

Educação Médica e Saúde

SOCIEDADE — ALUNO — PROFISSÃO

GALDINO LORETO - ARNALDO DI LASCIO

A preocupação em dar ao estudante uma formação adequada às peculiaridades do seu trabalho futuro nesta região levou a direção da Faculdade de Medicina da UFPe a organizar em 1970 uma Comissão com o objetivo de estudar uma reforma geral do seu currículo.

Aos dois autores que, em épocas sucessivas, participaram da referida Comissão, coube a tarefa de compilar uma série de informações consideradas como determinantes básicos do currículo: de um lado, dados acerca da situação sócio-econômico-cultural das populações a serem assistidas, e do outro, informes sobre as disponibilidades em pessoal qualificado na área de Saúde. É o resultado dessa compilação, a par de alguns comentários, que aqui se expõe. Por falta, não poucas vezes, de informações regionais, sobretudo no que se refere à segunda parte, foi necessário recorrer a dados gerais do país, ou mesmo, de outros países latino-americanos, já que o seu panorama sócio-econômico, político e educacional, segundo refere Jacques Lambert, pouco difere do nosso.

DETERMINANTES BÁSICOS DO CURRÍCULO

I — DADOS SÓCIO-CULTURAIS SOBRE PERNAMBUCO E O NORDESTE

a) *Distribuição da População Segundo o Nível Sócio-Econômico*

A grande maioria da população nordestina se situa nos níveis sócio-econômicos mais inferiores. O Quadro I dá a distribuição de uma amostra dessa população segundo o seu nível

de renda no 3.º trimestre de 1968. Nele chama a atenção o fato de 70% dos indivíduos terem uma renda equivalente ou inferior ao salário mínimo da época.

QUADRO I

Nível de Renda de Uma Amostra da População Nordestina

<i>Nível de Renda Mensal</i>	<i>% da População</i>
Menos de Cr\$ 120,00	70,69
de Cr\$ 120,00 a Cr\$ 240,00	18,19
de Cr\$ 240,00 a Cr\$ 400,00	4,70
de Cr\$ 400,00 a Cr\$ 600,00	2,15
Mais de Cr\$ 600,00	3,18
Não declarado	0,99

FONTE: I.B.G.E. — Documento G.E.P.D. n.º 23.

Nos centros urbanos embora a proporção de indivíduos com rendimentos mais elevados seja maior, o baixo poder aquisitivo da população é impressionante, como mostra o Quadro II relativo ao Grande Recife, em que se verifica que 50% da mesma ganha menos que o salário mínimo.

QUADRO II

População de 15 Anos ou Mais, do Grande Recife Auferindo Rendimentos

<i>Nível de Renda Mensal</i>	<i>% da População</i>
Abaixo do salário mínimo	50,2
Entre 1 a 3 salários mínimos	34,8
Entre 3 e 5 salários mínimos	7,2
Entre 5 e 7 salários mínimos	2,3
Entre 7 e 9 salários mínimos	1,6
Acima de 9 salários mínimos	3,9

FONTE: SUDENE — DRH — Pesquisa sobre Habitação no Grande Recife (1966 e 1967).

No Quadro III discriminam-se as várias formas de rendimento dessa mesma população do Grande Recife.

QUADRO III

Condição de Ocupação da População de 15 Anos ou Mais do Grande Recife

<i>Tipos de Rendimento</i>	<i>% da População</i>
Assalariados	34,0
Conta própria	8,2
Rendas	0,8
Prof. liberais	0,2
Empregador	0,5
Domésticos (sem renda)	23,3
Estudantes (idem)	23,6
Desempregados	9,4

FONTE: Idem.

b) *Condições de Residência*

O baixo nível econômico dessas populações acarreta fatalmente que suas condições de residência sejam muito precárias quanto à salubridade e ao conforto. O Quadro IV informa sobre os materiais de construção das casas da população em geral do Grande Recife e dos trabalhadores rurais da zona da Mata de Pernambuco.

QUADRO IV

Condições das Habitações em Geral do Grande Recife e das dos Trabalhadores Rurais da Zona da Mata

MATERIAL DE CONSTRUÇÃO		GRANDE RECIFE	RURAL/MATA TRAB.
PAREDES	Alvenaria sem reboco	0,7	12,6
	Alvenaria com reboco	54,7	41,1
	Taipa sem reboco	1,8	31,7
	Taipa com reboco	30,2	14,0
	Alvenaria e Taipa	8,9	—
	Madeira	3,6	—
	Outros materiais	0,1	0,6
PISO	Tijolo	0,8	24,9
	Cimento	52,9	18,7
	Chão batido	5,7	56,4
	Mosaico	9,0	—
	Taco-mosaico	9,2	—
	Mosaico-cimento	8,6	—
	Cimento chão-batido	5,0	—
	Taco-granito	4,7	—
	Outros	4,1	—
COBERTA	Telha	94,4	96,5
	Palha	1,7	1,9
	Zinco	0,7	0,8
	Capim	0,3	—
	Outros	2,9	0,8

FONTES: SUDENE — DRH — Pesquisa sobre Habitação no Grande Recife (1966/67).

Fernando Antônio Gonçalves — Condições de vida do trabalhador rural da Zona da Mata do Estado de Pernambuco — Instituto Joaquim Nabuco, 1965.

Vale a pena destacar deste Quadro a constatação de que quase metade (44,3%) das casas dos trabalhadores rurais não possuem reboco, o que sabidamente aumenta o risco da presença de insetos transmissores de protozooses.

O Quadro V informa sobre a procedência e o modo de uso da água nessas residências acima referidas:

QUADRO V

Procedência e Modo de Uso da Água Consumida nas Habitações em Geral do Grande Recife e nas dos Trabalhadores Rurais da Zona da Mata

		GRANDE RECIFE	TRAB. RURAL DA MATA
PROCEDÊNCIA DA ÁGUA	Encanada	57,5	2,1
	Chafariz	17,0	1,7
	Poço coberto	8,8	15,3
	Poço descoberto	5,6	57,8
	Bomba d'água	2,4	—
	Cisterna	0,4	—
	Rio ou açude	0,1	10,5
	Fonte	—	10,1
	Outras	8,0	2,5
POSSUEM BANHEIRO		82,2	1,8
ÁGUA DE BEBIDA	Natural	37,2	98,7
	Coadá	14,7	—
	Filtrada	41,0	1,3
	Fervida	7,1	—

FONTES: Idem.

Merece ser assinalado que 57,8% dos trabalhadores rurais da Zona da Mata de Pernambuco fazem uso da água tirada de poços descobertos, sendo que apenas 1,3% a filtram antes de beber e 1,8% têm banheiro em casa. Mais de 98% portanto, tomam banho em rios ou açudes e bebem água em estado natural. Mesmo no Grande Recife 51,9% da população ingere água não filtrada.

Os Quadros VI e VII informam acerca do tipo de esgoto e do destino dado ao lixo nas residências mencionadas.

QUADRO VI

Tipos de Esgoto das Habitações em Geral do Grande Recife e das dos Trabalhadores Rurais da Zona da Mata

ESGOTOS	GRANDE RECIFE	TRAB. RURAL DA MATA
NÃO POSSUEM PRIVADA	7,9	76,1
POSSUEM PRIVADA		
Rede geral	12,0	—
Fossa asséptica	5,2	—
Fossa comum	66,5	1,0
Buraco de despejo	4,6	22,9
Outros	1,8	—

FONTES: Idem.

QUADRO VII

Destino Dado ao Lixo nas Habitações em Geral do Grande Recife e nas dos Trabalhadores Rurais da Zona da Mata

LIXO	GRANDE RECIFE	TRAB. RURAL DA MATA
Coletado pela Prefeitura	41,9	—
Lançado no quintal	11,1	51,8
Lançado nos arredores	22,0	45,5
Lançado na rua	6,5	—
Lançado no rio ou canal	8,1	0,4
Queimado	5,7	0,2
Enterrado	3,3	0,2
Outras formas	1,4	1,9

FONTES: Idem.

Os números acima dão bem uma idéia das precaríssimas condições de higiene em que vivem os trabalhadores rurais da Zona da Mata, os quais abandonam as dejeções e o lixo, na su-

perfície do solo, em respectivamente 76% e 97,3% dos casos. Mesmo no Grande Recife, 12,5% das residências não têm privada ou possuem apenas um buraco de despejo e, em 37,6% das mesmas, o lixo é deixado sem maiores preocupações na superfície do solo.

c) *Distribuição da População Segundo o Nível de Instrução*

O Quadro VIII dá a distribuição segundo o nível de instrução da população acima da idade escolar do Nordeste em geral, do Grande Recife e dos trabalhadores da Zona Rural de Pernambuco.

QUADRO VIII

Nível de Instrução da População em Geral do Nordeste e do Grande Recife e dos Trabalhadores Rurais da Zona da Mata de Pernambuco

	NORDESTE I	GRANDE RECIFE II	TRAB. RURAL RA MATA III
Analfabetos	39,3	15,2	80,1
Primário	45,7	57,9	19,5
Secundário	12,4	23,1	0,1
Superior	2,6	3,1	—
Não declarado	—	0,7	0,3

FONTES: I I.B.G.E. — Documento G.E.P.D. n.º 23.
II SUDENE — DRH — Pesquisa sobre Habitação no Grande Recife.
III F.A. Gonçalves — Condições de vida do trabalhador rural na Zona da Mata de Pernambuco — Instituto Joaquim Nabuco, 1963.

O que chama mais a atenção neste Quadro é a alta incidência do analfabetismo da população da região, o qual, entre trabalhadores rurais da Zona da Mata de Pernambuco, atinge o índice de 80%.

Este dado torna compreensível que o círculo vicioso pobreza-ignorância-pobreza seja o grande responsável pelas precárias condições de higiene e de salubridade dessas populações.

d) *Estrutura Familiar*

O Quadro IX informa sobre a distribuição segundo o estado civil das populações acima de 15 anos do Nordeste em geral, do Grande Recife e dos trabalhadores rurais da Zona da Mata de Pernambuco.

QUADRO IX

Estado Civil da População Acima de 15 Anos do Nordeste em Geral, do Grande Recife e dos Trabalhadores Rurais da Zona da Mata de Pernambuco

ESTADO CIVIL	Nordeste	Grande Recife	Trab. Rurais da Mata
Solteiros	35,2	42,6	30,0
Casados só no civil	(5,5	(11,9	(9,2
Casados só no religioso	51,2(23,9	47,2(4,7	43,8(23,0
Casados em ambos	(21,8	(30,6	(11,6
Viúvos	5,8	6,9	5,0
Separados	3,1	3,0	1,6
Amasiados	4,7	—	17,9
Não declarados	—	0,3	1,7

FONTES: As mesmas do Quadro VIII. N. B. Em relação ao Grande Recife a pesquisa só apurou as situações de direito, pelo que os amasiados ficaram incluídos entre os solteiros.

Chama a atenção neste Quadro as percentagens relativamente elevadas de casais unidos apenas pelo casamento religioso, fato sobretudo evidente entre os trabalhadores rurais da Zona da Mata. Este fato tanto pode significar um maior apreço, ao menos formal, pela Religião, como uma menor preocupação com um contrato civil cuja principal função seria proteger o direito da companheira e dos herdeiros e bens que no caso não existem.

O Quadro X informa sobre a composição das famílias do Grande Recife e dos trabalhadores da Zona da Mata de Pernambuco.

QUADRO X

Número Total, Sexo e "Status" dos Componentes das Famílias em Geral do Grande Recife e das dos Trabalhadores da Zona da Mata de Pernambuco

COMPONENTES	DA FAMÍLIA	GRANDE RECIFE	ZONA DA MATA
NÚMERO TOTAL	1 a 2	3,4	15,7
	3 a 4	15,7	29,1
	5 a 6	25,3	23,3
	7 a 8	24,3	16,8
	9 e mais	31,3	15,1
SEXO	Homem	46,5	51,1
	Mulheres	53,5	48,9
"STATUS"	Chefe	17,3	18,5
	Cônjuge	13,8	15,6
	Filhos	53,3	54,5
	Parentes	8,6	9,3
	Agregados e empregados	7,0	2,1

FONTES: Idem.

Chama a atenção neste Quadro, acima de tudo o grande tamanho das famílias: oitenta por cento das famílias do Grande Recife e 52% das dos trabalhadores rurais da Zona da Mata possuem mais de 5 membros. Como, destes, mais de cinquenta por cento são filhos, infere-se que a diferença encontrada entre os dois grupos deve ser atribuída sobretudo a maior incidência de mortalidade infantil no segundo grupo.

e) *Mobilidade Social*

No Nordeste, e de modo especial nas Zonas Rurais, tem-se observado, ao lado da extrema mobilidade espacial, uma acen-

tuada tendência à imobilidade social. Entre os trabalhadores da Zona da Mata de Pernambuco, que pode ser considerada como um grupo representativo da população nordestina de baixo nível sócio-econômico, a pesquisa do Instituto Joaquim Nabuco antes citada, constatou que apenas 42,6% moravam há mais de dez anos no mesmo local e que 44%, viviam há menos de 4 anos na mesma residência. Por outro lado, 60% dos trabalhadores exerciam há mais de dez anos a mesma profissão, o que atesta o pequeno índice de mobilidade profissional e consequentemente, social. Para isto parecem contribuir, além dos fatores econômicos — como a dificuldade de acesso à posse da terra, fatores psico-sociais, sobretudo o baixo nível de aspirações, os quais se condicionam reciprocamente dentro de um círculo vicioso de difícil rotura.

f) *Características Culturais*

Segundo comunicação pessoal do sociólogo Renato Carneiro Campos que participou de uma pesquisa ainda inédita do Instituto Joaquim Nabuco, acerca das características culturais das famílias da Zona Rural de Pernambuco, estas estão condicionadas não apenas pelo nível sócio-econômico, como, de modo especial, pela proximidade geográfica e consequente facilidade de comunicação, com os centros urbanos, tanto assim que os moradores de certos municípios da Zona da Mata, relativamente próximos à Capital mas que por dificuldades de acesso permanecem isolados de qualquer centro urbano, possuem características culturais muito mais primitivas do que as dos habitantes de uma cidade qualquer do alto serão.

De modo geral, entretanto, os valores, os interesses e as aspirações dos indivíduos estão em grande parte em função de sua condição sócio-econômica. Nas classes economicamente mais desfavorecidas, sobretudo do meio rural, observa-se que o nível de aspirações é, em geral, muito baixo e que predomina atitude ao mesmo tempo conformista e mágica em face dos acontecimentos da vida. Esta atitude se reflete de modo particular nas crenças populares acerca da saúde e da doença.

g) *Crenças Populares Acerca da Saúde e da Doença*

Numerosas obras têm sido escritas sobre esse assunto, das quais uma das mais completas é, sem dúvida, a de Alceu Maynard Araújo, sobre Medicina Rústica (Cia. Editora Nacional, São Paulo, 1966), do qual retiramos os dados abaixo, apresentados de modo muito sumário (*).

A Medicina Rústica ou Popular compreende um conjunto de crenças acerca de aspectos nosológicos, etiopatogênicos e terapêuticos. Do ponto de vista nosológico admite a existência de entidades mórbidas desconhecidas pela Medicina acadêmica, como sejam a espinhela caída ou o quebranto. Do ponto de vista etiopatogênico, são valorizados agentes causais mais ou menos mágicos, como o Sol, os Ventos, as trovoadas, os eclipses, o susto, o mau olhado, o agouro, a quebra do resguardo, etc. Mas é sobretudo na Terapêutica que essa Medicina se revela extremamente rica, graças ao sincretismo de influências pré-ibéricas, lusas, ameríndias e africanas. Sob esse aspecto Maynard Araújo distingue uma Medicina Mágica, uma Medicina Religiosa e uma Medicina Empírica.

A Medicina Mágica é aquela que apela para as benzeduras (rezas e gestos), para a simpatia (agoterapia, susto, transferência), para os rituais do catimbó ou toré de influências indígenas (adivinhação mágica da doença, defumação, uso de ervas), para a profilaxia mágica (amuletos, talismão, patuás) ou para o catolicismo “de folk” (promessas, romarias, novenas).

A Medicina Religiosa é aquela que se pratica nos cultos afro-brasileiros — xangôs ou candomblés —, através de apaziguamento de divindades ofendidas, adivinhações simbólicas ou terapêuticas rituais.

(*) Outros trabalhos sobre o tema: Getúlio César, *Crendices do Nordeste* (Pongetti, Rio, 1944); Eduardo Campos — *Medicina Popular* (Edit. Casa Estud. Brasil, Rio, 1955); José Pimentel Amorim — *Medicina Popular em Alagoas* (Depto. Estadual de Cultura, Maceió, 1963).

Finalmente a Medicina Empírica é aquela que confia no efeito curativo de determinados medicamentos, intervenções, banhos ou dietas.

Os medicamentos são principalmente preparados à base de plantas consideradas de efeito medicinal (Fitoterapia) e tomam a forma de mezinhas, chazinhos, lambedores, garrafadas, purgantes, vomitórios, suadouros, cataplasmas, unguentos, etc. Há ainda medicamentos à base de excretos (excretoterapia), como urina, leite de peito, saliva, fezes de vaca, esperma, muco nasal, cerumen, etc. A cachaça representa uma verdadeira "panacéia folclórica", servindo de veículo para curtimento de plantas ou podendo ser misturada a infusões vegetais, ou ainda empregada em massagens ou inalações.

As intervenções são principalmente a sangria e a prótica (aplicação de cautérios ou brasas).

Os banhos terapêuticos são dados com água fria, morna ou quente, com ou sem sal, à qual se misturam cocções de plantas. Além da hidroterapia externa há ainda as lavagens internas ou "chá de bico" (clisteres) com água fervida misturada a preparos diversos (talo de couve, sal torrado, etc.).

As dietas constam de proibições de certos alimentos e da prescrição de outros com a finalidade de curar ou prevenir determinadas doenças. As dietas da Medicina Popular situam-se na mesma linha dos tabus alimentares, ainda tão em voga, mesmo entre pessoas de certo nível cultural, os quais dificultam muitas vezes a aquisição de hábitos alimentares mais sadios.

Os profissionais da saúde que lidam com populações ainda fortemente impregnadas dessas crenças e hábitos primitivos acerca da saúde e da doença, precisam saber compreendê-los e enquanto possível aproveitá-los, em benefício de seu próprio trabalho. Maynard Araújo (pág. 4) refere uma pesquisa sumariada por Foster, a qual constatou que, em oito centros de saúde do México, Colômbia, Peru e Brasil, a frequência da população local dependeu em grande parte da atividade dos médicos e enfermeiros em relação às concepções populares acerca das

doenças. Os pacientes de modo geral evitavam aqueles profissionais que tendiam a ignorar e até mesmo a ridicularizar suas crenças ingênuas, firmando-se muitas vezes ainda mais na convicção de que existem certas doenças que não são compreendidas, e consequentemente não podem ser tratadas pelos médicos. Nos outros centros, porém, cujo pessoal técnico conhecia os conceitos populares, evitando desacreditá-los e, em algumas ocasiões, até, utilizando-os, foi possível conquistar em larga escala a confiança e a colaboração da população local.

h) *Benefícios Sociais — Previdência Social*

O Quadro XI dá os números absolutos de segurados e beneficiários do INPS nos vários Estados do Nordeste (distinguindo capitais e municípios do interior) e as percentagens de uns e outros sobre a população total de cada Estado.

Por este Quadro se verifica que, na melhor das hipóteses, apenas pouco menos de 40% da população de um Estado recebe os benefícios da Previdência Social, havendo um caso (Maranhão) em que essa proporção é inferior a 10%.

Outro fato evidente é a escassa participação das populações interioranas nesses benefícios. Em Pernambuco, por exemplo, onde há a maior proporção de segurados sobre a população total, o seu número absoluto é cinco vezes maior na capital do que em todos os demais municípios do Estado.

II — RECURSOS HUMANOS

a) *Aspectos quantitativos — Produção de profissionais*

A ênfase que os governos dão no mundo atual ao problema da saúde do povo implica em um esforço para melhorar por todos os meios as condições de assistência que lhe possa ser prestada. Entre esses meios se coloca o aumento do número de médicos e de outros profissionais desta área, medida, contudo, que envolve situações diversas e complexas para que essa assistência seja considerada realmente adequada.

QUADRO XI

Números Absolutos e Percentagens de Segurados e Beneficiários do I.N.P.S. nos Estados do Nordeste

ESTADOS	Pop. 1000 Hab.	SEGURADOS				BENEFICIÁRIOS			
		Capital	Inter.	Total	% s/ Pop.	Capital	Inter.	Total	% s/ Pop.
Maranhão	3.615	32.882	6.719	39.601	1,1	294.722	60.223	354.945	9,8
Piauí	1.438	20.140	9.461	44.532	3,1	190.454	90.958	281.412	19,6
Ceará	3.914	134.739	23.671	158.410	4,0	912.398	160.290	1.072.688	39,1
R. G. Norte	1.312	36.144	21.602	57.746	4,4	181.857	108.691	290.548	22,1
Paraíba	2.287	33.268	27.414	60.682	2,7	192.454	159.633	352.087	15,4
Pernambuco	4.819	254.509	46.350	300.852	6,2	1.333.904	242.888	1.576.792	32,7
Alagoas	1.420	65.624	2.689	68.313	4,8	415.915	17.039	432.954	30,5
Sergipe	864	39.785	3.134	42.919	5,0	252.730	19.910	272.640	31,6
Bahia	7.054	301.375	86.258	387.633	5,5	1.187.664	339.925	1.527.589	21,7

FONTE: I.N.P.S.

No Nordeste e em Pernambuco particularmente, de acordo com publicações da SUDENE (Dep. de Recursos Humanos), o quantitativo destes especialistas em 1966, era o expresso no quadro abaixo:

A dificuldade encontrada em obter dados de cada profissão constante do quadro, nos obrigou a concentrar as considerações sobre os aspectos em epígrafe, referentes principalmente à profissão médica e também sobre a de enfermagem.

Segundo informações fornecidas pelo Núcleo Integrado de Estudos de Recursos Humanos para a Saúde (NIERHS), o número de Faculdades de Medicina no Brasil aumentou nos últimos vinte anos de 13 para 73. Nesta escala, o número de matrículas foi sucessivamente aumentado, sendo diplomados em 1962, 1.300 médicos; em 1968, 2.653; em 1970, isto é, o ano passado, 3.218; este ano serão mais 3.600 a se formar de acordo com dados obtidos pela Associação Brasileira de Escolas Médicas que estima para 1976 em 5.747 diplomados o que corresponde a um aumento médio de 15% ao ano do número de médicos que saem das várias escolas do país.

Segundo ainda os cálculos sobre o estudo quantitativo feito pelos profs. Mello e Rigatto, da Associação Brasileira de Escolas Médicas, mantendo-se número de admissões em 5.747 com um crescimento populacional de 3% ao ano e dando para o médico uma vida profissional de 30 anos a proporção médico/habitante no Brasil será de 1:1.945 em 1970; 1:1.308 em 1980; 1:1.194 em 1990 e de 1:1.264 no ano de 2000.

Se atentarmos para o fato de que nos países de melhor assistência médica a proporção médico/habitante é de 1:1.000 devemos aceitar que o problema no que se refere ao quantitativo está convenientemente atendido.

Como vem sendo dito e repetido, não há necessidade no momento atual de abrir novas escolas e, sim, de aparelhar melhor as já existentes, sobretudo no que se refere ao pessoal docente. Na verdade a distribuição geográfica dos médicos é que deve ser melhor cuidada. Se há regiões em que existe 1 médi-

PESSOAL DISPONÍVEL NO NORDESTE POR ESTADO E CATEGORIA PROFISSIONAL

Estados e Entidades		PESSOAL EM ATIVIDADES EM 31.12.66								
	Médicos	Dentistas	Téc. de Laborat.	Téc. de Raio X	Enferm.	Aux. de Enferm.	Atend. de Enferm.	Plan. de Saúde	Vis. Sanitária	
MARANHÃO	265	55	15	1	35	59	140	6	5	
S. Saúde	102	38	—	1	26	37	91	6	—	
M. Saúde	10	2	13	—	6	2	35	—	5	
P. Social	153	15	2	—	3	20	14	—	—	
PIAUI	316	58	13	—	85	123	344	3	25	
S. Saúde	114	38	6	—	76	90	262	3	10	
M. Saúde	27	4	7	—	9	17	69	—	15	
P. Social	175	16	—	—	—	16	13	—	—	
CEARÁ	630	157	25	11	51	102	670	8	162	
S. Saúde	249	137	—	10	21	59	245	7	119	
M. Saúde	55	2	20	1	29	32	390	1	43	
P. Social	326	18	5	—	1	11	35	—	—	
R. G. NORTE	266	36	8	4	5	21	204	5	11	
S. Saúde	67	18	4	4	1	12	145	5	6	
M. Saúde	21	1	3	—	4	6	43	—	5	
P. Social	178	17	1	—	—	3	16	—	—	
PARAÍBA	560	154	20	4	43	115	360	3	35	
S. Saúde	247	118	—	2	27	85	220	3	33	
M. Saúde	33	4	17	1	10	21	111	—	2	
P. Social	280	32	3	1	6	9	29	—	—	

Estados		PESSOAL EM ATIVIDADES EM 31.12.66								
Entidades	Médicos	Dentistas	Téc. de Laborat.	Téc. de Raio X	Enferm.	Aux. de Enferm.	Atend. de Enferm.	Plan. de Saúde	Vis. Sanitária	
PERNAMBUCO	1.431	280	48	28	53	723	1.172	13	96	
S. Saúde	652	202	—	27	33	700	996	10	84	
M. Saúde	71	—	47	—	15	1	110	2	12	
P. Social	708	78	1	1	5	22	66	1	—	
ALAGOAS	246	25	10	4	5	14	171	5	73	
S. Saúde	54	13	—	1	—	—	114	5	70	
M. Saúde	26	2	10	—	5	6	45	—	3	
P. Social	116	10	—	3	—	8	12	—	—	
SERGIPE	166	23	12	—	9	32	147	2	21	
S. Saúde	17	10	—	—	2	20	54	2	6	
M. Saúde	10	2	10	—	5	6	69	—	15	
P. Social	139	11	2	—	2	6	24	—	—	
BAHIA	1.299	231	41	13	84	260	741	5	154	
S. Saúde	712	187	5	12	57	208	538	5	136	
M. Saúde	22	6	30	—	23	16	147	—	28	
P. Social	565	38	6	1	4	36	56	—	—	
M. GERAIS	25	4	—	—	—	—	13	—	—	
S. Saúde	25	4	—	—	—	—	13	—	—	
M. Saúde	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
P. Social	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

NOTA: Dados da Pesquisa sobre nível e estrutura de saúde no Nordeste.

FONTE: SUDENE/DRH

Dados de junho de 1967

co para 15.000 habitantes, há, em compensação, áreas como a Guanabara onde a proporção é de 1 médico para menos de 300 habitantes, record mundial, no dizer de Hilton Rocha.

São ainda os profs. Mello e Rigatto que, em janeiro de 1970, na reunião da Comissão de Escolas Médicas da A.M.B. esclarecem: no Amazonas há 38 municípios sem médico; no Piauí, 97; no Ceará, 86; no Rio Grande do Norte, 125; em Minas Gerais, 300 e até mesmo em São Paulo há 160 municípios sem médico, o que atesta de modo eloquente a crescente concentração de médicos nos grandes centros. Portanto, comentam eles e concordamos nós ou qualquer pessoa de bom senso, não é a pura e simples multiplicação de faculdades que vai resolver esta desigualdade de distribuição geográfica.

Por outro lado, como é sabido, o médico em qualquer circunstância não pode trabalhar só, mas sempre ajudado pelo pessoal auxiliar, sobretudo quando do estabelecimento de um plano de saúde em que a equipe (médico, enfermeira, nutricionista, assistente social, visitadora domiciliar) deve atuar por igual em qualquer área, urbana ou rural, mais intensamente nesta última onde a necessidade de educação sanitária é maior. A importância destes outros profissionais é também indiscutível.

Salienta-se aqui o papel da enfermeira, por exemplo, profissão que ainda não conseguiu um bom status social. Este fato é de importância por salientar a concepção ainda predominante quanto ao prestígio de certas profissões. Entre nós, é patente a plethora de candidatos pretendentes às escolas de medicina, enquanto sobram vagas nas escolas de enfermagem.

Publicação do NIERHS informa que, no vestibular de 1969, dos 46.226 candidatos ao ingresso nas faculdades da área das ciências de saúde, 38.531 se inscreveram para medicina, o que representa 83% do total. Esta preferência aumenta a desproporção que se pode sentir observando que, enquanto em medicina 9,6 estudantes se candidatam a uma vaga, esta relação baixa a 2,3 para farmácia e odontologia e a 1,1 para enfermagem.

Na mesma publicação vem referido que, no último vestibular já unificado, consideradas somente as Faculdades de Me-

dicina, Odontologia, Farmácia e Enfermagem, verificou-se que houve a inscrição de 5.775 postulantes com a seguinte discriminação para a 1a. opção, medicina: 4.797, odontologia: 459, farmácia: 452 e enfermagem: 67 o que dá as percentagens respectivamente de 83, 8, 8 e 1.

Na VI reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas em agosto de 1968 em Fortaleza, abordando o "Problema da formação de profissionais de saúde em relação às necessidades do país", o Prof. Luis Carlos Lobo, de Brasília, apresentou dados do Ministério de Saúde que estimavam existir em 1963 no país: 35.200 médicos, 26.500 dentistas, 12.700 farmacêuticos; 17.800 enfermeiras; 10.000 auxiliares de enfermagem, não havendo dados precisos sobre outros técnicos da equipe de saúde. Enquanto nesse ano se formavam 1.800 médicos, graduavam-se apenas 400 enfermeiras e cerca de 1.200 auxiliares de enfermagem. É estabelecida, então, comparação com os EE. UU. em que, no ano de 1960, para cada médico formavam-se 4 outros profissionais no setor de saúde. E não se diga que a profissão de enfermagem proporciona hoje em dia baixo atrativo econômico como, de resto, a dos demais técnicos de saúde. No Nordeste, como vimos, existem 370 enfermeiras e 1.449 auxiliares de enfermagem para 5.204 médicos, o que demonstra a carência total desses elementos qualificados e a séria desproporção nesta integração profissional. Alagoas e Sergipe não formam enfermeiras, mas têm faculdades de medicina num desajustamento pouco recomendável.

Torna-se necessário, sem sombra de dúvida, estimular a formação do pessoal para-médico e dar condições para que o grupo venha a se implantar nas várias regiões e possa desenvolver com eficiência sua atividade.

A Universidade atual não deve ter como limites as paredes das escolas e dos laboratórios, mas integrando-se na comunidade e estudando seus problemas tem a responsabilidade de contribuir ativamente para a solução dos mesmos. O plano de interiorização da medicina em todo o país e a experiência do CRUTAC-PE e R. N. aqui no Nordeste, são exemplos louváveis desta nova política educacional.

b) *Custo operacional educação/profissão*

Sobre os gastos das escolas para a formação de profissionais da saúde, conseguimos apenas os dados fornecidos por uma publicação da Organização Mundial de Saúde onde são analisados por César Garcia despesas de 72 das 135 escolas médicas existentes em 1967 na América Latina. O gasto operacional se elevou nas 72 escolas estudadas a 50.947.222 dólares, sendo que 86% deste montante se destinou a pagamento de pessoal docente e administrativo. Por outro lado, seguindo o critério da desvalorização de 10% ao ano sobre o material permanente e dividindo o montante das despesas acrescido deste fator, pelo número de alunos tem-se que o custo anual do aluno, tirada a média das 72 escolas, foi de 1.340 dólares. Isto, na época, para o Brasil representava aproximadamente 4.000 cruzeiros (quatro milhões antigos) porquanto o gasto total do país, divulgado nesse trabalho da OMS, foi de 10.803.846,95 dólares para um número de 8.928 alunos, dando um custo aluno-ano de 1.210,10 dólares.

Atualmente com o encarecimento contínuo do custo de vida, todas estas cifras devem estar extraordinariamente acrescidas. Infelizmente não encontramos publicação local ou nacional que faça referência discriminada sobre estes custos operacionais para formação de um médico ou de qualquer dos outros profissionais da área de Saúde. Apenas em recente publicação do Boletim da Associação Médica Brasileira (A.M.B.) o dr. Caetano Ximenes refere que o médico brasileiro custa à Nação entre 30 e 50 mil cruzeiros. De qualquer forma torna-se evidente que uma política de custeio do estudo pelo próprio interessado, deva ser cogitada, permitindo, numa operação de distribuição de verbas e financiamentos devidamente planejada, retirando do governo esta atitude paternalista injustificada pela qual nunca o educando se apercebe do justo valor daquilo que vem recebendo.

c) *Projeções para o futuro*

A afirmativa de que se pode avaliar o grau de desenvolvimento de uma população pelo índice de elevação do seu pa-

drão sanitário, cabe como um estímulo para o Brasil. Faz-se necessário, entretanto, que as medidas tomadas para este fim sejam adequadas aos recursos humanos e materiais de que se dispõe. Um país subdesenvolvido deve pensar em desenvolvimento e não em neosubdesenvolvimentismo, ou seja, a preocupação de copiar etapas de países desenvolvidos com estrutura sócio-econômica, tecnologia e recursos científicos e culturais de outro padrão. O resultado será sempre um desnivelamento constante. Um continuará crescendo ajustadamente e em proporções cada vez maiores e melhores, enquanto o subdesenvolvido em base forçosamente de improvisações, crescerá um tanto anarquicamente tendo que parar constantemente para reformular atitudes e diretrizes. Infelizmente é o que vem acontecendo. O atendimento previdenciário vem sendo modificado por não estar resolvendo a contento as necessidades da população. Um plano nacional de saúde foi instalado em várias áreas do país e já foi considerado inviável, cogitando-se no momento de uma nova fórmula que ainda é mantida em segredo e deverá explodir como uma bomba!... Oxalá esta venha a dar certo.

Política nacional de saúde há de ser conduzida pelos técnicos. Os técnicos são feitos nas escolas. É sobre o ensino, portanto, que deve se concentrar a atenção dos dirigentes. E quando dizemos ensino (vamos nos restringir ao ensino médico) não queremos nos referir somente aos estudantes, mas também à formação de professores, pois com o aumento de matrículas autorizado nestes últimos anos, sem o conveniente aumento do pessoal docente devidamente capacitado, estamos vendo uma queda no padrão do ensino médico refletindo-se na qualidade do profissional que irá atuar na comunidade. O Prof. Ezio Fundão, perito da OMS, analisando a situação atual do ensino médico no Brasil, salienta o mau rendimento do mesmo, pela instalação indiscriminada de escolas médicas, comentando a oportuna denúncia do Prof. Hilton Rocha na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, de que, pela multiplicação das escolas e insuficiência do ensino em todas elas, está o mesmo sofrendo uma queda vertiginosa em sua qualidade.

O Prof. Ezio Fundão diz que em cidades sem condições de abrigar sequer um ginásio e sem hospital para ensino e trei-

namento, são criadas escolas médicas. O Prof. Manoel Ferreira, presidente da Soc. Brasileira de Higiene, acha que pelo menos até 1980 o Ministério de Educação não deveria autorizar a instalação de qualquer nova escola de medicina, mas se preocupar em melhor aparelhar as já existentes. Na verdade, poderíamos acrescentar que uma boa fiscalização deveria ser feita para até mesmo fechar algumas que, pela maneira como foram criadas, pela inexistência de professores capazes ou vivendo de professores itinerantes, visitantes, tipo "fins de semana" ou como chamam no Sul do país "pássaro marron", não dispõem de estrutura básica pedagógica, de laboratórios ou instalações hospitalares e, portanto, são insubistentes. O que é de lamentar é que ainda se autoriza funcionamento de novas escolas médicas. O próprio Prof. Newton Sucupira, quando Diretor do Departamento de Assuntos Universitários do Ministério de Educação e Cultura e um dos artífices, com o Prof. Valnir Chagas, da Reforma Universitária, citado pelo Prof. Hilton Rocha, emite a opinião de que "expandir racionalmente o ensino superior é coisa muito diversa de uma inflação de escolas superiores que, longe de atenderem ao desenvolvimento, às aspirações culturais e profissionais do estudante, podem causar desajustamentos de ordem sócio-econômica e pessoal". O Espírito Santo não possui Faculdade de Enfermagem, mas Vitória conta com duas Faculdades de Medicina. Distorsões desta ordem dispensam qualquer comentário.

Portanto, em qualquer planejamento para o futuro, no que se refere à saúde de um povo, deve-se atender à formação dos técnicos, pensando, como é lógico, no quantitativo mas também e sobretudo no qualitativo. "A qualidade da formação médica no Brasil tem sofrido sensível deterioração" dizem os Profs. Mello e Rigatto, e ainda mais "A decadência sensível do ensino médico brasileiro, não há exagero em afirmar, nos faz viver hoje a maior ameaça a rondar a eficiência da assistência médica nacional e a dignidade da própria profissão". Se este panorama é uma realidade, as autoridades do ensino devem reagir em tempo de determinar as necessárias correções, no currículo, nos modelos de aulas, no critério de avaliação do aprendizado, etc. Espera-se que das faculdades saiam médicos que, como vi-

mos, custam bastante aos cofres públicos, em condições de fazer, se não a medicina integral, profilática e curativa, pelo menos esta última, em vez de ficar a nível de medicina sintomática própria dos países subdesenvolvidos.

Um outro problema da maior importância no sistema atual de ensino, é o do tempo que os professores dedicam à tarefa docente. Na maioria dos países da América Latina ser professor universitário confere elevado prestígio, porém proporciona baixa remuneração, o que torna o desempenho desta função um trabalho adicional ao exercício da profissão. Segundo a publicação da O.M.S. já citada, em 1967 nas 100 escolas de Medicina latino-americanas com cursos completos, prestavam serviço 18.310 professores. Destes, 18,2% trabalhavam em tempo integral, mais de 36 horas ou dedicação exclusiva; 13,4% estavam na faixa de 20 a 35 horas e 68,4% a menos de 19 horas. Por aí se vê que a maioria dos professores das escolas de medicina não faz do labor docente sua principal atividade. Nessa mesma época, no Brasil, em 24 escolas com curso completo, devidamente apuradas, havia em torno de 10% de professores a tempo integral. Existiam 279 professores nesta faixa para 12.529 alunos, o que dava uma relação aluno/professor de 44,9 fora portanto de qualquer modelo pedagógico aceitável.

Atualmente já existe no Brasil o sistema de 24 horas, melhorando as condições docentes, porém o verdadeiramente recomendável para o ensino da medicina é que se aumente o número de professores em tempo integral, com a necessária e adequada remuneração.

Somente dispondo de pessoal devidamente qualificado e aqui não estão apenas os médicos, mas todos os que trabalham no programa de saúde, podem os governos levar a bom termo um plano de assistência sanitária.

Para que se tenha uma idéia da situação em que nos encontramos na macrorregião do Nordeste, no que se refere à saúde pública, vejamos alguns dados publicados pela SUDENE após um Seminário sobre a problemática de saúde do Nordeste, feito em 1971:

- a duração média de vida está estimada em 48 anos e 9 meses sendo 12 anos inferior às cifras calculadas para o Estado de S. Paulo. Nos EE. UU. e Dinamarca são respectivamente de 70,9 e 72 anos.
- a taxa de mortalidade infantil é de 176 por mil nascidos vivos, sendo a de S. Paulo 64,4 a dos EE. UU. de 26 e a da Dinamarca 21,5 por mil.
- as doenças transmissíveis responderam por cerca de 40% do total de mortes calculado para o Brasil em 1964, destacando-se as diarreias infecciosas como as de maior responsabilidade na elevada taxa de mortalidade infantil. Juntamente com elas e perfazendo 90% do total citado, comparecem a pneumonia, a gripe, a tuberculose, o sarampo e o tétano.
- a esquistossomose tem no Nordeste talvez sua maior incidência. Calcula-se em 4 milhões as pessoas parasitadas nesta área do país.
- para a doença de Chagas calcula-se em mais de meio milhão o número de pessoas atingidas pelo Tripanozoma Cruzi.
- a tuberculose tem no Nordeste taxa de mortalidade em torno de 80 por 100 mil habitantes e calcula-se que anualmente surgem mais 30 mil novos doentes. Nos países desenvolvidos essa taxa é inferior a 20 por 100 mil.
- a malária, apesar do eficiente combate, ainda se constitui problema ponderável no Nordeste. Atingindo mais intensamente as zonas rurais, nos ápices sazonais do ciclo endêmico anual encontra-se 40% a mais de doentes.
- adicione-se ainda ao quadro endêmico-nosológico do Nordeste o tracoma, a lepra, a varíola, a difteria, a coqueluche, a poliomielite, etc.

Este panorama sanitário do Nordeste fala por si próprio e só pode ser modificado lançando-se mão dos instrumentos de ação de que dispõe a tecnologia atual, como foi salientado no Seminário referido. O problema é da maior complexidade se se consideram paralelamente os dados sócio-culturais da região, expostos na primeira parte deste trabalho. Para o desenvolvimento de uma macrorregião geoeconômica como o Nordeste, torna-se necessário a participação de todos os setores de atividades, governo, universidades, indústria e comércio e integrada a uma política de desenvolvimento global desta região, o estabelecimento de uma política básica de saúde com todo um pessoal técnico preparado à altura da finalidade, em proporção conveniente e distribuição geograficamente de maneira adequada. É partir para a realização do plano do Ministério de Educação e Cultura traçado para 1970-73 cuja fundamentação está na estrutura integrada, Educação-Ciência-Tecnologia-Indústria e a respeito do qual diz o Ministro do Planejamento Reis Veloso: "É chegado o tempo de atribuir à Universidade Brasileira papel muito mais ativo no programa de desenvolvimento. Nesse sentido como tarefas principais da Universidade destacar em primeiro lugar a definição dos objetivos de Educação no Brasil. Que tipo de homens criar e, em conjunção com as instituições políticas, que tipo de sociedade preparar que seja progressista mobilizando o país para o seu desenvolvimento mantendo identidade cultural e assegurando unidade brasileira. Em 2.º lugar compete à Universidade, articulando-se com instituições promotoras do desenvolvimento, conceber o tipo de cultura nacional capaz de garantir ao país poder de superar o hiato tecnológico e competir no campo internacional. Ainda há atraso no ensino técnico e científico no Brasil. Em 3.º lugar a Universidade deve exercer função preponderante na atualização científica em todos os campos e níveis desde o primário ao superior. Os currículos existentes se mostram desatualizados e inadequados à vida moderna".

Está certo o Sr. Ministro porquanto não há o que discutir sobre o número cada vez aumentado de estudantes nas várias áreas da educação, condição ligada principalmente ao crescimento populacional mas sobretudo ao fato bem consciente de

todos, de que é através da educação e da formação profissional que o indivíduo atinge uma boa posição social. Essa demanda crescente de matrículas vem pressionando cada vez mais as escolas superiores, criando problemas não fáceis de resolver. Os países da América Latina, de modo geral, ainda se ressentem da pouca diversificação de carreiras, o que ocasiona uma convergência para carreiras tradicionais, direito, medicina, engenharia, ocasionando distorções que já não se verificam em países altamente industrializados. Por outro lado, o mercado de trabalho insuficiente em variados setores não estimula a diversificação criando um círculo vicioso, responsável por desajustamentos profissionais e sociais. É bem de ver que na década de 60, segundo a OMS, verificou-se na América Latina que o crescimento da população universitária sobrepujou o da população em geral chegando o incremento anual das matrículas universitárias a 9,5%. A escolha de medicina aparece com uma considerável dominância. Assim é que, enquanto a população combinada do Brasil, México e Argentina representa 60% da população da América Latina, nestes três países os estudantes de medicina representam 76% do total desses mesmos estudantes de toda a região. Está claro que um planejamento específico da educação universitária se impõe atualmente e para os dias vindouros a fim de ajustar a problemática sociedade-aluno-profissão.

Muito se há que fazer, devendo sobretudo estar conscientes das limitações ainda existentes e como tal planejar um desenvolvimento adequado à nossa realidade sócio-econômica e cultural.

PUBLICAÇÕES CONSULTADAS

- Lambert, Jacques — América Latina, estruturas sociais e instituições políticas. — Cia. Ed. Nacional, São Paulo, 1969.
- Seminário sobre a problemática de Saúde no Nordeste. Garanhuns 10-15 junho 1967 — Div. Saúde. Depto. Recursos Humanos — SUDENE 1967.
- Garcia, Juan Cesar — Características Generales de la educación medica en la America Latina. Org. Panamericana de la Salud — O.M.S. — 1970.

- Rocha, Hilton — O ensino médico brasileiro atual: prós e contras. *Jorn. Ass. Med. Bras.* XIII, 553, 1971.
- Ensino Médico no Brasil — Pulso 421; Jul. 1971.
- Mello, Osvaldo C. e Rigatto, Mario — Comissão Especial de Escolas Médicas — *Bol. A.M.B.* 94, Out. 1970.
- Características básicas das escolas na área das ciências da Saúde. INEP-NIERHS — Rio de Janeiro, 1970.
- Houli, J. e Correia Lima, M. — O ensino médico no Brasil. *Simp. sobre Ens. Med.* — Rio de Janeiro, 1967.
- Anais da VI Reunião da ABEM — Fortaleza, 18 a 21 de agosto de 1968.
- Ximenes, Caetano — Em torno de problemas relacionados com o ensino médico no Brasil — *Bol. AMB* 103, julho, 1971.