

O Emprego de Auxiliares de Saúde no Brasil na Atualidade

Capítulo da Dissertação "O Emprego de Auxiliares de Saúde em áreas em desenvolvimento", apresentada à Faculdade de Saúde Pública da U.S.P., em dezembro de 1977, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Prof. NILTON L. TORNERO

RESUMO

Análise, em linhas gerais, de alguns programas sanitários que têm dado ênfase, atualmente, no Brasil, ao uso de auxiliares de saúde e a hierarquização dos serviços, elementos estes englobados no conceito de assistência sanitária primária. Dentro desta perspectiva, são analisados os Programas da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP),

a Experiência dos minipostos do Rio Grande do Norte, o Programa do Norte de Minas e o Programa de Interiorização das ações de saúde e saneamento (PIASS).

UNITERMOS: Assistência sanitária primária no Brasil. Auxiliares de saúde.

ABSTRACT

In this paper the author analyzes some sanitary programs in Brasil. These sanitary programs have emphasized the use of health auxiliary and hierarchization of the services,

elements added in conceptual principles of primary health care. Under this point of view, the following programs are analyzed: Programas da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP),

Experiência dos minipostos do Rio Grande do Norte, Programa do Norte de Minas and Programa de interiorização das ações de saúde e saneamento (PIASS).

O EMPREGO DE AUXILIARES DE SAÚDE NO BRASIL NA ATUALIDADE

Vários programas recentes, em sua maioria oficiais, têm dado ênfase à organização dos serviços de saúde baseado no conceito de assistência sanitária primária, empregando auxiliares de saúde e propondo hierarquização e regionalização dos serviços*.

Pretende-se aqui: a) descrever sucintamente os programas da Fundação Serviços de Saúde Pública, Minipostos do Rio Grande do Norte, do Norte de Minas e Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. b) analisar qual tem sido o papel desempenhado pelo auxiliar de saúde nestes programas.

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, 5.395 (68,87%) tinham menos que 2.000 habitantes; 1.241 (15,84%) tinham entre 2.001 e 5.000 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%⁴. A própria Fundação observou, em levantamento recente, que cerca de 14% da população do País, ocupando 45% dos municípios, não dispõe de médico residente⁴.

O treinamento de auxiliares sempre teve prioridade entre as atividades da Fundação. "No Brasil ao longo de um período de mais de 24 anos", explica BRITO BASTOS⁷ (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, faz 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, específico 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 dúvidas 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...".⁷

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 subpostos, sem médicos, os quais, teoricamente,

recebiam visitas periódicas dos mesmos. Na prática ocorria 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 havia 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^{4,12}. Na prática tais idéias estão sendo executadas em vários programas: na Região da Rodovia VR-364 em Rondônia⁶, na 3a. Região de Saúde de Alagoas, abrangendo cerca de 215 mil habitantes em 1973 (12,6% da população do Estado)³, na 2a. Região de Saúde de Sergipe, abrangendo cerca de 265 mil pessoas em 1973 (27,6% da população do Estado)³, na região do Alto Solimões⁵.

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-los⁴. 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 RAMOS⁹ (1972), verdadeiro marco na política de integração sanitária no Brasil.

Os programas, tanto em sua elaboração teórica como na execução, prevêem convênios com outras entidades, como Secretarias Estaduais de Saúde, Prefeituras Municipais, Central de Medicamentos, Escolas de Medicina Federais e Estaduais⁴.

2 - EXPERIÊNCIA DOS MINIPOSTOS NO RIO GRANDE DO NORTE

Tendo como base vários órgãos convenientes, um programa de atenção sanitária, cuja unidade elementar é denominada Miniposto, está sendo desenvolvido no RN, desde 1968¹⁰. 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 Miniposto 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 Minipostos 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 Minipostos, sediados em comunidades satélites de 29 municípios, cobrindo uma população aproxima-

mada de 43.200 pessoas, o que dá uma média de 815 pessoas por Minipostos; como se depreende, a cobertura é pequena.

O auxiliar recebe o nome, neste programa, de Orientador de Saúde, que é "pessoal de nível escolar primário, selecionado democraticamente pelas comunidades a serem beneficiados 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 documento consultado, previa atividades delegáveis na área curativa.

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 "distorsões", 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 documento¹, 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 interessam, 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"¹¹. Em linhas gerais, pouco difere dos programas já comentados.

Esse programa de regionalização compreende uma área programática com 8 cidades-polo, 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 valorizado 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 polivalentes; 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 médicos⁸. A formação desses profissionais deverá obedecer às necessidades desse novo mercado de trabalho.

4 - O PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO (PIASS)

Este programa, criado pelo Decreto n. 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 habitantes².

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 a 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 consultado¹¹, 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 esperar-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 talvez 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 INPS 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, conclui-se que seria indesejável consistirem dois sistemas de saúde: um nas zonas rurais, atendendo populações pobres, receptoras 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.

Na dissertação, seguia-se um tópico sobre essa experiência. A descrição e análise foi ampliada em: TORNERO, N.L. et al. - Uma experiência de assistência sanitária primária. Saúde em Debate, 6: 21-26, 1978, o qual se pede seja consultado.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social - *Sistema Nacional de Saúde: contribuição para a discussão do tema "Sistema Nacional de Saúde"*. Brasília, 1975. (mimeografado)
- 2 - Ministério da Saúde. Programa de Interiorização das ações de Saúde e Saneamento. - *Informações básicas*. Brasília, 1977.
- 3 - Fundação Serviços de Saúde Pública - *Extensão de serviços de saúde no Vale do São Francisco, Alagoas e Sergipe*. Rio de Janeiro, 1975.
- 4 - Saúde e saneamento de ações sanitárias. Rio de Janeiro, 1975.
- 5 - Saúde e saneamento na Região do Alto Solimões. Rio de Janeiro, 1975.
- 6 - Saúde e saneamento no Território de Rondônia. Rio de Janeiro, 1975.
- 7 - BRITO BASTOS, N.C. de - "A utilização de pessoal auxiliar nos serviços de saúde". In: CONFERÊNCIA PAN-AMERICANA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 6. e CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 14., Rio de Janeiro, 1976. (mimeografado).
- 8 - GTE "ADA NORTE DE MINAS" - Projeto "ADA Norte de Minas": documento preliminar para discussão junto à Secretaria de Estado da Saúde. Montes Claros, 1976. (mimeografado).
- 9 - RAMOS, R. - *A integração sanitária: doutrina e prática*. São Paulo, 1972. Tese (Livro-docência) - Fac. Saúde Pública USP.
- 10 - RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado de Saúde Pública - *Normas e instruções de minipostos de saúde: uma experiência do Rio Grande do Norte*. s.n.t. (xerox).
- 11 - SISTEMA integrado de prestação de serviços de saúde do Norte de Minas: características básicas e estrutura funcional do modelo, tema 1. In: REUNIÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO NORTE DE MINAS, 1., 1976. (mimeografado).
- 12 - VILLAS BOAS, A. - "Extensão das ações de saúde às populações rurais". In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5., Brasília, 1975. *Anais*. Brasília, Ministério da Saúde, 1975. p. 217-42.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

* Ver, a propósito: TORNERO, N.L. - "O emprego de auxiliares de saúde em áreas em desenvolvimento: alguns conceitos". *Semina*, v. 1, n. 2 - julho/dezembro, 1978.

** RAMOS, R. - Informação pessoal, 1977.