campanhas Patrióticas Sanitárias". A primeira delas ocorreu no início da década de 50 e o objetivo era a eliminação das 4 "pragas": moscas, mosquitos, ratos e percevejos, Campanha esta coroada de êxito. Para o sucesso de outras Campanhas que se sucederam, o papel dos "médicos descalços" foi decisivo pois, trabalhando juntamente com a população em seus afazeres agrícolas cotidianos, podiam, ao mesmo tempo, discutir com ela os problemas sanitários. SMITH⁷⁴ (1974) diz que "os 'médicos descalços' têm sido responsáveis pela manutenção do entusiasmo pelas campanhas patrióticas sanitárias a nível das comunas". São eles que, decidida a preparação de uma campanha, levam o problema à comuna, discutem, esclarecem, ouvem opiniões, projetam, motivando-a para a tarefa. Somente isto seria capaz de derrotar uma endemia como a Esquistossomose da maneira como foi feito.

Tradicionalmente, nos vários países, o pessoal sanitário é pago pelo Estado ou outras instituições. No caso chinês, existe um pessoal que se poderia chamar de para-sanitário: trabalha em saúde, faz parte da rede sanitária, sendo dela elemento chave, porém não recebe do Estado para exercer essa função. Quando a população inteira participa na resolução dos problemas, este conceito amplia-se ainda mais: a comunidade passa a trabalhar para o seu próprio benefício. Deixa de ser meramente receptora para tornar-se indutora e responsável pelas mudanças.

4. Situação atual dos auxiliares.

Uma publicação recente da OMS⁸² (1976), relaciona as escolas para a formação de assistentes médicos (nível intermédio somente) existentes no mundo, por volta de 1973.

As escolas são relacionadas por país, contendo informações várias, como: ano de início de funcionamento da escola, número de alunos matriculados, duração do curso, formação escolar geral exigida para ingresso, informações sobre o currículo, funções do auxiliar, entre outras.

Uma análise sumária de algumas informações contidas mostra alguns aspectos surpreendentes: das 420 escolas catalogadas (as da China não constam da publicação), 349 (83,1%) estão localizadas em países desenvolvidos, donde se conclui que, se o uso de auxiliar é recomendado como sendo de utilidade para as áreas em desenvolvimento, são justamente as áreas desenvolvidas que os estão usando. Na URSS estão 281 dessas escolas (para formação de "feldshers"); os Estados Unidos têm 49, o Canadá 9, a Bulgária e a Polônia 5 cada. Sobram 71 (16,9%) para os países em desenvolvimento; dessas, 42 estão na África, 15 na Ásia, 6 na América Latina, 3 na Oceania, 3 na Europa e 2 no Oriente Médio.

Para as 71 localizadas em áreas em desenvolvimento, 4 (5,6%) apareceram antes de 1950; 14 (19,7%) na década de 50, 25 (35,2%) na década de 60 e 28 (39,5%) de 1970 em diante.

Publicações relatando algumas experiências ou chamando a atenção para aspectos teóricos do problema têm sido comuns na literatura. Recentemente a OMS⁸⁴ (1977) distribuiu uma edição experimental de um manual destinado aos auxiliares primários, o que, seguramente, é um indício de que está passando a dar importância maior a esse profissional.

IV. SITUAÇÃO E ESTUDO DE CASO NA AMÉRICA LATINA

Na América Latina existem 6 escolas catalogadas como formadoras de assistente médico de nível intermediário: 1 na Colômbia, fundada em 1957, com 1709 alunos matriculados em 1973; 2 em El Salvador, fundadas em 1973, com 37 alunos; 1 na Guatemala, fundada em 1972, com 41 alunos; 1 na Guiana, fundada em 1973 com 10 alunos e 1 no Panamá, fundada em 1953, com 152 alunos matriculados em 1973.

Segundo a publicação da OMS⁸² (1976), até aqui citada, o curso da Colômbia tem 2 anos e meio de duração; exige-se 7 anos de escolaridade geral; o auxiliar treinado recebe um certificado de Aptidão Profissional e suas tarefas estão relacionadas aos cuidados materno-infantis e à cirurgia e medicina sem, contudo, especificar, em relação às últimas, em que consistem tais tarefas.

Os cursos de El Salvador duram 3 anos; exige-se 12 anos de escolaridade geral como pré-requisito; os treinados recebem os títulos de Técnico em Higiene Infantil ou Técnico em Higiene Materna; entre suas atribuições inclui-se o diagnóstico e tratamento de certas doenças comuns.

Na Guatemala os cursos duram 2 anos e a escolaridade geral exigida para ingresso na escola é de 11 anos. O auxiliar formado recebe o título de Técnico de Saúde Rural. Suas funções estão relacionados ao desenvolvimento de comunidades rurais;

O curso da Guiana dura 3 anos; a escolaridade geral exigida é de 12 anos; o auxiliar recebe o título de Auxiliar Médico. Suas tarefas estão relacionadas a vários aspectos das comunidades. Aparentemente não são treinados para diagnosticar e tratar doenças.

A escola do Panamá está catalogada como sendo de Auxiliar de Enfermagem, com duração de 6 meses e 12 anos de exigência de escolaridade geral para a matrícula. Suas funções são as clássicas dos auxiliares de enfermagem. Não constituem, a rigor, assistentes médicos.

Dos países citados, somente em El Salvador os auxiliares estariam aptos a diagnosticar e tratar doenças e portanto em condições de oferecer assistência sanitária primária conforme definida pela OMS; no entanto, não se encontrou nenhuma publicação fornecendo detalhes sobre essa experiência.

Por outro lado, somente catalogando os países que treinam auxiliares de nível intermediário, na publicação citada não há informações sobre a experiência da Venezuela, que treina auxiliares de nível primário, mas que diagnosticam e tratam doenças.

A seguir, far-se-á um estudo crítico da experiência venezuelana, com base nas informações disponíveis.

A experiência da Venezuela com a "Medicina Simplificada".

Embora esta experiência já tenha vários anos, é praticamente desconhecida no Brasil. O presente estudo será desenvolvido conforme informações fornecidas por GONZÁLEZ³⁴ (1975).

O Programa de "Medicina Simplificada" está sendo desenvolvido desde o início da década de 60. Foi assim definido: "parte da organização de saúde da Venezuela que tem como objetivo específico a prestação de certos serviços básicos de saúde por meio de auxiliares que trabalham dentro de um sistema que assegura constantemente seu treinamento, supervisão e a possibilidade de enviar doentes ao escalão superior".

Conforme se depreende do estudo citado, os objetivos do Programa são:

a) satisfazer as necessidades elementares e gerais das populações remotas e dispersas que anteriormente não contavam com nenhum tipo de assistência;

b) achar "soluções apropriadas, admissíveis", tanto para as autoridades de saúde, os trabalhadores sanitários e as associações profissionais de saúde, como para as próprias populações.

Para cumprir esses objetivos, partiu-se da premissa de que é errôneo pensar que um médico pode dar uma assistência médica geral a toda a população de uma determinada área, principalmente se a área considerada for de população escassa e dispersa. Admitiu-se que muitas atividades sanitárias poderiam ser exercidas por trabalhadores sanitários selecionados localmente, cuidadosamente adestrados e submetidos a supervisão constante.

Pelo menos três "princípios orientadores" são seguidos:

- a) a atenção prestada deve ser integral;
- b) essa mesma atenção deve ser contínua;

c) os trabalhadores sanitários ~~devem~~ ser supervisionados e devem existir serviços de retaguarda para os casos complicados.

Esses auxiliares trabalham nos chamados "dispensários rurais"; estes são as menores unidades dentro de um sistema escalonado, servindo a uma população que raramente ultrapassa 1000 pessoas. Estimou-se, para anos recentes, que a população coberta pelo programa estaria em torno de 280 mil pessoas. A população da Venezuela, em 1975, era em torno de 12 milhões de habitantes.

Na Venezuela, como nos demais países, os recursos materiais, humanos e financeiros estão concentrados nos centros urbanos maiores, deixando o restante da população totalmente ou parcialmente sem a menor assistência médica. Encontrou-se uma solução, em parte inspirada nos "feldshers" da URSS, conforme coloca o autor, para atender a essa população. Não parece que se tenha como objetivo estender esse tipo de assistência sanitária a toda população; a própria definição de Medicina Simplificada coloca o Programa como parte da organização sanitária. Logo, o Programa em questão junta-se aos 84 outros programas (ou órgãos) oficiais que procuram prestar assistência sanitária. Houve integração entre alguns desses órgãos, embora não se tenha elementos para julgar sua eficácia. O campo de atuação do programa é restrito, pois atende somente populações de áreas remotas e dispersas, onde é impossível que algum médico algum dia se fixe. Como mostra o estudo em questão, os planos para sua efetivação foram amplamente discutidos com a classe médica, da qual dependia sua aprovação. Esta, após várias discussões, aprovou o programa; essa aprovação não exclui que tenha havido um "acordo de cavalheiros", segundo o qual a Federação Médica não se oporia ao desenvolvimento do Programa desde que este não excedesse os limites já citados. Cerca de 15 anos após o início do Programa, os resultados talvez possam ser classificados como modestos: de 1720 dispensários existentes no país, somente 320 contavam com auxiliares; dos 23 principais Estados e Territórios, os auxiliares existem em 12; em 6 desses Estados havia auxiliares em no mínimo 75% dos dispensários; em 5, a proporção era inferior a 50%. A população coberta é estimada em 280 mil pessoas (2,3% da população total). Até março de 1974 haviam se organizado 82 cursos com 836 alunos. A respeito do "acordo de cavalheiros", chama a atenção o

fato da primeira experiência ter sido realizada em uma região bem característica: "Como a proposta do Dr. Baldó não foi bem recebida por alguns Colégios de Médicos, considerou-se preferível ensaiá-la em uma região remota, à margem de prejuízos e críticas, em cujo lugar era inconcebível que os médicos chegassem algum dia a praticar". Chama a atenção alguns termos empregados: "a margem de prejuízos", por exemplo. Prejuízos para quem? Para a população? Pouco provável que uma população sem qualquer atendimento viesse a ter prejuízos com essa assistência. Logo, o autor deve referir-se a prejuízos causados à classe médica, que realmente não os teria, visto que a região era considerada tão sem atrativos que "era inconcebível que os médicos chegassem algum dia a praticar".

Portanto, o objetivo é limitado; sabe-se, conforme discutido anteriormente, que um Programa deste tipo pode ser oferecido a toda a população; o sistema sanitário pode ser todo hierarquizado, com aproveitamento mais racional de todos os recursos, o que, por si só, baixa o custo da assistência.

Essa limitação do Programa não indica que as premissas nas quais se apoia sejam falsas: de fato é errôneo pensar que a atenção médica deve ser centrada na figura do médico. Quando se diz, porém, que um Programa deve ser adaptado às características locais, isto não quer dizer que os privilégios médicos devam ser poupados, como no caso. Na verdade, não se trata de perda de privilégios, mas sim de racionalização de recursos e uma nova mentalidade de trabalho. Em relação aos "princípios orientadores" citados, a experiência acumulada tem demonstrado a sua validade, ou seja, a assistência deve ser integral, contínua, supervisionada, não dispensando um serviço de retaguarda.

Na prática, alguns óbices aparecem: a precariedade da rede sanitária, refletindo-se principalmente na inexistência de órgãos de apoio de fácil acesso em muitos locais; outro óbice é a dificuldade de supervisão.

As atividades delegadas e autorizadas são "os primeiros auxílios médicos", assim delineados: "... compreendem não só os casos que habitualmente são considerados de urgência (acidentes) como também certas medidas terapêuticas simples e claramente especificadas em favor de pessoas que sofrem de doenças ou sintomas correntes, facilmente identificáveis e que contribuem de maneira importante para a mortalidade prematura da coletividade

de. Podem citar-se como exemplo as doenças diarréicas e a pneumonia". Além dessas, exercem a atenção materno-infantil, a educação sanitária e a vacinação. Mesmo em relação à atenção materna parecem não realizar partos, o que ficaria a cargo das parteiras tradicionais; suas ações limitar-se-iam tão somente à orientações preventiva e higiênica das mesmas.

Não existe uma participação ativa da comunidade: esta se limita a procurar o dispensário nos momentos de agrura; os auxiliares não parecem integrados num plano mais ambicioso de desenvolvimento rural, mas sim, atuam especificamente na área da saúde. Por tudo isto, grandes condicionantes da saúde, como o saneamento básico, têm escassa prioridade em seu trabalho.

A integração desses dispensários às Campanhas parece ser pequena. Há duas exceções: em relação à Malária, onde os auxiliares preparam e enviam as lâminas aos serviços de retaguarda e à Tuberculose, onde orientam o tratamento e contribuem para a localização dos contatos.

Os fatos positivos devem ser realçados. Por modesta que possa parecer a experiência, os fatos sugerem ter-se solidificado em cerca de 15 anos do Programa. A simples introdução do Programa, ainda que de maneira incompleta, em nível nacional, mostra que pelo menos grandes forças contrárias foram vencidas. A experiência, aliás já bem definida em seus propósitos, tem um desenvolvimento limitado; se, por acaso, tornar-se mais ambiciosa e entrar em choque com os interesses da Classe Médica, corre o risco de desaparecer.

O tempo de treinamento (4 meses) chama a atenção, assim como os pré-requisitos relativamente simples para tal. Isto contrasta com a maioria dos treinamentos em outros países, em relação aos auxiliares de nível intermediário. Dentro deste esquema, com as condutas devidamente normalizadas, a experiência tem se mostrado convincente, segundo os defensores do Programa.

O grande interesse em relação à discussão do tema - auxiliares de saúde - é relativamente recente; à Venezuela cabe o mérito de ter não só discutido mas, também, posto em prática vários princípios atuais em uma região de fortes tendências conservadoras, como é a América Latina em geral, muito antes que o tema se tornasse "moda" nos círculos dos vários profissionais de saúde.

V. O EMPREGO DE AUXILIARES DE SAÚDE NO BRASIL NA ATUALIDADE

Vários programas recentes, em sua maioria oficiais, têm dado ênfase a diversos aspectos aqui discutidos, não só em relação ao treinamento de auxiliares mas também à hierarquização de serviços. É útil, pois, que sejam analisados em suas características gerais.

1. Os programas da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP)

Desde sua criação, em 1942, a FSESP tem conferido alta prioridade à atuação nas zonas rurais e pequenos núcleos urbanos, principalmente do Norte e Nordeste. A Fundação justifica suas ações citando dados do censo de 1970: das 7834 cidades e vilas então existentes no país, 5395 (68,87%) tinham menos que 2 000 habitantes; 1241 (15,84%) tinham entre 2 001 e 5 000 habitantes e somente 652 (8,32%) tinham população acima de 10 000 habitantes. Portanto, 84,71% das cidades e vilas tinham até 5 000 habitantes. Ainda segundo o censo, 70% da população do Norte era rural; no Nordeste, 75%; no Sul, 77%; no Centro Oeste 79% e no Sudeste, 48%¹⁰. A própria Fundação observou, em levantamento recente, que cerca de 14% da população do país, ocupando 45% dos municípios, não dispõe de médico residente¹⁰.

O treinamento de auxiliares sempre teve prioridade entre as atividades da Fundação. "No Brasil ao longo de um período de mais de 34 anos", explica BRITO BASTOS¹³ (1976) "a Fundação Serviços de Saúde Pública, do Ministério da Saúde, vem empregando em suas áreas de trabalho, pessoal auxiliar para o desenvolvimento dos seus programas. A auxiliar de enfermagem, a visitadora sanitária, a atendente são alguns tipos que formam a categoria de pessoal auxiliar de nível intermediário e elementar e aos quais são atribuídas várias responsabilidades, dentre outras, prestação de cuidados de enfermagem em pediatria, maternidade, sala de emergência, sala de recuperação, assistência a partos normais, prestação de consultas de enfermagem, realização de exames simples de urina, coleta de sangue, tomada de pressão arterial, aplicação de imunizantes, curativos, aplicação de injeções, realização de testes tuberculínicos e de Mitsuda, realização de atividades educativas com pacientes, coleta de dados estatísticos. O auxiliar de higiene dental, entre outros, fazem a profilaxia e

remoção de tártaro, aplicações tópicas de fluoreto de sódio e atividades educativas junto aos pacientes". Continua o autor a citar outros auxiliares - laboratorista, laboratorista auxiliar, inspetor, auxiliar de saneamento, auxiliar de conservação e saneamento - e suas respectivas funções. Observa-se, pelas citações de BRITO BASTOS, que a FSESP possui gama variada de pessoal auxiliar, específicos para determinados fins, não sendo norma adotar-se a polivalência. Igualmente uma das principais funções do auxiliar, como se comentou, é diagnosticar e tratar doenças corriqueiras em sua área de ação; esta função os auxiliares da FSESP não estão treinados para executá-las. O mesmo autor diz que "A idéia de utilização de pessoal auxiliar em atividades médicas, principalmente nas funções de diagnóstico e prestação de cuidados médicos, não encontra, contudo, geralmente, aceitação, embora na prática, isto, muitas vezes venha acontecendo". Para este autor, os próprios profissionais de saúde, especialmente o médico, opõem-se a esta idéia, pois que "se fecha (o médico) em seu universo de interesses particulares e se nega a se desvincular de uma parte de seu trabalho, transferindo ou delegando algumas funções ou atribuições para outras pessoas".

No entanto, o próprio BRITO BASTOS parece não acreditar muito nos auxiliares e ter outras idéias sobre a assistência médica: "Não há dúvida de que as melhores prestações médicas sejam aquelas que são dadas por um profissional altamente qualificado, em um estabelecimento diferenciado como o hospital. Contudo, embora não constitua a solução ideal, a utilização de pessoal auxiliar é a maneira que os países em desenvolvimento ou até mesmo os países desenvolvidos vêm encontrando para disporem de serviços de saúde..."¹³.

Cumpra salientar que os auxiliares, nos primórdios da Fundação, diagnosticavam e tratavam certas doenças, conforme informação de RAMOS*. Eram estes os guardas-sanitários, muitos provenientes dos serviços de Malária do Nordeste, com formação elementar, trabalhando em sub-postos, sem médicos, os quais, teoricamente, recebiam visitas periódicas dos mesmos. Na prática o-

* RAMOS, R. Informação pessoal, 1977.

corria frequentemente que esse guarda era o único representante oficial da rede sanitária no local e a ele cabia desempenhar todas as ações. A farmácia da qual dispunha era a mesma existente nas Unidades Sanitárias onde haviam médicos. Segundo RAMOS isto trouxe muitos abusos por parte dos guardas-sanitários, pois os mesmos, sem supervisão, tendiam a diagnosticar e tratar patologias para as quais não tinham nenhum treinamento ou competência. As farmácias foram então reduzidas, restando poucos medicamentos específicos para determinadas doenças endêmicas e os guardas-sanitários foram proibidos de executar tal atividade, proibição que perdura até hoje. Voltando aos comentários de BRITO BASTOS, este autor acredita, em seu trabalho já citado, todavia, que existem algumas doenças cujos procedimentos diagnósticos e terapêuticos são simples e padronizados, podendo ser manejados por auxiliares; cita como exemplos a Tuberculose, a Hanseníase, a Malária e as Diarréias.

Em relação à hierarquização dos serviços, outro componente da assistência sanitária primária, esta parece definitivamente implantada, conforme se depreende de alguns documentos da Fundação sobre a organização de serviços, visando principalmente a zona rural e pequenas comunidades, cuja população raramente excede 20 mil habitantes^{10,80}. Na prática tais idéias estão sendo executadas em vários programas: na Região da Rodovia BR-364 em Rondonia¹², na 3a. Região de Saúde de Alagoas, abrangendo cerca de 215 mil habitantes em 1973 (12,6% da população do Estado)⁹, na 2a. Região de Saúde de Sergipe, abrangendo cerca de 265 mil pessoas em 1973 (27,6% da população do Estado)⁹, na região do Alto Solimões¹¹.

As unidades periféricas, menos especializadas, com visita médica periódica, deverão desenvolver um programa mínimo de atividades, consistindo no combate às doenças transmissíveis através de imunizações, saneamento básico, programa materno-infantil e educação sanitária. Ao auxiliar cabe triar os pacientes para a consulta médica, para o dia em que o mesmo visita a Unidade. Tal procedimento é válido para as regiões mais remotas; nestas regiões, a miúdo sem atrativos aos médicos, a FSESP elaborou planos para atraí-los¹⁰. Logo, dentro dos programas da FSESP, alta prioridade continua sendo dada ao profissional médico.

As atividades preventivas e curativas estão integradas nestas Unidades; lembre-se que tal integração sanitária

tem caracterizado o trabalho da Fundação desde o início de suas atividades, constituindo este fato, segundo RAMOS⁶⁵ (1972), verdadeiro marco na política de integração sanitária no Brasil.

Os programas, tanto em sua elaboração teórica como na execução, preveem convênios com outras entidades, como Secretarias Estaduais de Saúde, Prefeituras Municipais, Central de Medicamentos, Escolas de Medicina Federais e Estaduais¹⁰.

2. A experiência dos Mini Postos no Rio Grande do Norte (RN)

Tendo como base vários órgãos convenientes, um programa de atenção sanitária, cuja Unidade elementar é denominada Mini Posto, está sendo desenvolvido no RN, desde 1968⁶⁷. Os órgãos convenientes neste programa são a Secretaria de Estado de Saúde Pública, a Associação Nordestina de Crédito e Assistência Social (ANCAR), a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, o Centro Rural de Treinamento e Ação Comunitária (CRUTAC) e as Prefeituras Municipais, sendo que as responsabilidades de cada órgão estão especificadas na publicação citada; são também extraídas da mesma publicação as informações seguintes.

O Mini Posto é conceituado como sendo uma "unidade simplificada do sistema de saúde da SESP do RN, que realiza com o mínimo de recursos, atividades básicas de saúde pública".

O programa visa, como os da FSESP, as pequenas comunidades, geralmente sem recursos sanitários. As atividades desenvolvidas são as básicas das unidades da FSESP acrescidas de algumas outras: controle de doenças transmissíveis, assistência pré-natal, saneamento do meio (principalmente a introdução de melhorias sanitárias domiciliares), socorros de urgência, coleta de dados bioestatísticos, educação sanitária e alimentar. As unidades de apoio são as unidades da FSESP, localizadas em cidades maiores; os Mini Postos atuam nas pequenas comunidades; trata-se, pois, de um sistema hierarquizado de atendimento. Atualmente existem 9 Unidades de apoio (8 da FSESP e 1 da Secretaria Estadual de Saúde) e 53 Mini Postos, sediados em comunidades satélites de 29 municípios, cobrindo uma população aproximada de 43 200 pessoas, o que dá uma média de 815 pessoas por Mini Posto; como se depreende, a cobertura é pequena.

O auxiliar recebe o nome, neste programa, de Orien

tador de Saúde, que é "pessoal de nível escolar primário, selecionado democraticamente pelas comunidades a serem beneficiadas e posteriormente treinados pela FSESP em regime intensivo de 90 dias". A respeito da escolha democrática dos Orientadores de Saúde pelas comunidades não há informações de como isso é realizado. Dentre as várias funções desses Orientadores de Saúde, relacionadas às atividades desenvolvidas citadas, não se incluem o diagnóstico e tratamento de doenças, as quais continuam a ser realizadas por médicos, cabendo ao auxiliar a triagem. No entanto, ao contrário dos auxiliares da FSESP, esses Orientadores parecem ser polivalentes.

3. O programa do Norte de Minas.

Os estudos que mostravam a desarticulação do sistema sanitário do país, com duplicação, concentração e mal aproveitamento dos recursos existentes, a existência de grandes camadas populacionais sem assistência sanitária, a precariedade da assistência recebida e outras "distorções", passaram a ter maior importância depois que foram reconhecidas oficialmente em nível Ministerial, por ocasião dos estudos que precederam a publicação do Sistema Nacional de Saúde. Em decorrência disto, vários são os programas cujos planejamentos seguiram as recomendações contidas em tal documento⁷, chamando-se a atenção para o fato de que a organização sanitária brasileira cresceu de maneira espontânea, natural, e que há necessidade de que tal crescimento seja disciplinado, para que se possa evitar os efeitos indesejáveis citados. Dentro de tais diretrizes coloca-se o programa do Norte de Minas que, em relação aos aspectos que particularmente interessa, é hierarquizado e usa auxiliares; estes, ao contrário dos programas expostos, terão atividades delegáveis na área curativa.

As informações seguintes foram extraídas do documento "Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas"⁷². Em linhas gerais, pouco difere dos programas já comentados.

Esse programa de regionalização compreende uma área programática com 8 cidades-polos, englobando 46 municípios e uma população em torno de 1,1 milhão de pessoas. A cidade polo regional é Montes Claros. "O modelo proposto para a região mineira do Polígono das Secas deve ser tomado como uma alternativa para regiões pobres, com alto grau de dispersão populacional e com

grande contingente de população rural... Seu objetivo principal é o de estabelecer as características básicas do sistema regional e de mostrar sua estrutura funcional".

Alguns princípios básicos do modelo são definidos:

a) aumento da cobertura: através desse modelo, espera-se cobrir 70% da população alvo;

b) coordenação interinstitucional, consistindo "basicamente, na aplicação do princípio de racionalidade administrativa da não duplicação de meios para os mesmos fins...";

c) financiamento multilateral, prevendo-se recursos externos e internos. Os primeiros "serão utilizados com o objetivo de desenvolver a infra-estrutura do sistema, aqui entendida em sentido amplo, e envolvendo investimento em equipamentos e instalações, formação de recursos humanos, assistência técnica e pesquisas operacionais";

d) regionalização, que "se impõe como pré-condição para a descentralização dos processos de planejamento, execução e controle da política de saúde";

e) hierarquização dos serviços, compreendendo os seguintes níveis, dispostos em ordem de complexidade crescente : unidades auxiliares (constituindo as unidades básicas do sistema), unidades ambulatoriais gerais, unidade ambulatorial especializada e unidades hospitalares. Estas últimas compreendem os hospitais locais, distritais e regional, este localizado em Montes Claros, aproveitando recursos da Faculdade de Medicina. Explicando melhor as relações entre essas unidades, diz o documento: "As unidades de nível inferior gravitam, à forma de satélite, em torno das unidades imediatamente superiores. Cabe ressaltar, contudo, que uma unidade mais complexa contém em si mesma, todas as funções das unidades subalternas. Assim, a unidade auxiliar constitui um conjunto unitário, enquanto que a unidade ambulatorial geral é um conjunto composto por dois elementos: o elemento cuidado primário mais o elemento ambulatorial geral";

f) relacionamento com o Sistema Informal;

g) integralidade de atenção à saúde;

h) participação da comunidade, pressupondo-se "uma participação efetiva do homem e dos grupos sociais da comunidade, tanto a nível de planejamento, quanto a nível de operação e avaliação do sistema";

i) utilização da equipe de saúde, onde é valoriza-

do o desempenho do pessoal auxiliar, o qual, além das atividades clássicas, deverá estar apto ao manuseio de patologias de grande prevalência na área, incluindo seu diagnóstico e tratamento. As informações não permitem concluir se terão caráter polivalente ; e

j) reprodutividade: "Implícito na própria idéia do projeto está o objetivo de se obter um modelo política, técnica e economicamente viável, para reprodução em outras regiões semelhantes do estado e país".

Este projeto constitui, além das integrações previstas, um campo experimental para a integração docente-assistencial, onde a Faculdade de Medicina de Montes Claros integra-se nas diretrizes gerais do projeto e deverá ter importante papel na formação de recursos humanos, principalmente médicos³⁵. A formação desses profissionais deverá obedecer as necessidades desse novo mercado de trabalho.

4. O Programa de Interiorização das ações de saúde e saneamento (PIASS)

Este programa, criado pelo Decreto nº 78 307 de 24 de agosto de 1976, tem a finalidade de implantar estrutura básica de Saúde Pública em municípios cujas sedes tenham populações de até 20 mil habitantes⁸.

O documento citado aponta as seguintes diretrizes básicas mais significativas:

a) "desenvolvimento de ações de Saúde-Saneamento de baixo custo e alta eficácia";

b) "disseminação de Unidades de Saúde de tipo elementar, integradas ao Sistema de Saúde da região e apoiadas por unidades de maior porte, localizadas em núcleos populacionais estratégicos";

c) "ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, inclusive as de caráter endêmico, no atendimento da nosologia mais frequente e na detecção precoce dos casos mais complexos, com vistas ao seu encaminhamento a serviços especializados";

d) "ampla utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutados nas próprias comunidades a serem beneficiadas"; é necessário destacar que é previsto treinamento no sentido desses auxiliares fazerem o diagnóstico e tratamento de doenças, sob supervisão; os auxiliares terão caráter polivalente;

e) "integração, a nível local, dos diversos organismos componentes do Sistema Nacional de Saúde" e

f) "ampla participação comunitária", não se especificando como será essa participação.

Conforme esclarece o documento citado, o Programa integra a nível Federal vários Ministérios, a saber: da Saúde, da Previdência e Assistência Social, do Interior e a Secretaria de Planejamento da Presidência da República. Representantes dos órgãos citados formam um Grupo Executivo Interministerial, coordenado pelo Secretário Geral do Ministério da Saúde. Cabe a este Grupo Executivo as funções de coordenar, acompanhar e avaliar o Programa, além de opinar sobre outras iniciativas, nacionais ou internacionais, cujos objetivos aproximam-se do Programa do PIASS. Prevê-se também integração a nível Estadual, com as Secretarias de Saúde e Prefeituras Municipais.

Para a execução do Programa se considera, entre outras prioridades, as áreas do Nordeste endêmicas para Esquistossomose.

O PIASS pretende atingir seus objetivos através das seguintes atividades: atendimento primário à população em geral; programas de saúde materno-infantis; vigilância epidemiológica, basicamente referindo-se ao controle das doenças transmissíveis; programas de alimentação e nutrição; saneamento básico (a nível individual e coletivo); educação sanitária e coleta de dados estatísticos.

Descritos esses 4 programas oficiais, alguns comentários podem ser feitos em relação aos mesmos, pois apresentam várias características em comum. Uma delas é que todos visam populações rurais ou residentes em pequenas comunidades, geralmente populações carentes parcial ou totalmente de assistência sanitária. Nota-se também uma clara tendência dos programas mais recentes em seguir diretrizes do Sistema Nacional de Saúde, quer no sentido de se procurar desenvolver programas planejados, em oposição ao desenvolvimento de serviços de crescimento espontâneo quer em relação à integração dos serviços e das Instituições. Como diz um documento consultado⁷², o Sistema Nacional de Saúde "estimulou a criatividade intelectual em torno de sua interpretação"; depreende-se que, pelo menos os dois últimos modelos comentados (Norte de Minas e PIASS) constituem uma faceta da criatividade proporcionada pelo Sistema Nacional de Saúde. É lógico espe

rar-se que tal criatividade não cesse tão logo e novos projetos alternativos surjam.

Todos esses programas estão assentados com base na hierarquização dos serviços, mostrando que tal procedimento administrativo já foi reconhecido de utilidade em nível oficial. Todos os documentos consultados chamam a atenção para a importância do trabalho do auxiliar, acentuando principalmente a necessidade de serem bem treinados e supervisionados. Em alguns programas, no entanto, o médico parece ainda ser a figura chave. em outros, o trabalho tende a ser mais em equipe, valorizando-se mais os auxiliares e quiçá os demais profissionais. Nos dois últimos programas citados, o auxiliar deverá ser utilizado em toda sua potencialidade pois, além das funções clássicas, deverá estar apto a diagnosticar e tratar doenças comuns em sua área de atuação.

Ao lado dessas características, recentes em nosso meio, e de alcance ainda a ser avaliado, visto que ou estão na fase inicial de execução ou falta justamente avaliações recentes, alguns outros aspectos devem ser citados. Nas cidades maiores, as estruturas sanitárias existentes tendem a ser mantidas, com fortalecimento da iniciativa privada, geralmente de forma indireta, através de convênios vários com o I.N.P.S. e o Funrural. Por outro lado, as múltiplas instituições que tradicionalmente prestavam algum tipo de assistência sanitária continuam a existir, só que agora chamadas a dialogar na mesma mesa em torno de programas nos quais devem colaborar. Do exposto, seria altamente indesejável que dois sistemas de saúde co-existissem: um nas zonas rurais, atendendo populações pobres, recebedoras de um tipo de assistência e outro nas grandes cidades, com diretrizes distintas, mais sofisticado, dado por pessoal altamente especializado.

5. A experiência de Londrina, PR.

Esta experiência, da qual o autor participa, apresenta particularidades distintas das experiências até aqui comentadas. Londrina é um município de grande porte, com população estimada em 300 mil habitantes (1977)*, sendo o 3º município em população da Região Sul, sendo também importante centro econômico

*Informação colhida na agência local do FIBGE.

do Estado, polarizando vasta região que abrangia cerca de 4,5 milhões de pessoas em 1976⁴⁶, cujos limites se confundem em regiões limítrofes do Estado de São Paulo e Mato Grosso. Aqui os serviços estão concentrados e, por extensão, os serviços médicos: A Universidade local atraiu para o município profissionais altamente qualificados e especializados. É um lugar onde a iniciativa privada tem grandes interesses. Tudo isto contrasta firmemente com as regiões rurais e sem assistência ou com assistência precária dos programas oficiais vistos até agora.

Atualmente são 3 as Unidades Sanitárias em funcionamento, 2 periféricas, dentro da cidade de Londrina (Vila da Fraternidade e Jardim do Sol) e uma rural, localizada no Distrito de Paiquerê. São supervisionadas por docentes do setor de Saúde Comunitária da Universidade. Os órgãos convenientes são a Secretaria de Saúde do Estado, Prefeitura e Universidade na Unidade da Vila da Fraternidade; Prefeitura, Universidade e Associação das Senhoras Rotarianas no Jardim do Sol e Universidade e Centro Rural de Treinamento e Ação Comunitária (CRUTAC) em Paiquerê. A Unidade da Vila da Fraternidade é a mais antiga: surgiu em 1970; as demais iniciaram as suas atividades em fins de 1972. Para sua instalação, não houve planejamento; localizaram-se em locais onde havia facilidades: um prédio da Prefeitura na Vila da Fraternidade, parte das dependências de uma creche pertencente à Associação das Senhoras Rotarianas no Jardim do Sol e um prédio de uma ex-agência bancária doado à Universidade em Paiquerê. A população coberta é em torno de 14 mil em cada unidade periférica e 7 mil na zona rural. As zonas de atendimento são estritamente delimitadas, principalmente na zona urbana.

Atualmente essas unidades estão bem identificadas com a prestação de assistência sanitária primária, porém esta orientação não foi norma desde o início do funcionamento das mesmas. Na época a idéia de assistência sanitária primária não existia; as unidades foram criadas em reação às Unidades altamente sofisticadas existentes em alguns serviços de Medicina Preventiva das Escolas de Medicina no início da década. Visava basicamente a integração da medicina curativa com a preventiva, a simplificação do atendimento, o baixo custo das ações executadas; o especialista foi preterido por um médico com formação mais geral da medicina, dentro da idéia hoje muito em voga, porém mal compreendida, do "médico geral".

Posteriormente, na medida em que a experiência foi se consolidando, a prática foi abrindo novas perspectivas. Concluiu-se pela viabilidade do projeto e um dos objetivos do trabalho passou a ser o estudo de um modelo reproduzível de atenção sanitária. Surgiu a idéia de que as grandes cidades poderiam ser "cercadas" por uma rede de unidades periféricas, semelhantes às do modelo e que os órgãos centrais prestadores de serviço pudessem atuar com órgãos de retaguarda, principalmente Centros de Saúde, Postos do I.N.P.S. e Hospitais com os quais o mesmo tivesse convênio. No caso de Londrina, tal já vinha ocorrendo, principalmente em relação ao Hospital Universitário e I.N.P.S. como retaguarda, embora não houvesse convênios para esse fim.

A idéia de delegar certas funções, antes exclusivas ao médico, ao auxiliar, surgiu no início de 1974, devido às circunstâncias de natureza prática e teórica; constituiu-se, ao que parece, excetuando-se a experiência pioneira e efêmera da FSESP, o primeiro projeto brasileiro a utilizar auxiliares com tais funções delegadas. Observou-se, por exemplo, que os médicos (que sempre atenderam 2 períodos por semana ou 8 horas/semana) - passavam a maior parte de seu tempo diagnosticando e tratando ' Verminose, Escabiose, Gripes, Diarréias Infantis. Aos poucos essas e outras patologias frequentes na área foram sendo delegadas aos auxiliares que, após treinamento, aprenderam a diagnosticá-las e tratá-las, com medicamentos padronizados e supervisão constante, porém não contínua, da enfermagem e dos médicos. Estes procedimentos mostraram-se altamente viáveis; a unidade passou a ser melhor utilizada pela população, principalmente em relação às consultas médicas, pois os médicos passaram a ter mais tempo para se dedicar a resolução de outros problemas que exigiam maiores conhecimentos especializados e que antes pouco chegavam a unidade, devido a grande demanda.

Dentre as várias atribuições do auxiliar de saúde, que é polivalente, destacam-se as seguintes³⁶:

- a) receber todos os pacientes que compareceram na Unidade, triando-os para os diversos setores;
- b) manipular o fichário, retirando ou abrindo novas fichas;
- c) marcar as consultas que necessitam atendimento médico;
- d) realizar imunizações e anotar em impresso pró-

prio;

e) aplicar injeções prescritas pelos médicos do serviço e aos pacientes da área que apresentarem receita médica;
 f) fazer curativos prescritos ou não;
 g) preparar e esterilizar o material;
 h) preparar os pacientes para a consulta médica;
 i) orientar os pacientes antes e após as consultas médicas;

j) fazer o 1º atendimento à gestante, solicitando os exames laboratoriais de rotina e, após os resultados, encaminhá-la para a consulta médica;

l) fazer atendimento de enfermagem subsequente nas gestantes sadias;

m) fazer atendimento de enfermagem à criança sadia de 0 a 1 anos;

n) encaminhar ao hospital clientes com patologias não delegadas, na ausência das enfermeiras e médicos;

o) planejar e executar as visitas domiciliares de acordo com as prioridades;

p) fazer atendimento de enfermagem nas condições mais frequentes delegadas atualmente: Coriza Infantil; Gastroenterites; Escabiose infectada ou não; Verminoses; Piodermites e Dermatites; Corrimento Vaginal; Lavagem de ouvido; Colheita de material para citologia oncológica; Obstipação e cólica do recém-nascido; Supervisão de saúde da criança de 0 a 1 ano; Controle de pré-natal; Tratamento sintomático de febre, gripe e dores inespecíficas; Tratamento de Condiloma acuminado e Granuloma Umbelical;

q) confeccionar relatório diário e mensal;

r) assistir, quando solicitado, as reuniões e outros programas elaborados pelo serviço.

As rotinas para a execução dessas atividades são padronizadas e já foram divulgadas³⁶, assim como outras características da experiência^{76,78}.

Algumas informações, referentes à 1976, mostram na prática o desempenho dos auxiliares⁷⁷. Neste ano, nas 3 unidades, foram realizados 13 630 atendimentos; entendendo-se como tal as consultas dos auxiliares e dos médicos (os atendimentos dos auxiliares seriam aqueles que tradicionalmente seriam atendidos pelos médicos); destes, 10 843 (79,6%) foram resolvidos ou con-

trolados na própria unidade pelos auxiliares; 279 (2,0%) foram encaminhados aos órgãos de retaguarda pelos auxiliares. Os 2 508 atendimentos restantes (18,4% do total de atendimentos) foram enviados ao médico, pelos auxiliares; o médico, por sua vez, resolveu ou controlou 1 917 (14,1% do total de atendimentos) e encaminhou a diferença de 591 (4,3%) para os órgãos de retaguarda. Com isto, 12 760 (93,7%) dos atendimentos foram resolvidos ou controlados na própria unidade e somente 870 (6,3%) foram encaminhados para os órgãos de retaguarda.

A tabela 1 distribui os 13 630 atendimentos conforme o grupo de paciente e por profissional (auxiliar ou médico) que efetuou o atendimento. Observa-se o predomínio dos primeiros sobre os segundos; esse predomínio atinge seu ápice no grupo dos infantes: 94,4% contra 5,6%.

TABELA 1 - Atendimentos realizados por auxiliar e por médico nas Unidades de Saúde de Londrina em 1976.

Grupo atendido	Atend.por auxiliar		Atend.por médico		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº
Gestante	760	72,5	289	27,5	1 049
Lactante	182	85,5	31	14,5	213
Infante	4 235	94,4	250	5,6	4 485
Pré-escolar	2 095	86,5	328	13,5	2 423
Escolar	763	81,3	176	18,7	939
Adulto	3 087	68,3	1 434	31,7	4 521
T O T A L	11 122	81,6	2 508	18,4	13 630

Fonte: ref. bibl. 77.

Observou-se, ainda em 1976, altas concentrações em relação às gestantes e aos infantes: 5,49 e 7,63 consultas respectivamente. O mesmo pode se dizer em relação às 3as. doses da primo-vacinação referentes à Sabin, Tríplice e Anti-tetânica para gestantes, conforme mostra a tabela 2.

TABELA 2 - Primo vacinações - Sabin, Tríplice e Anti-tetânica (gestantes) - realizadas nas Unidades de Saúde de Londrina em 1976.

Dose	Sabin		Tríplice		Anti-tetânica	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1a.	811	100	876	100	140	100
2a.	821	101	714	82	109	78
3a.	662	82	620	71	74	53

Fonte: ref. bibl. 77

O modelo busca, atualmente, expandir-se dentro do município. Em 1976 foi elaborado um "Programa Comunitário de Atenção à Saúde Familiar" - PROCAF - cujo principal objetivo é criar novas Unidades, planejadas, semelhantes as já existentes, para oferecer assistência sanitária primária, localizadas na periferia da cidade, em bairros estratégicos³⁰. O PROCAF possui um Coordenador Geral, pertencente à Universidade, e representantes do I.N.P.S., Prefeitura Municipal e Secretaria de Estado da Saúde. Conta com pequeno auxílio externo, com duração de 4 anos, da Fundação Kellogg. O desenvolvimento do PROCAF, em termos práticos, tem sido extremamente moroso. As primeiras unidades deste Programa deverão entrar em operação ainda este ano.

Levando-se em conta as características peculiares da experiência de Londrina, até o momento não houve sérios percalços ao desenvolvimento da mesma. Isto talvez se explique pelo fato da população coberta ser pequena: em torno de 35 mil pessoas em um município com mais de 300 mil habitantes. A população, embora passivamente, pois não tem nenhum papel ativo na experiência, aceita-a bem. Isto pode ser medido indiretamente quando se sabe que cerca de 60% da população das áreas periféricas urbanas trabalhadas é previdenciária e que esta população procura a unidade; não se dispõe de estudos específicos sobre cobertura, porém, subjetivamente, sabe-se que é alta nos bairros. Em Paiquerê (zona rural) nos primeiros 6 meses de 1976, 70,5% das famílias já haviam comparecido à unidade, no mínimo através de 1 de seus membros*. Tudo isto mostra que o fato da maioria dos pacientes

*ITO, A.M.Y. & TORNERO, N.L. - Dados sobre o censo de Paiquerê. 1976.

ser atendido por auxiliares é muito bem aceito pela população. A implantação do PROCAF, aumentando em muito a população coberta , gratuitamente, poderá gerar conflitos com outros organismos prestadores de assistência médica no município; destarte a sua evolução é aguardada com interesse.

CONCLUSÕES

1. A experiência mostra que o emprego de auxiliares de saúde, polivalentes, ainda que de nível primário, trabalhando sob supervisão, é plenamente justificado nas áreas em desenvolvimento. Comprovam tal conclusão tanto as experiências de vários países que têm organizado seus sistemas sanitários tendo por base seu emprego maciço, como as experiências regionais ou piloto de vários outros países;

2. os programas que têm por base as reais necessidades da população e não de determinados grupos é aspecto importante a ser considerado no planejamento sanitário; o mesmo se diga em relação ao desenvolvimento do setor saúde conjuntamente com outros setores da sociedade;

3. a experiência mostra também que as razões pelas quais o emprego dos auxiliares é incentivado podem ser muito diferentes e objetivar variados fins; infelizmente esses fins propostos nem sempre coincidem com o interesse de contribuírem na resolução definitiva dos problemas sanitários. Programas genuínos certamente levarão em conta que o sistema sanitário organizado para atender a toda a população e não somente parte dela, com o emprego de auxiliares e cujos serviços sejam hierarquizados, além de baixarem o custo da assistência sanitária e aumentarem a cobertura, é compatível com uma alta qualidade de serviços oferecidos e

4. as formas de participação da comunidade devem ser melhor estudadas e compreendidas. Os Programas verticalizados, tecnicamente perfeitos em gabinete, podem ser causa de fracassos "inexplicáveis".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACTIVIDADES DE LA OMS EN 1975, Ginebra, 1976. (Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, 229). p. 73.
2. ADEY, E.M. - Population control in China. Brit. med. J. 2: 548-50, 1974.
3. BECHELLI, L. M. & DOMINGUEZ, V. M. - Nueva información sobre el problema mundial de la lepra. Bol. Ofic. sanit. panamer., 73: 501-15, 1972.
4. BÉHAR, M. - Importancia de la alimentación y la nutrición en la patogenia y prevención de los procesos diarreicos. Bol. Ofic. sanit. panamer., 78: 334-42, 1975.
5. _____ La nutrición y el futuro de la humanidad. Crón. OMS, 30: 151-4, 1976.
6. BENGGOA, J. M. - El problema de la malnutrición. Crón. OMS, 28: 3-7, 1974.
7. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. - Sistema Nacional de Saúde: contribuição para a discussão do tema "Sistema Nacional de Saúde". Brasília, 1975. (Mimeografado).
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Interiorização das ações de Saúde e Saneamento. Informações básicas. Brasília, 1977.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. - Extensão de Serviços de saúde no Vale do São Francisco - Alagoas e Sergipe. Rio de Janeiro, 1975.
10. _____ Interiorização de ações sanitárias. Rio de Janeiro, 1975.
11. _____ Saúde e saneamento na Região do Alto Solimões. Rio de Janeiro, 1975.
12. _____ Saúde e saneamento no Território de Rondônia. Rio de Janeiro, 1975.

13. BRITO BASTOS, N.C. de - A utilização de pessoal auxiliar nos serviços de saúde. (Apresentado na CONFERÊNCIA PAN-AMERICANA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 6º e CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 14º, Rio de Janeiro, 1976) (Mimeografado).
14. BRÓLIO, R. - Quimioterapia da Tuberculose. Rev. Saúde públ. S. Paulo, 9: 71-85, 1975.
15. BYTCHENKO, B. - Tendencias recientes de la mortalidad por té tanos en el mundo. Bol. Ofic. sanit. panamer., 75: 412-5, 1973.
16. COCKBURN, W.C. & ASSAAD, F. - Some observations on the commu nicable diseases as public health problems. Bull. Wld. Hlth. Org., 49: 1-12, 1973.
17. CRAVIOTO, J. - Informe sobre una visita de estudio a la Repú blica Popular China. Salud públ. Méx., 16: 575-92, 1974.
18. CUA, V.V. - The use of medical assistants in other parts of the world: Viet-Nam. In: Regional Seminar on Medical As sistants, 1º, Manila, 1974. Manila, World Health Organi zation Regional Office for the Western Pacific, 1974. p. 31-2.
19. DIVISÃO NACIONAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA. - Hanseníase no Brasil. Bol. Div. Nac. Derm. Sanit., 36: 13-30, 1977.
20. DJUKANOVIC, V. et al. - República Unida de Tanzania: nuevo sistema para el desarrollo de los servicios de salud. In: DJUKANOVIC, V. & MACH, E.P. - Distintos medios de a tender las necesidades fundamentales de salud en los pai ses en desarrollo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1976. p. 65-70.
21. DY, F.J. - Results. In: Regional Seminar on Medical Assis tants, 1º, Manila, 1974. Manila, World Health Organi zation Regional Office for the Western Pacific, 1974. p. 5-7.
22. FENDALL, N.R.E. - Auxiliares in health care: Programmes in developing countries. Baltimore, Johns Hopkins Universi ty Press (for Josiah Macy, Jr. Fundation), 1972.

23. FERREIRA, A.B.G. - A evolução do saneamento básico no Brasil, até 1972. Rev. Fund. SESP, 19: 75-90, 1974.
24. FLAHAULT, D. - The use of medical assistants in other parts of the world: Africa. In: Regional Seminar on Medical Assistants, 1º, Manila, 1974. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 1974. p. 28-30.
25. _____ The use of medical assistants in other parts of the world: introduction. In: Regional Seminar on Medical Assistants, 1º, Manila, 1974. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 1974. p. 27.
26. _____ Objetivos de la Conferencia. In: PITCAIRN, D.M. & FLAHAULT, D., ed. - El ayudante de medicina: personal de asistencia sanitaria de grado intermedio. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975. (Cuadernos de Salud Pública, 60). p. 23-29.
27. _____ Un equipo integrado y funcional para la asistencia primaria de salud. Crón. OMS, 30: 481-5, 1976.
28. FONSECA, E. - Saneamento básico no Brasil: síntese. Rev. Fund. SESP, 19: 47-62, 1974.
29. FÜLÖP, T. - Nuevos enfoques de un problema permanente. Desarrollo integrado de los servicios sanitarios y del personal de la salud. Crón. OMS, 30: 471-80, 1976.
30. FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. - Programa Comunitário de Atenção à Saúde Familiar. Londrina, s/d. (Mimeografado).
31. GANGAROSA, E.J. - Perspectivas del problema global de las enfermedades entéricas, 1975. Bol. Ofic. sanit. panamer., 80: 397-402, 1976.
32. GENTILE DE MELLO, C. - Contribuição ao estudo do Setor Saúde. Rev. Bras. Med., 27: 470-77, 1970.
33. GISH, O. - Doctors auxiliaries in Tanzania. Lancet, 2: 1251-4, 1973.

34. GONZALES, C.L. - "Medicina simplificada" en los servicios de salud de Venezuela. In: NEWELL, K.W., ed. La salud por el pueblo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975.
35. GTE "ADA NORTE DE MINAS". - Projeto "ADA Norte de Minas (Documento preliminar para discussão junto à Sec. de Estado da Saúde). Montes Claros, out. 1976. (Mimeografado).
36. ITO, A.M.Y. et al. - Regionalização dos serviços de saúde: Manual de Organização e Funcionamento de três unidades periféricas integradas de saúde no município de Londrina, Paraná. (Apresentado na CONFERÊNCIA PAN-AMERICANA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 6º e CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 14º, Rio de Janeiro, 1976). (Mimeografado).
37. LACOSTE, Y. - Geografia do subdesenvolvimento. São Paulo, Difusão Européia do Livro/Editora da USP, 1966.
38. MAHLER, H. - Declaración preliminar. In: PITCAIRN, D.M. & FLAHAULT, D., ed. - El ayudante de medicina: personal de asistencia sanitaria de grado intermedio. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975. (Cuadernos de Salud Pública, 60). p. 11-7.
39. _____ La salud para todos en el año 2000. Crón. OMS, 29: 497-502, 1975.
40. MANZANO P., J. - Observaciones sobre la salud pública en la República Popular China. Salud publ. Méx., 15: 823-29, 1973.
41. MONTEIRO, C.A. - A desnutrição e o planejamento econômico-social. Saúde em Debate, 3: 58-67, 1977.
42. MOTTA, E.G.F. da. - Programa de controle das grandes endemias: Esquistossomose Mansônica. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. - CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5º, Brasília. Anais. Brasília, 1975. p. 173-77.
43. _____ Programa de controle das grandes endemias: Malária. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. - CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5º, Brasília, 1975. Anais. Brasília, 1975. p.153-65.

44. _____ Programa de controle das grandes endemias Peste.
In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. - CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE,
5º, Brasília, 1975. Anais. Brasília, 1975. p.179-83.
45. MYRDAL, G. - Teoria econômica e regiões subdesenvolvidas.
3a. ed. Rio de Janeiro, Editora Saga, 1972.
46. NAKAGAWARA, Y. - As funções regionais de Londrina e sua área de influência. São Paulo, 1972. (Tese de Doutorado - Faculdade de Geografia USP).
47. NEWELL, K.W. - La salud por el pueblo. Crón. OMS, 29 171-8, 1975.
48. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. - Influencia del abastecimiento de agua. Crón. OMS, 18: 209-22, 1964.
49. _____ La asistencia sanitaria en las zonas rurales. Crón. OMS, 30: 11-18, 1976.
50. _____ Enfoque de los problemas de nutrición en África. Crón. OMS, 30: 29-32, 1976.
51. _____ La formación y los servicios de los feldshers en la URSS. Ginebra, 1975. (Cuadernos de Salud Pública, 56).
52. _____ Comité de Expertos de la OMS en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar. Ginebra, 1968. Formación de ayudantes de medicina y de personal asimilado; 17º informe. Ginebra, 1968. (Ser. inf. técn., 385).
53. _____ Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra, 1969. Estudios comparativos sobre las tripanosomiasis americana y africana. Ginebra, 1969. (Ser. Inf. técn., 411).
54. _____ Comité de Expertos de la OMS en Lepra. Ginebra, 1970. 4º informe. Ginebra, 1970. (Ser. Inf. técn., 459).
55. _____ Comité de Expertos de la OMS en Filariosis. Ginebra, 1974. 3º informe. Ginebra, 1974. (Ser. inf. técn., 542).

56. _____ Comité de Expertos de la OMS en Salud de la Madre y el Niño. Ginebra, 1976. Nuevas tendencias y métodos de asistencia maternoinfantil en los servicios de salud; 6º informe. Ginebra, 1976. (Ser. Inf. técn., 600).
57. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. - Las perspectivas de la Enfermedad de Chagas. Bol. Ofic. sanit. panamer., 72 359-61, 1972.
58. _____ La situación crítica de la enfermería en América Latina y el Caribe. Bol. Ofic. sanit. panamer., 75 146-60 1973.
59. _____ Auxiliares dentales en Latinoamérica. Bol. Ofic. sanit. panamer., 77: 257-8, 1974.
60. _____ Recursos humanos en salud: médicos, dentistas e enfermeras en las Américas, 1972. Bol. Ofic. sanit. panamer., 79: 159-65, 1975.
61. _____ Servicios de salud para la población rural y subatendida de América Latina y del Caribe. Bol. Ofic. sanit. panamer., 80: 445-50, 1976.
62. PIO, A. & WESTERN, K. - Enfoque para el control de la Tuberculosis en las Américas. Bol. Ofic. sanit. panamer., 80: 281-7, 1976.
63. PUFFER, R.R. & GRIFFITH, G.W. - Características de la mortalidad urbana. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1968. (Publ. cient., 151).
64. _____ & SERRANO, C.V. - Características de la mortalidad en la niñez. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1973. (Publ. cient., 262).
65. RAMOS, R. - A integração sanitária: doutrina e prática. Sao Paulo, 1972. (Tese de Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública USP).
66. RASSI B., E. et al. - Estudio de una zona de Oncocercosis en Brasil: encuesta realizada en residentes locales. Bol. Ofic. sanit. panamer., 80: 288-302, 1976.

67. RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado de Saúde Pública.
Normas e instruções de mini postos de saúde: uma experiência do Rio Grande do Norte. s.n. t. (xerox).
68. SÁINZ, C.C. et al. - Misión médica y social a la República Popular de China. Salud publ. Méx., 15: 647-62, 1973.
69. SIDEL, V. - The use of medical assistants in other parts of the world: USSR. In: Regional Seminar on Medical Assistants, 1º, Manila, 1974. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 1974. p. 27-8.
70. _____ & SIDEL, R. - The delivery of medical care in China. Scientific American, 230: 19-27, 1974.
71. _____ El sistema de prestacion de asistencia sanitaria en la República Popular de China. In: NEWELL, L.W., ed. La salud por el pueblo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975.
72. SISTEMA integrado de prestação de serviços de saúde no Norte de Minas: características básicas e estrutura funcional do modelo, tema 1. In: REUNIÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO NORTE DE MINAS, 1º. abril de 1976. (Mimeografado).
73. SMITH, A.J. - Barefoot doctors and the medical pyramid. Brit. med. J., 2: 429-32, 1974.
74. _____ Public health in China. Brit. med. J., 2: 492-4, 1974.
75. _____ & ADEY, E.M. - Medicine and society. Brit. med. J., 2: 603-5, 1974.
76. SOARES, D.A. et al. - Atenção à saúde - Ambulatório - Ensino médico. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 13º e REUNIÃO ANUAL DA ABEM, 13º, Salvador, 1975. Anais. Salvador, 1975. p. 347-62.
77. _____ Prática de assistência médico-sanitária em três unidades sanitárias em Londrina. (Apresentado no CONGRESSO