

# O Emprego de Auxiliares de Saúde em Áreas de Desenvolvimento: Alguns Conceitos

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.

NILTON L. TORNERO  
Mestre em Saúde Pública

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 FLAHAULT<sup>5</sup> (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 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. Dy<sup>2</sup> (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.

## RESUMO

*No presente trabalho procura-se conceituar o que se entende por auxiliar de saúde segundo critérios da Organização Mundial de Saúde. Discute-se, a seguir, as relações existentes entre o auxiliar de saúde e os modelos de assistência sanitária primária, procurando mostrar como a compreensão correta de alguns elementos destes modelos serão de primordial importância na definição das funções dos auxiliares de saúde. Dentre tais elementos, aborda-se: as relações entre o setor saúde e outros setores da sociedade; a escolha da área programática de atuação como pré-requisito para a preparação do pessoal; relações entre assistência primária e os serviços de campanhas, a medicina preventiva e curativa, e as diretrizes gerais para a planificação, gestão e formação dos recursos humanos.*

## ABSTRACT

*In this paper the author discusses the real meaning of health auxiliary according to World Health Organization criteria. Next he discusses the relationship between health auxiliary and primary sanitary aid models, trying to show how the right comprehension of some elements of these models will be of the highest importance to the definition of the auxiliary's functions. Among such elements he calls attention to the relationships between health services and other services offered to the community by other organizations: the choice of the workable area as prerequisite to the training of personnel; relationships among the primary health aid and the services of campaign, the preventive and curative medicine and general guidelines for the planification, management and training of health manpower.*

Ao dizer 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 coletividade", está-se reconhecendo o caráter eminentemente social da medicina, caráter este tão olvidado nos dias atuais.

Para FLAHAULT<sup>5</sup> (1976) os órgãos incumbidos de prestar essa assistência 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.

Para a OMS<sup>10</sup> (1968), "o termo "auxiliar", em sua acepção 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 freqüentemente leva o nome da categoria profissional em 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 "feldscher".<sup>4</sup> (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..."<sup>10</sup>. 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, anteriormente referido.

Por outro lado, as distinções feitas entre auxiliares 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 incluem 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. Daí 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\* 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, FENDALL<sup>3</sup> (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 MAHLER<sup>7</sup> (1975): "Perguntei recentemente e 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 acrescenta 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.

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. Excetuando-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 igual-

mente 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 MAHLER<sup>8</sup> (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 adição de decisões políticas". NEWELL<sup>9</sup> (1975) é de 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. FLAHAULT<sup>5</sup> (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 membros 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.<sup>1</sup> (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 campo. Orientação semelhante existe em relação ao treinamento dos demais profissionais que comporão a equipe sanitária.

Aspecto particular relacionado ao exposto anteriormente e à concepção de que o sistema deve ser adaptado para auxiliar o desenvolvimento sanitário e social locais, diz respeito às endemias. 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. Muitos 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 - conclui-se - como órgão de apoio às atividades da Campanha. Percebendo isto, vários países suspenderam-nas e estão ampliando a rede sanitária; somente quando esta estiver em condições de servir como órgão de apoio é que as atividades das Campanhas serão reiniciadas. Alguns países têm dado passos mas 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 Tuberculose e à Hanseníase. Em outros países o combate à Malária está sendo integrado em moldes semelhantes.

Os auxiliares de saúde 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 abolida 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 FÜLÖP<sup>6</sup> (1976).

A respeito das interrelações entre esses três componentes, o autor chama a atenção para o fato de que "o problema mais grave e freqüente 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".

Freqüentemente 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 planejador, quando existem, são ignoradas pelo órgão formador. A esse respeito, FÜLÖP apresenta a seguinte observação ilustrativa, ouvida com freqüência 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 obtêm 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 de acordo 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".

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.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 - DJUKANOVIC, V. et alii - República Unida de Tanzania: nuevo sistema para el desarrollo de los servicios de salud. In: DJUKANOVIC, V. e MACH, E.P. - *Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1976. p. 65-70.
- 2 - DY, F.J. - Results. In: *Regional Seminar on Medical Assistants, 1<sup>o</sup>*, Manila, 1974. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 1974. p.5-7.
- 3 - FENDALL, N.R.E. - *Auxiliares in Health care: Programmes in developing countries*. Baltimore, Johns Hopkins University Press (for Josiah Macy, Jr. Fundation), 1972.
- 4 - FLAHAULT, D. - Objetivos de la Conferencia. In: PITCAIRN, D. M. e 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.
- 5 - \_\_\_\_\_. Un equipo integrado y funcional para la asistencia primaria de salud. *Crón. OMS*, 30: 481-5, 1976.
- 6 - 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.
- 7 - MAHLER, H. - Declaración preliminar. In: PITCAIRN, D.M. e 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.
- 8 - \_\_\_\_\_. La salud para todos en el año 2000. *Crón. OMS*, 29: 497-502, 1975.
- 9 - NEWELL, K.W. - La salud por el pueblo. *Crón. OMS*, 29:171-8, 1975.
- 10 - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. - 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; 1<sup>o</sup> informe*. Ginebra, 1968. (Ser. inf. técn., 385).

#### NOTAS

\* Na Dissertação há uma análise da experiência venezuelana. (N. do A.).

\*\* Na Dissertação, há um capítulo que "relembra" as relações existentes entre

o setor saúde e os demais setores. (N. do A.).

\*\*\* Para uma análise detalhada da integração das Campanhas nos serviços

gerais ver GONZALEZ, C.L. - *Las campañas de masa y los servicios sanitarios generales*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1966 (Cuadernos de Salud Pública, 29).

Segundo alguns filólogos, o nome Telmo e Telma (grafados também com th) tiveram origem na locução - Sanctu elmu (sanctu elmu > santelmo > Telmo > Selmo) As formas Telma e Selma são o feminino de Telmo e Selmo, respectivamente. Telmo e Telma contêm o t de santo mais elmo, armadura antiga para proteger a cabeça, uma espécie de capacete. As formas Selmo e Selma teriam sido o resultado do processo evolutivo denominado sigmatismo, transformação do t em s. Devido, talvez, ao fato de se grafar também com th o nome Telma, autores há que atribuem a thélema (Θελημα) do grego, "vontade", o étimo desse antropônimo.

Segundo Antenor Nascentes Telmo pro-

#### CURIOSIDADES

vêm de uma errada divisão de sílaba da locução Sant'Elmo. Elmo, corruptela italiana de Erasmo.

A formação histórica do antropônimo Tiago foi mais ou menos semelhante à de Telmo. Provém da locução Sanctu Iacobi (Sanctu > Iacobi > Santiago > Tiago), com síncope do - b - e sonorização do - c - intervocálicos. Como em Telmo e Telma, o t de Tiago provém da palavra santo (sanctum) mais Iago, evolução da forma latina Iacobi

que também deu Jacó, em português.

- o -

O nome de Olavo Bilac, grande representante da poesia parnasiana no Brasil, forma, curiosamente, um alexandrino perfeito, com cesura depois da sexta sílaba poética: OLAVO BRÁS MARTINS DOS GUIMARÃES BILAC. O seu nome, como todo alexandrino que se preza, pode ser desdobrado em dois versos de seis sílabas: OLAVO BRÁS MARTINS / DOS GUIMARÃES BILAC. O que é mais curioso em tudo isso é o fato (mera coincidência talvez) de ser o verso alexandrino raro e de difícil elaboração e Olavo Bilac ter sido um grande poeta em sua época e em seu gênero.