

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA  
DEPARTAMENTO DE ASSUNTOS UNIVERSITÁRIOS

**ESTUDO  
SOBRE  
A FORMAÇÃO  
E UTILIZAÇÃO  
DOS  
RECURSOS  
HUMANOS  
NA ÁREA  
DA SAÚDE**

FOL-059


1976

# ESTUDO SOBRE A FORMAÇÃO E UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DA SAÚDE

NUTES/UFRJ	
biblioteca	
N.º	DATA
113	1981

Presidente da República Federativa do Brasil  
Ernesto Geisel

Ministro da Educação e Cultura  
Ney Braga

 Departamento de Documentação e Divulgação  
Brasília, DF - 1976

## SUMÁRIO

I	Introdução	9
II	A Problemática dos Recursos Humanos na Área da Saúde	11
III	Profissões de Nível Superior	15
	1. Medicina	15
	2. Enfermagem e Obstetrícia	19
	3. Odontologia	22
	4. Engenharia Sanitária	25
	5. Farmácia e Bioquímica	26
	6. Nutrição	29
	7. Ciências Biológicas-Modalidade Médica	30
	8. Fisioterapia e Terapia Ocupacional	33
	9. Psicologia	35
	10. Ecologia	40
IV	Carreiras de Curta Duração	43
V	Extensão Universitária na Área da Saúde	47
VI	Pós-Graduação	49
VII	Técnicos e Auxiliares de Nível Médio	53
VIII	Conclusões	57
IX	Referências Bibliográficas	61

## ESTUDO SOBRE A FORMAÇÃO E UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DA SAÚDE

### Grupo permanente do trabalho

<b>Célio da Cunha</b>	– Ministério da Educação e Cultura – DAU
<b>Maria Stella do Valle B. Winge</b>	– Ministério da Saúde
<b>Nildo Aguiar</b>	– Ministério da Previdência e Assistência Social
<b>Antonio Vespasiano Ramos</b>	– Ministério da Previdência e Assistência Social

### Especialistas consultados

<b>Aldir Henrique Silva</b>	– Ministério da Saúde – Secretaria-Geral
<b>Ambrosina da Costa Coradi</b>	– MEC – Coordenação de Assuntos Pedagógicos
<b>Andrade Gonçalves</b>	– MEC – Departamento de Ensino Supletivo
<b>Antonio Márcio Junqueira Lisboa</b>	– Ministério da Saúde – Secretaria-Geral
<b>Antonio Neme Khoury</b>	– Hospital Ipanema – Equipe de Medicina Física – MPAS
<b>Antonio Oswaldo N. Coutinho</b>	– Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – MS
<b>Araújo Leitão</b>	– Ministério da Previdência e Assistência Social – INPS – Coordenação de Reabilitação Profissional
<b>Carlos Leopoldo Philipoviski</b>	– Fundação SESP – Ministério da Saúde
<b>Carlyle Guerra de Macêdo</b>	– Ministério da Saúde – Grupo de Recursos Humanos
<b>Daniel Barbato</b>	– Universidade de Brasília
<b>Antonio Carlos de Azevedo</b>	– Ministério da Saúde – Secretaria-Geral
<b>Célia Maria de Almeida Brunoro</b>	– Ministério da Saúde – Secretaria-Geral
<b>Cláudio Leopoldo Salm</b>	– IPEA – Centro Nacional de Recursos Humanos

<b>Fernando José Costa de Aguiar</b>	– Universidade Federal de Pernambuco – Coordenação dos Ciclos Gerais e Básicos da Área de Biociências	<b>Nonato Silva</b>	– MEC – Departamento de Ensino Su- pletivo
<b>Fernando Monteregro</b>	– Universidade Federal de Pernambuco – Faculdade de Farmácia	<b>Raymundo Manno Vieira</b>	– Escola Paulista de Medicina
<b>Franco Lo Presti Seminerlo</b>	– Instituto de Seleção e Orientação Pro- fissional – FGU	<b>Roberto Gurgel</b>	– MEC – Departamento de Assuntos Uni- versitários
<b>Frederico Simões Barbosa</b>	– UnB – Faculdade de Ciências da Saúde	<b>Ronald Braga</b>	– MEC – Departamento de Assuntos Uni- versitários
<b>Gilberto Paulo Aro de Almeida</b>	– MEC – Departamento de Ensino Supletivo	<b>Solon Magalhães Vianna</b>	– IPEA – Coordenador de Saúde
<b>Joacyr Rodrigues Lima</b>	– MEC – Departamento de Ensino Médio – Coordenação de Assuntos Pedagógicos	<b>Yone Caldas Silva</b>	– Ministério da Previdência e Assistência Social – INPS – Centro de Reabilitação
<b>João Yunes</b>	– Ministério da Saúde – Assessor do Ministro		
<b>José Carlos Barbério</b>	– Universidade de São Paulo		
<b>José Carlos Prates</b>	– Escola Paulista de Medicina – Coordena- ção de Pós-Graduação em Morfologia		
<b>José Carlos Seixas</b>	– Ministério da Saúde – Secretário-Geral		
<b>José Carmine Dianese</b>	– UnB – Instituto de Ciências Biológicas		
<b>Jurandyr Povinelli</b>	– Escola de Engenharia de São Carlos		
<b>Lynaldo C. de Albuquerque</b>	– MEC – Departamento de Assuntos Uni- versitários		
<b>Luiz Felipe Moreira Lima</b>	– Ministério da Previdência e Assistência Social – INPS – Secretaria de Assistência Médica		
<b>Marcus Vinicius Machado Vieira</b>	– Ministério da Saúde – Divisão Nacional de Saúde Mental		
<b>Maria Aparecida Braulio</b>	– MEC – Coordenadoria de Modernização e Reforma Administrativa – Secretaria- Geral		
<b>Maria Dolores Lins de Andrade</b>	– Escola de Enfermagem Ana Néri – UFRJ – Diretora		
<b>Maria Francisca R. de J. Barros</b>	– Secretaria de Saúde do Distrito Federal – FHDF – Centro Interescolar de Saúde		
<b>Maria Rita D’Angelo Seixas</b>	– UnB – Departamento de Psicologia		
<b>Marlene Raimundo de Almeida</b>	– MEC – Departamento de Ensino Supleti- vo		
<b>Nilo Chaves de Brito Bastos</b>	– Fundação SESP – Ministério da Saúde		
<b>Nise de Paula Barbosa</b>	– Instituto Nacional de Alimentação e Nu- trição – Ministério da Saúde		

## I — INTRODUÇÃO

O Ministério da Educação e Cultura e os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, visando configurar uma orientação comum com relação aos diversos problemas existentes de recursos humanos na área das Ciências da Saúde, reuniram-se seguidamente, desde abril, para a elaboração do presente documento, cujo principal objetivo foi o de propor diretrizes para as ações que permitam a correção das principais distorções que vêm ocorrendo na preparação e utilização de recursos humanos no setor saúde.

Logo no início das discussões e debates, pensou-se mesmo em proceder a um diagnóstico da atual situação. Entretanto, concluiu-se também que os diversos estudos realizados, seja no âmbito do Ministério da Saúde, seja no da Educação e Cultura e da Previdência e Assistência Social, já haviam de certa forma identificado as principais distorções, faltando, apenas, a seleção das melhores alternativas que pudessem, imediatamente, ser colocadas em prática, dependendo da alocação de novos recursos.

Assim, o procedimento adotado constituiu-se, inicialmente, no exame dos estudos e diagnósticos feitos, e em submetê-los ao crivo crítico-constructivo dos participantes do trabalho. Sempre que se fez necessário, o grupo de trabalho foi assessorado por especialistas das diferentes áreas.

Procurou-se imprimir grande objetividade, deixando-se, por isso mesmo, de incluir históricos, comentários, ou qualquer outro tipo de literatura que, embora válidos, já foram mencionados em outros estudos e se encontram relacionados nas referências bibliográficas.

Não houve preocupação com originalidade. Pensou-se, antes, nas metas de natureza social, consubstanciadas nos planos governamentais que são urgentes e exigem uma ação rápida, comum e integrada. Sob esse aspecto, foi preocupação constante que as recomendações aqui apresentadas constituam um desdobramento da política mais geral, para que as ações resultantes não venham a conflitar com os outros setores do desenvolvimento. Os caminhos para alcançar o desenvolvimento implicam uma filosofia que norteie as ações dos outros setores econômico-sociais, sendo já consideradas educação e saúde como um dos instrumentos de redistribuição de renda. Por este motivo, as premissas adotadas procuram estender a cobertura à maior parcela da população, assim como dar atendimento aos seus problemas prevalentes.

Se algumas profissões não foram abordadas, deveu-se ao fato de não apresentarem, no momento, problemas de maior vulto. Outras, entretanto, que normalmente não eram incluídas, passaram a integrar o presente documento, devido à importância que vêm assumindo para o setor. Tal é o caso da Nutrição, da Psicologia ou ainda dos cursos de formação de tecnólogos, cujo êxito das primeiras experiências já é por todos reconhecido.

Muito embora os problemas tenham sido debatidos por área — Medicina, Odontologia, Enfermagem — e por nível, procurou-se fazer uma abordagem globalizante, considerando cada categoria ocupacional como componente da equipe de saúde, evitando-se assim recomendações unilaterais. Deve ser ressaltada a ênfase dada pelos participantes à urgente necessidade de estimular a formação de equipes multissetoriais e multiprofissionais para estudo e solução dos problemas de planejamento urbano regional, a fim de que se obtenha um trabalho integrado e sem o risco de tomada de decisões de efeito parcial.

## II — A PROBLEMÁTICA DOS RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DA SAÚDE

1. No Brasil, como na maioria dos países do mundo, verifica-se insuficiência na assistência à população pelos serviços de saúde, apesar dos avanços tecnológicos e científicos disponíveis. As variáveis responsáveis por tal situação são inúmeras, destacando-se as seguintes:
  - a) acelerado crescimento populacional;
  - b) migrações internas, sobretudo em direção aos centros urbanos mais avançados, com crescimento desordenado desses centros;
  - c) melhor nível de educação;
  - d) reconhecimento de que a saúde é um direito de todos e não um privilégio de poucos, ao lado da utilização de diretrizes bastante conservadoras, com marginalização do potencial da comunidade e preocupação predominante pelos aspectos curativos e assistenciais da saúde em detrimento da sua promoção dentro de uma perspectiva preventivo-educacional;
  - e) má distribuição geográfica e má utilização dos recursos de saúde, tanto físicos e financeiros como humanos (especialmente dos profissionais de nível superior);
  - f) progressivo aumento da complexidade tecnológica;
  - g) variáveis políticas;
  - h) surgimento de novas necessidades, aspirações e demanda decorrentes do atendimento das existentes e da melhoria de percepção e valorização da saúde.
2. O equacionamento do problema de pessoal se apresenta como da maior importância para o êxito da implementação dos programas de saúde, que carecem, para o desenvolvimento de suas ações, de uma ampla variedade de profissionais de níveis e modalidades diversas. Convém salientar que a formação obedece às "exigências" do mercado e da distribuição de renda. Mas, no caso da saúde, isto não deveria prevalecer, dado que o sistema previdenciário é, na verdade, o grande comprador de serviços e a assistência à saúde é considerada como um instrumento para a distribuição de renda.
3. Na composição da equipe de saúde existe predominância de pessoal de nível superior e entre estes a maior proporção é de médicos, persistindo a escassez do pessoal técnico e auxiliar qualificado.

A deficiente capacidade de planejamento dos sistemas formador e de prestação de serviços de saúde, nos seus diferentes níveis, tem sido um dos entraves responsáveis por distorções existentes na formação e utilização dos recursos no setor.

Por outro lado, os programas de pesquisas se realizam de forma descoordenada com pequeno ou nenhum compromisso de avanço no conhecimento de nossa realidade.

4. Os currículos, de um modo geral, são defasados das reais necessidades da população, elaborados a partir de modelos importados de outras realidades sócio-econômicas e culturais, mais voltados para o atendimento complexo e de alta especialização do que para os serviços de maior alcance e abrangência social.
5. A evolução do ensino superior no Brasil processou-se através de escolas e faculdades isoladas e não de universidades, o que no setor saúde explica, em grande parte, a preparação independente de profissionais. Apesar mesmo de todos os esforços que vêm sendo feitos, principalmente após o advento da Reforma Universitária de 1968, continua ainda a presença de unidades isoladas na estrutura universitária, o que não favorece a formação de equipes multiprofissionais.
6. Nas medidas a serem adotadas para correção das distorções apontadas, identifica-se a necessidade de:
  - 6.1 Definir as necessidades quantitativas e qualitativas do pessoal que deverá ser utilizado no Sistema Nacional de Saúde.
  - 6.2 Promover a formação, utilização e distribuição dos recursos humanos para o setor, de acordo com o planejamento geral de saúde.
  - 6.3 Aumentar os investimentos nos cursos cujo estoque de profissionais mostra-se insuficiente para as necessidades do Sistema.
  - 6.4 Concentrar esforços na formação de pessoal técnico e auxiliar, via regular e sobretudo supletiva, de modo a qualificar e "titular" o pessoal que trabalha no setor, assim como liberar os profissionais de nível universitário de tarefas que podem ser executadas pelo pessoal de nível médio.
  - 6.5 Despertar o interesse dos jovens para as profissões mais carentes na área de Saúde, incluindo política racional de salário e o estabelecimento de prioridade de bolsas de estudo, entre outros estímulos.

- 6.6 Considerar, no planejamento do ensino, a evolução dos aspectos técnicos e sócio-econômicos de proteção sanitária assim como enfatizar os fatores relacionados às condições e às necessidades regionais, em particular as das zonas rurais e daquelas situadas nas periferias dos centros urbanos onde vivem populações desfavorecidas. É fundamental que se procure desenvolver no aluno uma consciência de suas obrigações para a comunidade em que deverá exercer suas atividades profissionais.
- 6.7 Reformular o processo de formação dos profissionais de saúde, evitando a excessiva sofisticação e individualização, mediante utilização de métodos que incentivem a atuação em equipe multidisciplinar e multiprofissional (diferentes níveis de formação).
- 6.8 Promover a integração entre o sistema de saúde e o sistema de ensino, estabelecendo acordos, a exemplo do convênio firmado entre MEC/MPAS, que integra os hospitais de ensino à rede de prestação de serviços, objetivando:
  - a) formação mais realista do estudante em relação aos problemas de saúde prevalentes na região;
  - b) aumento da capacidade instalada da universidade para o treinamento;
  - c) racionalização dos investimentos em educação;
  - d) permanente atualização dos currículos;
  - e) participação do estudante em programas de saúde;
  - f) melhor aproveitamento das unidades de saúde, racionalização de seus recursos, assim como o aumento de investimentos para a formação e treinamento do pessoal;
  - g) melhoria do nível de saúde das comunidades.
- 6.9 Tendo em vista a ampliação do conceito de educação e a utilização dos programas de saúde da comunidade para o ensino, torna-se necessário incrementar o aperfeiçoamento em métodos e técnicas de ensino dos docentes e dos profissionais de saúde, cuja unidade de prestação de serviço passe a integrar o sistema formador.
- 6.10 Considerar a necessidade de realizar amplo estudo de análise ocupacional no setor saúde, com objetivo primordial de subsidiar a redefinição dos modelos existentes de utilização de pessoal e de ajustar sua formação.
- 6.11 Instituir, no sistema prestador de serviços, uma coordenação central responsável pela definição, acompanhamento, avaliação e integração de projetos de utilização dos recursos humanos no setor.



- 6.12 Inclui, nas equipes de saúde, profissionais de outras áreas do conhecimento, como sociólogos e antropólogos, cujo trabalho é de maior importância dentro da visão global e humanista que deve orientar o setor.

### III – PROFISSÕES DE NÍVEL SUPERIOR

#### 1. Medicina

- 1.1 Há afirmações de que existe no País número insuficiente de médicos para atender às necessidades da população, razão pela qual tem havido grande preocupação de se criarem novos cursos de medicina e, conseqüentemente, de aumentar o número de médicos.
- 1.2 As projeções estabelecidas a partir das estatísticas publicadas recentemente pelo Serviço de Estatística do Ministério da Educação e Cultura (1), indicam que, mantido o atual ritmo de formaturas, em 1980, para uma população estimada em 125 milhões, existirão no país 102.000 médicos (2) (8,2 por 10.000 habitantes, ou 1.225 habitantes/médicos, índice esse que supera a meta indicada pelo Plano Decenal de Saúde – 8 médicos por 10.000 habitantes). (3)
- 1.3 O ensino médico atual é reconhecido como inadaptado à realidade do exercício da medicina, formando profissionais despreparados para atuarem em áreas fora dos grandes centros urbanos e em termos de medicina integral ou comunitária. No Brasil, os "profissionais de medicina, formados numa estrutura copiada dos países desenvolvidos, são orientados para a especialização, para a terapêutica, para as doenças degenerativas e para o liberalismo profissional. Por todos esses motivos, seus conhecimentos e seus interesses raramente coincidem com as necessidades da maioria da população de um país em desenvolvimento".
- 1.4 O currículo do curso não apresenta objetivos definidos nem programação da carga horária em função desses objetivos, além de o conteúdo ter pouca relação com os problemas mais prevalentes na comunidade.
- 1.5 Algumas disciplinas são ministradas de forma excessivamente pormenorizada, em detrimento de outras, como as ciências sociais, a bioestatística, a epidemiologia, o sanea-

- mento, a administração, que não existem no curso médico ou, quando existem, recebem tratamento superficial ou inadequado.
- 1.6 O ensino prático, em muitos casos, ainda é feito exclusivamente no hospital universitário convencional, muitas vezes bem equipado e com serviços altamente especializados. Entretanto, seus objetivos nem sempre prevêem a integração das ações de saúde, o que não possibilita ao estudante uma visão clara da dimensão e do significado dos problemas de saúde mais comuns na população, nem enfatiza, convenientemente, os compromissos do médico com a comunidade.
- 1.7 Salienta-se, também, que esse ensino não tem aproveitado adequadamente os recursos próprios da comunidade, de forma a possibilitar ao estudante equacionar os problemas existentes com os recursos disponíveis.
- 1.8 A metodologia usada por um grande número de professores tem sido assunto de críticas severas dos estudantes, visto que se baseia no sistema tradicional (unidirecional), do professor para o aluno; são conferências e exposições que, embora tenham, em algumas situações, o mérito de transmitir um grande número de informações ordenadas num prazo limitado de tempo, obrigam o estudante a um papel passivo, extremamente prejudicial ao aprendizado.
- 1.9 Finalmente merece destaque a utilização inadequada e a subutilização desses profissionais, em tarefas que podem ser executadas por outros profissionais ou pessoal técnico e/ou auxiliar, devido à insatisfatória proporção entre os diferentes tipos de profissionais.
- 1.10 Diante do exposto recomenda-se:
- 1.10.1 Adotar critérios mais racionais para a criação dos cursos de medicina no País, bem como para o aumento do número de vagas, procurando-se inclusive diversificar os tipos de profissionais a serem formados.
- 1.10.2 Enfatizar, no conteúdo curricular, os elementos essenciais e os princípios fundamentais da ciência médica, necessários para que o estudante, ao terminar o curso, possa realmente exercer a profissão.
- 1.10.3 Utilizar métodos que permitam a participação da comunidade nos programas de saúde e ensino no sentido de que tal atuação permita ao médico a percepção dos aspectos sociais da saúde-doença.
- 1.10.4 Promover a integração interdisciplinar e docente-assistencial, essencial e indispensável para que sejam alcançados melhores resultados no ensino. É necessário que as disciplinas tenham seus respectivos conteúdos correlacionados e integrados e que também se estabeleça estreito relacionamento entre seus professores, de modo que os assuntos sejam abordados de maneira objetiva e prática, obedecendo a um grau crescente de complexidade, evitando dessa forma repetição desnecessária e conteúdos defasados.
- 1.10.5 Incentivar projetos de estudo de reformulação dos currículos do curso de medicina, a partir de uma definição comportamental do médico que deve ser formado para atender aos problemas dos pacientes, obrigatoriamente dentro do seu contexto familiar e da comunidade, superando a tendência atual de atender aos problemas dos pacientes em conformidade com as exigências técnico-científicas e pessoais do profissional. Estes projetos devem comportar experiências de integração do currículo assim como de revisão da duração do curso.
- 1.10.6 Proceder à estudos, visando a eliminar os limites tradicionais entre o primeiro ciclo e o profissional, de forma que o curso de medicina seja considerado como um todo contínuo, desenvolvido de modo a antecipar o treinamento profissional. Assim o estudante, ao terminar o último período, deve estar capacitado a desempenhar suas funções, primordialmente nas seguintes áreas: clínica médica, cirúrgica e obstétrica, integrando efetivamente os aspectos preventivo-curativo e social.

- 1.10.7 Devido ao acelerado ritmo de crescimento e renovação da ciência e da tecnologia na área de saúde, a formação do médico não pode encerrar-se com o período de graduação. Deve ser contínua, necessitando ao longo de toda sua vida profissional acrescentar novos conhecimentos e novas experiências, mantendo-se atualizado com o desenvolvimento da ciência e elevando assim o nível do seu trabalho (educação continuada).
- 1.10.8 Adotar novos métodos de ensino que estimulem a capacidade criativa do estudante, possibilitando um clima favorável professor/aluno/comunidade, ou seja, utilizar as técnicas e os procedimentos de ensino que permitam uma participação mais ativa do estudante e não aqueles que o transformem num agente passivo.
- 1.10.9 Promover a adequação das estruturas físicas, equipamentos e demais condições das unidades de saúde necessárias ao desenvolvimento, e promover o estágio no ciclo clínico da formação do médico.
- 1.10.10 Considerando a evidência de que, cada vez mais, o médico deve trabalhar em equipe multiprofissional, sejam utilizadas, com maior frequência, as técnicas de trabalho em grupo e proporcionadas experiências, sempre que possível, incluindo alunos de diferentes categorias profissionais. Esse método facilita o amadurecimento da relação interprofissional, o delimitamento das áreas de competência específica e das de interseção, além do treinamento na formação da equipe e na valorização das diferentes ações requeridas na prestação de serviços de saúde. Para a consecução desse objetivo, torna-se também importante que o profissional tenha conhecimento dos principais fundamentos da administração e a experiência de sua aplicação no funcionamento de uma equipe de saúde.
- 1.10.11 \*As instituições de ensino de medicina, considerando as dificuldades para extensão das ações de saúde às populações ainda não servidas, que incluam, dentro dos critérios de seleção de can-

didatos à "residência", a participação do recém-formado em programas oficiais de interiorização.

- 1.10.12 Proporcionar, ao estudante e ao médico participante de projetos de interiorização, programas de trabalho que lhes permitam retirar do seu estágio o melhor aproveitamento possível, possibilitando desse modo a escolha de sua especialização. Do mesmo modo, devem os órgãos prestadores de serviços incentivar o seu aperfeiçoamento e/ou especialização, mas de preferência quando o médico já tenha adquirido experiência em medicina geral.

## 2. Enfermagem e Obstetrícia

- 2.1 No Brasil, o número de enfermeiros é insuficiente para as necessidades da população, asserção esta comprovada pelos dados do trabalho (4) que serviu de base ao Plano Decenal de Saúde para as Américas. A continuar o ritmo atual de crescimento de formados em cursos superiores de enfermagem, a estimativa para 1980 é de aproximadamente 17.650 enfermeiros, o que significa um déficit de 38.600 profissionais (5).
- 2.2 Salienta-se ainda que, de 1950 a 1973, a enfermagem foi uma das profissões na qual menos cresceu o número de graduados, conforme dados do Serviço de Estatística do MEC (1).
- 2.3 Havia em 1970 um enfermeiro para 6,7 médicos, quando nos países desenvolvidos a situação é inversa, isto é, 6 enfermeiros para 1 médico (6). Esta situação tende a agravar-se, pois, em 1974, a relação estudante de enfermagem — estudante de medicina era de 1:8 (4).
- 2.4 É restrita a participação federal nos cursos de enfermagem e obstetrícia, concorrendo apenas com um terço do total da oferta anual de vagas. Essa situação é agravada pelo baixo número de vagas oferecidas por alguns cursos da rede federal, que nem sempre aproveitam plenamente o potencial de que dispõem.
- 2.5 Esses cursos concentram-se na região Sudeste, com escassez dos mesmos tanto em regiões prioritárias para o desenvolvimento nacional, quanto em Estados onde a atual demanda justifica criação de novos cursos.

- 2.6 Do mesmo modo, a exemplo do que acontece com as outras categorias profissionais de saúde, esses profissionais também estão distribuídos desigualmente pelas regiões geoeconômicas do País, com maior concentração nas capitais. Diversas regiões prioritárias para o desenvolvimento nacional não contam ainda com cursos de graduação em enfermagem e é inexpressivo o número desses profissionais em seus serviços.
- 2.7 O curso de enfermagem e obstetrícia, de acordo com a Resolução 4/72 do CFE, prevê a graduação, i.e., a habilitação geral de enfermeiro e as habilitações em enfermagem médico-cirúrgica, de saúde pública e obstétrica. Esta especialização precoce, além de limitar sua entrada no mercado de trabalho, acarreta dificuldades para a adequada utilização desse profissional, uma vez que o número de enfermeiros já é deficitário, mesmo se incluirmos todas essas modalidades de habilitação. Na realidade, as necessidades de saúde da população requerem que, para o bom desempenho de suas funções, o enfermeiro possua uma sólida formação nestas áreas consideradas na referida Resolução como modalidades de habilitação.
- 2.8 As deficiências de estrutura física, equipamentos, recursos humanos (pessoal docente e administrativo) e financeiros dos cursos de enfermagem e dos serviços de saúde que servem de campo para a prática dos estudantes acarretam sérios problemas em relação aos aspectos qualitativos e quantitativos da formação profissional.
- 2.9 A composição do grupo ocupacional de enfermagem apresenta grave distorção no que se refere ao escasso número de pessoal técnico (0,4% e 24,4%). Proporcionalmente, existem 2,2 auxiliares de enfermagem e 0,03 técnicos para 1 enfermeiro (5).
- 2.10 A notória deficiência de quantidade e de qualidade na assistência de enfermagem é resultante também da falta de pessoal que exerça tarefas administrativas delegáveis, a nível de unidades de prestação de serviços. Essas atividades vêm sendo desenvolvidas pela própria enfermeira, em detrimento de cuidados diretos do paciente.
- 2.11 Considerando que, na realidade brasileira, a enfermeira desempenha papel relevante e indispensável nos serviços de saúde oferecidos à comunidade, inclusive como de elemento de integração entre ambos, além de ser o profissional que

coordena a assistência direta ao paciente no hospital (7), recomenda-se:

- 2.11.1 O aumento dos recursos federais no ensino de enfermagem de modo a possibilitar a adoção das seguintes medidas:
- aumento do número de vagas nos cursos das instituições públicas existentes que têm potencial e demanda;
  - criação de cursos de enfermagem nas universidades federais que não contam com esse curso, ou, se for conveniente para as duas partes, absorção, pela universidade, de escola já existente na região;
  - criação da escola ou curso de enfermagem nos distritos geoeconômicos ainda não servidos.
- 2.11.2 Adoção de incentivos para estimular a demanda dos cursos de enfermagem mediante:
- aumento do número de bolsas de estudo e de trabalho;
  - estágio remunerado a ser desenvolvido paralelamente ao curso (internado);
  - estágio mediante convênio-escola-serviço de saúde, visando propiciar a integração do universitário na força de trabalho;
  - intensificação de profissionalização em enfermagem, a nível de 2º grau, a fim de promover o contato dos educandos com a área de atuação dos enfermeiros, despertando desse modo o interesse para esta profissão.
- 2.11.3 Revisão do currículo do curso, no sentido de incluir no currículo de enfermeiro geral a carga horária prevista para habilitação em áreas específicas de atuação, visando à formação de um profissional polivalente, mas com sólidos conhecimentos para atuar nos programas de saúde de maior abrangência social.
- 2.11.4 Reformulação dos currículos com a adoção de metodologia de ensino integrado, a exemplo do que vem ocorrendo em alguns cursos da área da saúde, visando não apenas à melhoria da qualidade do ensino como também à melhor utilização do tempo disponível.

- 2.11.5 Adoção, na metodologia do ensino, de procedimentos que estimulem o trabalho de grupo, incluindo experiências com diferentes categorias profissionais, visando ao amadurecimento para o trabalho em equipe.
- 2.11.6 Fortalecimento da infra-estrutura física dos cursos de enfermagem existentes, sem o que não haverá condições para a ampliação do número de vagas e para a melhoria do nível de ensino.
- 2.11.7 O convênio MPAS/MEC deverá ser aproveitado para ampliar as possibilidades de campo de estágio para a formação da enfermeira.
- 2.11.8 Estabelecimento de mecanismos de estímulo que conduzam à atuação da enfermeira nas regiões geoeconômicas mais carentes, principalmente no interior do País.
- 2.11.9 Promoção de estudos, por especialistas de enfermagem, sobre a possibilidade de inserir o tecnólogo para atuar em determinadas áreas, onde há subutilização desse profissional e, por outro lado, tarefas que não possam ser desenvolvidas pelo técnico de nível médio.
- 2.11.10 Atenção, no planejamento da formação de recursos humanos para a enfermagem, aos critérios de proporcionalidade entre as categorias que compõem a equipe, de forma a evitar tanto a concentração como a ausência em determinada categoria.
- 2.11.11 Estímulo do ingresso de enfermeiras, que se destinam ao ensino no grau médio de enfermagem, nos cursos de licenciatura em Enfermagem ou de Complementação Pedagógica.
- 2.11.12 Estabelecimento de mecanismos de incentivo aos serviços de saúde que disponham de pessoal de nível superior, técnico e auxiliar de enfermagem.

### 3. Odontologia

- 3.1 O número atual de odontólogos existentes no País, à luz de indicadores quantitativos, é relativamente satisfatório para

as necessidades da população. Estima-se em 60.000 o estoque de profissionais até o final desta década (2), número superior ao recomendado pelo Plano Decenal de Saúde para as Américas.

- 3.2 Não obstante, sob a óptica qualitativa, o modelo odontológico brasileiro apresenta distorções facilmente identificáveis, tanto nos aspectos relacionados ao seu objetivo fundamental, atendimento das reais necessidades da população, como também no que se refere ao sistema de formação.
- 3.3 No que diz respeito ao sistema formador desses recursos humanos, podem ser relacionadas as seguintes distorções:
  - 3.3.1 evidente inadequação dos currículos, nem sempre compatíveis com a realidade epidemiológica, social e econômica da população;
  - 3.3.2 tendência à especialização precoce, em detrimento da formação do odontólogo geral;
  - 3.3.3 notória dificuldade, na maioria dos recém-formados, em detectar, usando ou não meios complementares de diagnóstico, outras lesões que não a cárie ou as doenças periodontais;
  - 3.3.4 formação insatisfatória devida a deficiências no ensino das disciplinas básicas e de apoio, bem como em virtude de frágil integração da Odontologia com outras profissões de saúde (Medicina, Enfermagem, Bioquímica, etc.);
  - 3.3.5 não absorção de técnicas de comprovada eficiência, sobretudo as que implicam o aproveitamento de pessoal técnico auxiliar e equipamento simplificado, explicado, por um lado, pelo despreparo do odontólogo em utilizá-los e, por outro lado, pelo irrisório número de cursos regulares de técnicos e auxiliares;
  - 3.3.6 despreparo do pessoal docente em métodos e técnicas educacionais;
  - 3.3.7 ensino inadequado dos aspectos preventivos e comunitários relacionados com o exercício da Odontologia, fator responsável pela escassa sensibilidade social do odontólogo.

- 3.4 No que se refere ao sistema prestador de serviços, podem ser citadas as distorções que seguem, algumas comuns ou mesmo indissociáveis às prevalentes no sistema formador.
- 3.4.1 Excessiva concentração de profissionais nos grandes centros urbanos e nas regiões de melhor nível econômico, com carência, quando não ausência, nas áreas rurais.
- 3.4.2 Baixa produtividade e custo elevado dos serviços do profissional em decorrência da utilização de tecnologia sofisticada e não aproveitamento de pessoal auxiliar.
- 3.4.3 Insuficiência de ações preventivas de alcance coletivo, de baixo custo e comprovada eficácia.
- 3.4.4 Privatização da oferta de serviços ocasionada pela escassa e inadequada participação governamental no mercado, resultando, conseqüentemente, na elitização deste tipo de atendimento.
- 3.4.5 Presença de fatores sócio-econômico-culturais, prejudicando a demanda de cuidados profissionais.
- 3.5 Tendo em vista as distorções acima mencionadas, recomenda-se:
- 3.5.1 Manter até 1980 o atual número de cursos de Odontologia, assim como a oferta de vagas, devendo, entretanto, ser considerados os projetos de criação de cursos que representem efetiva modernização do setor de maior adequação às necessidades de saúde oral e maior cobertura da população.
- 3.5.2 Revisar o conteúdo do currículo de graduação, adaptando-o às necessidades de saúde oral da comunidade, definindo (ou redefinindo) os objetivos educacionais, de forma a compatibilizá-los com a realidade regional e nacional.
- 3.5.3 Aprimorar a formação do odontólogo nas áreas básicas.

- 3.5.4 Desenvolver e utilizar tecnologia mais eficaz, sobretudo a que envolve a utilização de pessoal auxiliar e equipamento simplificado.
- 3.5.5 Aproveitar a possível ociosidade dos recursos disponíveis, mediante a integração docente-assistencial e utilização de equipes multiprofissionais na formação do odontólogo.
- 3.5.6 Maximizar atividades de extensão de modo a propiciar uma efetiva integração das instituições de ensino na comunidade.
- 3.5.7 Estimular, mediante a concessão de prioridade para a locação de recursos financeiros, ou através de adoção de outros incentivos, projeto de modernização curricular visando à definição de modelos experimentais de formação e utilização das diversas categorias que compõem o grupo ocupacional da odontologia, assim como a formação de equipe multiprofissional.
- 3.5.8 Desenvolver cursos de aperfeiçoamento de pessoal docente, com ênfase e prioridade em métodos e técnicas de ensino e saúde pública (odontologia social).
- 3.5.9 Favorecer a implantação de um modelo brasileiro de prestação de serviços odontológicos, tendo por base a formação de pessoal com um currículo mínimo que lhe permita satisfazer as necessidades prioritárias da população em saúde bucal.
- 3.5.10 Possibilitar ao estudante de odontologia o aprendizado de técnicas de trabalho com a utilização de pessoal auxiliar.

#### 4. Engenharia Sanitária

- 4.1 Em recente trabalho publicado pela Associação Brasileira de Engenharia Sanitária, ABES, o Brasil, para dar atendimento à meta governamental do PLANASA, deverá até 1980 formar cerca de 60.000 pessoas de diferentes níveis profissionais, incluindo 3.000 engenheiros especialistas em Saneamento. Esta tarefa vem sendo realizada por alguns

poucos cursos de especialização, alguns a nível de opção da Engenharia Civil, o que dá bem uma idéia do grande déficit existente atualmente no setor.

4.2 Não há nenhum curso de graduação implantado, e os poucos especialistas disponíveis têm saído de cursos de pós-graduação existentes em São Paulo, Rio e no exterior.

4.3 Por outro lado, o Ministério da Educação e Cultura, através do seu projeto de implantação gradativa de cursos de curta duração, criou na Faculdade de Engenharia de Limeira, São Paulo, um curso de Tecnólogo em Saneamento Básico e na Universidade Federal de Mato Grosso, o de Saneamento Ambiental, este ligado à área de saúde.

4.4 No sistema regular de ensino não existe informação de nenhum curso a nível de 2º grau no Setor de Saneamento, mas, no setor utilizador desses técnicos, a FSESP, por exemplo, organiza periodicamente cursos de formação de inspetores e auxiliares de saneamento, para suprir as suas próprias necessidades.

4.5 Estas informações indicam a necessidade de:

4.5.1 Implantar a graduação em Saneamento, objeto de estudos no VIII Seminário de Docentes de Engenharia Sanitária, Saneamento e Matérias Correlatas, realizado no Rio de Janeiro em setembro de 1973, e referendado pela Comissão de Especialistas do Ensino de Engenharia do MEC, oferecendo às entidades com disposições e condições para tal os recursos que lhes faltam.

4.5.2 Fortalecer a formação e utilização de tecnólogo em saneamento básico, profissional de nível superior capaz de realizar a fiscalização e execução de obras, bem como participar de programas de saúde pública e colaborar na formação desses profissionais de forma a atender às diversas regiões geo-econômicas.

## 5. Farmácia e Bioquímica

5.1 Recentemente constatou-se que, em 13 anos, houve um incremento do número de alunos de Farmácia e Bioquímica em cerca de 347%, mas, ao mesmo tempo, a oferta de cursos aumentou em apenas 13,6% (8).

5.2 Em 1973, o número de farmacêuticos era de 17.230, correspondendo a 1 farmacêutico para cada 5.485 habitantes (7), número insuficiente quando comparado ao de outros países.

5.3 Embora o farmacêutico tenha formação para atuar na área de medicamentos, alimentos, cosméticos, tratamento de água, análises clínicas, toxicológicas e químicas, no modelo de atuação atual verifica-se uma limitada participação desse profissional em certas áreas, como nos exames "antidoping" humanos e análises toxicológicas.

5.4 Observa-se uma grande procura da modalidade de Bioquímica (82%), setor que oferece maiores vantagens profissionais, e um esvaziamento quase total da de farmácia propriamente dita, (farmácia comercial — 4%). A farmácia pública, setor de saúde tão importante, sendo considerada até mesmo a área de segurança, encontra-se praticamente entregue a leigos.

5.5 A inexistência de definição de perfil profissiográfico do farmacêutico bioquímico, químico, biomédico e nutricionista propicia a superposição de áreas de tal ordem que tem resultado em prejuízo do desempenho desses profissionais.

5.6 A maioria dos cursos não dispõe de recursos suficientes para ministrar um ensino atualizado e dinâmico, destacando-se a precária situação dos acervos bibliográficos sobre a área, nas bibliotecas das universidades e cursos.

5.7 Na graduação em bioquímica é oferecida a opção Saúde Pública, cujo conteúdo de disciplinas não justifica a mesma.

5.8 No que se refere à pesquisa, os programas existentes são insignificantes. As causas são várias, destacando-se a ausência de uma política gradual para impulsionar este importante setor. Acrescente-se ainda que somente umas poucas instituições reúnem condições mínimas para o desenvolvimento de programas de pesquisa.

5.9 O currículo mínimo se ressentia da ausência de disciplinas, como química-farmacêutica e tecnologia químico-farmacêutica.

5.10 Os programas das disciplinas nem sempre são objetivos e

atualizados, e os estágios obrigatórios são às vezes inexpressivos, e com pouca preocupação pelos problemas da comunidade.

- 5.11 Para modificar a situação acima descrita recomenda-se:
- 5.11.1 Aumento do número de vagas, assim como a abertura de novos cursos devem ser precedidos de um minucioso exame, considerando-se as variáveis de mercado de trabalho, a qualidade do profissional a ser formado e as disponibilidades orçamentárias.
  - 5.11.2 Criação de cursos de tecnólogos destinados à formação rápida de elementos que efetivamente fiquem à testa da farmácia comercial, evitando assim que esse setor permaneça entregue a leigos.
  - 5.11.3 Melhor articulação entre as instituições de ensino farmacêutico e a CEME, assim como com outros órgãos oficiais, objetivando:
    - constante atualização do currículo, em consonância com a programação do setor saúde;
    - utilização das unidades de ensino para a realização de programas de desenvolvimento tecnológico, controle de qualidade e produção de medicamentos a título suplementar;
    - inclusão no currículo da opção Saúde Pública de disciplinas que justifiquem a sua existência.
  - 5.11.4 Incrementação da adequação dos programas de pesquisa, principalmente no que se refere à urgente necessidade de matéria-prima para a indústria farmacêutica, indiscutivelmente o mais importante problema que se coloca no momento.
  - 5.11.5 Melhor aparelhamento das unidades, com a criação de bibliotecas; melhoria do nível dos cursos com o desenvolvimento de projetos de pesquisas.
  - 5.11.6 Estudos para a definição das áreas específicas e de entrosamento do farmacêutico e do bioquímico com os demais profissionais da área.
  - 5.11.7 Melhor utilização, por parte das instituições de saúde, do trabalho do farmacêutico, como ele-

mento da equipe, aproveitando todo o seu potencial científico e tecnológico, de conformidade com os instrumentos legais.

- 5.11.8 Incrementação da formação de profissionais na modalidade "Farmacêutico Industrial".

## 6. Nutrição

- 6.1 Existem atualmente 9 cursos de graduação em nutrição, oferecendo anualmente 560 vagas (1). A distribuição geográfica é inadequada, pois na região Sudeste estão concentrados mais de 50% desse total, sendo que só no estado do Rio de Janeiro estão localizados 4 cursos.
- 6.2 Devido à crescente importância da Nutrição, dentro dos programas de saúde, a procura por tais cursos vem tendo um aumento significativo, podendo-se afirmar que a oferta de vagas não condiz mais com a demanda.
- 6.3 Quanto à qualidade do ensino, embora se possa constatar, em algumas escolas, uma preocupação com o aprimoramento do planejamento curricular, observa-se, no entanto, que as ações necessárias a essa mudança não têm recebido o devido apoio para a sua concretização.
- 6.4 Apesar da existência de diversos campos para estágio, resente-se este de uma orientação adequada à preparação mais realista dos futuros profissionais, não obstante os estímulos institucionais existentes, como as bolsas concedidas pelo MPAS/MEC.

Os estágios ainda são voltados para a casuística, em detrimento dos aspectos preventivos dos problemas que ocorrem com maior frequência na população.
- 6.5 Tendo em vista a análise acima referida e a execução do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN) assim como o Programa de Nutrição em Saúde (PNS), que deverão absorver contingente de pessoal de nível superior e de 2º grau, indica-se a necessidade de tomar as medidas que se seguem.
- 6.5.1 Criação de novos cursos de nutrição e aumento do número de vagas, principalmente em regiões não servidas e/ou onde se constata visível demanda de mercado. Enfatiza-se, nestes casos,



que o planejamento deve ser feito de modo a garantir a formação de um profissional adequado às necessidades dos programas de saúde.

6.5.2 Ênfase especial, no planejamento curricular, deve ser dada às disciplinas das ciências sociais, dado que o comportamento alimentar envolve crenças, atitudes e valores de uma população.

6.5.3 Intensificação e/ou estabelecimento de assessoramento e orientação didático-pedagógica aos cursos existentes ou aos que venham a ser criados, procurando adotar metodologia de ensino integrado. Da mesma forma, estimular a elaboração e adoção de livros-texto.

6.5.4 Intensificação dos programas de melhoria do nível do pessoal docente, através de cursos de pós-graduação em sentido estrito e em sentido amplo, tomando-se, como medida imediata, a implantação de cursos de pós-graduação em Nutrição.

6.5.5 Recomendação às instituições de ensino de graduação para que ofereçam as condições necessárias para a pós-graduação de seus docentes.

6.5.6 Recomendação às Secretarias Estaduais de Saúde e também às de Educação para que seja criada a carreira de nutricionista.

6.5.7 Desenvolvimento de programas comunitários de educação nutricional, mediante a orientação de professores (1º e 2º graus) e líderes comunitários, pela equipe de nutrição.

6.6 A nutrição como fenômeno biossócio-cultural envolve ações multissetoriais, motivo pelo qual se recomenda a necessidade de uma abordagem dos problemas por equipe multidisciplinar, incluindo além dos profissionais de saúde outros, como sociólogos, antropólogos e agrônomos.

## 7. Ciências Biológicas – Modalidade Médica

7.1 O CFE, através dos pareceres nº 571/66 e nº 107/69, possibilitou a formação de profissionais na Área Biológica

e criou duas habilitações, uma dirigida para atividades docentes e de pesquisa e outra para atividades de apoio à profissão médica.

7.2 Desta maneira, diversos cursos de Ciências Biológicas – modalidade médica, comumente denominados cursos de Biomédico ou de Biomedicina foram implantados em instituições oficiais e particulares. Alguns visando à formação de professores e pesquisadores para as disciplinas básicas da área biológica, outros voltados para a preparação de especialistas em atividades auxiliares em laboratório clínico, radiologia e banco de sangue e, finalmente, um terceiro grupo, procurando atender às duas habilitações preconizadas pelo Parecer nº 107/69 do CFE.

7.3 Ao mesmo tempo, a crescente demanda de candidatos aos cursos tradicionais da área da saúde, ao lado da proibição de criação de novos cursos de Medicina e a resistência ao aumento do número de vagas no ciclo profissional dos cursos existentes, conduziu a uma derivação de demanda e oferta de vagas para Biomedicina e criação de novos cursos sobretudo em instituições particulares, algumas sem as condições mínimas para as duas habilitações previstas.

7.4 Por outro lado, até o momento não foi regulamentada a profissão do biomédico, apesar do considerável número de diplomados até a presente data.

7.5 Além dos aspectos legais e área de competência dos graduados nos cursos de Ciências Biológicas – modalidade médica, avultam questões relacionadas à qualificação desses profissionais e sua inserção na equipe de saúde, sobretudo pela falta de melhor definição do papel desses profissionais apoiado em estudos de mercado.

7.6 A esse respeito, sabe-se apenas da escassez de professores e pesquisadores nas disciplinas básicas da área biológica, ocasionada pela ampliação do número de vagas e implantação de novos cursos na área de saúde.

7.7 O curso de Ciências Biomédicas, na sua primeira habilitação, pode suprir a deficiência de recursos humanos nas disciplinas básicas da área biológica, considerando-se que, com pequenas reformulações no currículo existente, poder-se-á formar um tipo de profissional melhor preparado para esse objetivo que os egressos dos outros cursos das ciências de saúde.

- 7.8 A própria duração e a integralização instituídas pelo CFE no Parecer n.º 107/69, fixadas em 2.500 horas em um mínimo de 3 e em um máximo de 5 anos, permitem em curto prazo formar os profissionais qualificados para suprir as deficiências do ensino e dos serviços auxiliares da profissão médica. Entretanto, a formação atual é insuficiente para o exercício profissional em decorrência da inadequação dos currículos e do baixo nível de interesse demonstrado pelos candidatos aos cursos de ciências biomédicas.
- 7.9 Com a tendência do CFE de uniformização da formação básica dos diversos profissionais na área biológica, deve-se dar uma formação básica mais adequada ao biomédico, incluindo estágio de duração mínima de 6 meses em matérias básicas da área biológica ou em atividades auxiliares da profissão médica (laboratórios clínicos, serviços de radiologia e bancos de sangue).
- 7.10 As instituições que vêm adotando o sistema de ensino integrado consideram possível a formação do "biomédico" de forma adequada, em tempo mais reduzido que o previsto em lei.
- 7.11 Acrescente-se ainda que as dificuldades encontradas para entrada no mercado de trabalho vêm fazendo com que muitos profissionais prefiram continuar os estudos, habilitando-se em outras profissões na mesma área ou tentando utilizar o curso de Biomedicina como trampolim para o de Medicina.
- 7.12 Diante da análise acima apresentada, torna-se importante a adoção das medidas que se seguem:
- 7.12.1 Reunir especialistas em curso de ciências biológicas — modalidade médica, visando uma avaliação e, se necessário, uma reorientação desses cursos.
- 7.12.2 Realizar pesquisa de mercado de trabalho e análises ocupacionais relacionadas aos biomédicos.
- 7.12.3 Reformular o currículo com vistas a uma melhor configuração dos objetivos do curso.
- 7.12.4 Reavaliar, por parte dos órgãos prestadores de serviços de saúde, as possibilidades de me-

lhor aproveitamento desses profissionais nos seus serviços de radiologia, laboratório e banco de sangue, entre outros.

## 8. Fisioterapia e Terapia Ocupacional

- 8.1 Estima-se que, em 1974, havia aproximadamente 1.500 fisioterapeutas e 500 terapeutas ocupacionais, sendo a proporção de 1 fisioterapeuta para cada 66.000 habitantes e 1 terapeuta ocupacional para cada 200.000.
- 8.2 Existe má distribuição desses profissionais, que estão concentrados nas grandes cidades, onde funcionam os cursos de fisioterapia e terapia ocupacional e onde estão instalados os centros de reabilitação.
- 8.3 Observa-se nestes últimos dez anos um aumento do número dos mencionados profissionais; entretanto, esse número é ainda reduzido, tendo em vista as necessidades da população. Ressalte-se que a este aumento quantitativo não correspondeu a respectiva melhoria qualitativa.
- 8.4 A inclusão dessa modalidade opcional na área da saúde e no vestibular unificado foi um dos fatores responsáveis pelo incremento da demanda a esses cursos. Tem acontecido que, ao fazer a escolha, o estudante desconhece a ampla diversificação de profissões da área da saúde quanto às suas atividades próprias e ao mercado de trabalho. Opta, portanto, por aquelas que tradicionalmente ocupam lugar de destaque em seu meio.
- Desse modo, verifica-se uma grande afluência de candidatos para as áreas tradicionais que, devido ao limite de vagas, leva um certo número de aprovados, porém excedentes, a derivar para novas profissões da área da saúde.
- 8.5 Até bem pouco tempo, apenas duas escolas graduavam fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais e, apesar de terem sido criadas mais cinco, o número de vagas continua insuficiente.
- 8.6 Esses profissionais podem atuar numa área bastante ampla; entretanto, além de existir grande desconhecimento do seu trabalho e conseqüente limitação das oportunidades oferecidas pelo mercado, a sua formação tem estado voltada para o atendimento individual em detrimento da atuação em equipe multiprofissional.

- 8.7 O mercado de trabalho ainda é limitado, restringindo-se a entidades beneficentes, clínicas particulares e ao INPS (este com cerca de 160 cargos). Na realidade, esses profissionais ainda são preteridos em favor de outros com pouca ou nenhuma qualificação técnica, porém com exigências salariais bem mais baixas.
- 8.8 Os currículos são inadaptados às suas necessidades de atuação, sendo os cursos excessivamente teóricos, com prejuízo para a aprendizagem da parte profissionalizante.
- 8.9 Os estágios programados pelos cursos são, em geral, deficientes e com pouca atuação em hospitais gerais, onde o estudante de fisioterapia e de terapia ocupacional poderia enriquecer a sua experiência de profissional e ser de grande ajuda no que diz respeito à diminuição da permanência do paciente.
- 8.10 Devido ao atual conceito e estágio de saúde da população, assim como às motivações que levam o indivíduo a procurar os serviços de saúde, o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional desempenham suas atividades predominantemente com pacientes que apresentam seqüelas graves, total ou parcialmente incapacitantes, tentando reintegrá-los na força de trabalho. Observa-se pouca atuação desses profissionais nos casos de seqüelas menores cuja intervenção precoce impediria a evolução do quadro e tornaria mais fácil a cura e/ou a reabilitação.
- 8.11 Para que se possa contar com uma real participação do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional nos programas de saúde, recomenda-se:
- 8.11.1 Implantação de cursos de fisioterapia e terapia ocupacional em áreas geográficas previamente selecionadas, visando ao atendimento de determinadas regiões.
- 8.11.2 Ampla divulgação dessas profissões, esclarecendo suas atividades básicas, áreas de atuação e perspectivas futuras, especialmente nos estabelecimentos de ensino de 1<sup>o</sup> e 2<sup>o</sup> graus.
- 8.11.3 Adequação do conteúdo curricular a partir da definição de objetivos educacionais compatíveis com a realidade de saúde da comunidade, utilizando métodos de ensino que desenvolvam a

criatividade do estudante no sentido de mobilizar todos os recursos disponíveis para a reintegração do incapacitado.

- 8.11.4 Aperfeiçoamento da formação desse profissional, mediante maior aprofundamento das disciplinas do ciclo profissionalizante e estímulo ao desenvolvimento de pesquisas na área de sua competência.
- 8.11.5 Aumento do número de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais no corpo docente de seus cursos, e regime de trabalho em dedicação exclusiva, com vistas à melhoria do ensino e à participação em atividades de pesquisa que se encontram em fase embrionária.
- 8.11.6 Melhoria das condições dos estágios, tornando-os mais objetivos e programando-os para áreas de maior necessidade de atuação, visando ao aprimoramento da experiência prática, e aproveitando os serviços de saúde da comunidade.
- 8.11.7 Adoção de medidas no sentido de maior e melhor aproveitamento dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais nos serviços de saúde, incluindo-os em seus quadros de pessoal, e evitando sua subutilização.
- 8.11.8 Conscientização da necessidade do trabalho multinterprofissional, com definição clara de áreas de competência e interseção, promovendo a integração desses profissionais na equipe de saúde.
- 8.11.9 Promoção do esclarecimento da comunidade sobre as atividades desses profissionais, a fim de permitir a sua atuação na equipe de saúde, mais a nível de prevenção e/ou atendimento precoce.

## 9. Psicologia

- 9.1 O acelerado processo de urbanização e industrialização, ao lado de um clima de rápidas transformações sócio-econômicas e culturais, vem, gradativamente, provocando mudanças significativas no quadro nosológico brasileiro, onde se destaca o acentuado aumento dos problemas de saúde mental.

- 9.2 Existem atualmente, no Brasil, cerca de 8.000 psicólogos, salientando-se ainda que, se for mantido o atual ritmo de formandos, teremos até o final da década cerca de aproximadamente 20.000. A rápida expansão dos cursos de psicologia pode ser explicada em grande parte pela regulamentação da profissão ocorrida em 1962. Entretanto, como o campo de trabalho atual e potencial não foi ainda devidamente explorado, malgrado os ponderáveis progressos dos últimos anos, torna-se muito difícil falar em saturação de mercado.
- 9.3 O modelo inicial de implantação da psicologia no País, além de copiado de contextos sócio-econômico-culturais distintos dos nossos, restringiu-se a um segmento das atividades e serviços que este profissional poderá desempenhar. Tal modelo, que inspirou a definição das funções do psicólogo conforme o artigo 13 da Lei nº 4.119, limita-se, basicamente, à Psicologia Clínica, especialmente ao diagnóstico e à psicoterapia; Psicologia Educacional, no que se refere a diagnóstico e orientação psicológica, e Psicologia do Trabalho, quase que restrito à seleção e orientação profissional.
- 9.4 A evolução dos métodos e técnicas psicológicas aplicáveis ao comportamento humano, bem como a demanda de serviços pela comunidade, foi impondo gradativamente novas modalidades de aplicação da psicologia e ao mesmo tempo impulsionando pesquisas sistemáticas no campo e no laboratório. No momento, está havendo uma transição do modelo inicial, por demais limitado, para outro mais amplo, cuja definição dependerá também da atuação de órgãos e instituições pioneiras. Os progressos da psicologia têm sido pouco acompanhados pelos profissionais brasileiros, e em consequência não puderam responder às demandas de desenvolvimento econômico e tecnológico, como no caso das técnicas de desenvolvimento organizacional que estão sendo absorvidas por profissionais de outras áreas do conhecimento.
- 9.5 Observa-se uma concentração dos cursos de graduação em determinadas cidades e Estados, com insuficiente número de docentes qualificados para possibilitar uma rápida melhoria da qualidade do ensino. Ainda a multiplicação desordenada de novos cursos favoreceu a heterogeneidade da formação entre os cursos existentes, dificultando a definição do papel do psicólogo frente ao contexto social.
- 9.6 Os currículos apresentam dificuldades para a formulação de uma avaliação global, dada a heterogeneidade citada no

item anterior, embora o currículo mínimo previsto pelo Parecer nº 403/62 do CFE contenha o que é essencial à formação de um profissional polivalente.

- 9.7 Da mesma forma, em relação aos recursos materiais e financeiros, os equipamentos são escassos e as verbas reduzidas, decorrência da pouca ênfase dada aos setores sociais de desenvolvimento, e portanto à exclusão da psicologia das áreas prioritárias de investimento, apesar da sua atuação potencial se estender a três grandes áreas: saúde, educação e trabalho. Essas limitações associadas à deficiente programação dos conteúdos curriculares e do estágio dificultam uma adequada atuação desse profissional na comunidade.
- 9.8 A experiência de aplicações da psicologia aos problemas da comunidade, prevista principalmente através de estágio de 500 horas, realizado em serviços próprios ou em outras instituições da comunidade, carece das condições indispensáveis para que o estudante, ao terminar o curso, possa realmente assumir o seu papel de profissional. As razões são diversas, incluindo entre outras:
- 9.8.1 Inobservância do artigo 16 da Lei 4.119, que prevê, como condições de funcionamento dos cursos, a organização dos serviços clínicos e da aplicação à educação e ao público, orientados e dirigidos pelos professores.
- 9.8.2 Dificuldade, de muitos cursos, em conseguir campos de estágio com supervisão e avaliação dos estagiários.
- 9.8.3 Deficiência de estrutura física, equipamentos, recursos humanos e financeiros dos serviços que servem de campo de treinamento aos estudantes.
- 9.8.4 Programação orientada, predominantemente, para a casuística, o que dificulta a generalização.
- 9.9 No que se refere ao mercado de trabalho, verifica-se elevada privatização da oferta de serviços, notadamente na área clínica, pela escassa participação governamental no mercado, resultando em conseqüente elitização do atendimento. Diminuta é a presença de psicólogos nos quadros de serviços de servidores públicos. Os programas de saúde mental, a nível

institucional, são concebidos a partir de modelo linear em que a abordagem dos problemas é quase exclusivamente orgânica. Desse modo, a participação do psicólogo é dispensada ou, quando tolerada, sua atuação fica restrita ao psicodiagnóstico, em detrimento da aplicação das técnicas psicoterápicas para a prevenção e tratamento de problemas de ajustamento psicológico.

- 9.10 Os programas de segurança e saúde ocupacional também estão exigindo mudanças substanciais no sentido de reunir profissionais de diversas áreas para, através da aplicação dos conhecimentos da ergonomia, minimizar, no trabalho humano, o esforço, os erros e os riscos. Dentro desta perspectiva, um dos problemas mais desafiadores e urgentes é o relativo ao acidente do trabalho, cujo percentual, entre os trabalhadores registrados em 1974, foi de 14,9, com um total de 23 milhões e 900 mil horas por trabalho perdido (9). Apesar desse quadro, os programas de segurança, higiene e medicina do trabalho, quando incluem psicólogos em suas equipes, minimizam sua participação, limitando-a à aplicação de testes para diagnóstico. O enfoque dado ao processo psicológico presente nos acidentes, tanto no que se refere à prevenção como à reabilitação do trabalhador, recebe ainda uma abordagem eminentemente psiquiátrica clássica.
- 9.11 Desse modo, as distorções do mercado de trabalho, no que se refere à distribuição entre as áreas de psicologia clínica, educacional e do trabalho, também repercute, acentuadamente, no processo de formação desses profissionais.
- 9.12 À vista do exposto, recomenda-se:
- 9.12.1 No que tange à criação de novos cursos e/ou à expansão da oferta de vagas, torna-se necessário considerar o aumento da relação docente pós-graduado/aluno e, concomitantemente, proceder-se a uma análise das áreas potenciais em que a psicologia aplicada poderá ser exercida em função dos programas prioritários dos setores sociais e em benefício da comunidade. Para o setor saúde, o quadro seguinte esquematiza essas perspectivas:
- 9.12.2 Psicologia Clínica — mediante as atividades de diagnósticos psicológicos, psicoterapia e pesquisa, poderá o profissional desse campo participar dos programas de saúde, atuando em comunida-

des terapêuticas, no sistema escolar geral e especializado, nos hospitais, ambulatórios e dispensários, podendo ainda ser de grande utilidade ao sistema penitenciário e forense.

- 9.12.3 Psicologia Educacional — através de seus métodos e técnicas de planejamento psicopedagógico de diagnósticos psicológico de prevenção e tratamento de desajustamentos emocionais, da orientação profissional, da informação ocupacional especializada, e do desenvolvimento e aplicação de tecnologias educacionais, poderá o psicólogo educacional atuar na rede escolar geral, no sistema de proteção ao menor e no sistema de ensino especializado.
- 9.12.4 Psicologia do Trabalho — mediante a aplicação de métodos e técnicas de análise profissiográfica, de seleção e orientação profissional, de desenvolvimento e treinamento profissional, de racionalização psicossócio-tecnológica das instituições de análise e desenvolvimento organizacional e, ainda, mediante o desenvolvimento de pesquisas ergônicas, o profissional poderá dar uma real contribuição aos programas de segurança e higiene do trabalho, aos serviços públicos e aos sistemas comerciais, industriais, bancários e agropecuários.
- 9.12.5 Psicologia Social — pesquisando e atuando no processo de mudanças de atitudes, no planejamento da comunicação, na análise dos sistemas de controle e circulação da informação, na análise e ajustamento de motivações, o psicólogo social poderá prestar serviços diversos à comunidade em geral, notadamente aos programas de educação para a saúde.
- 9.12.6 Reformulação dos conteúdos curriculares no sentido de os cursos atenderem à nossa realidade psicossocial procurando desenvolver no estudante sua responsabilidade social. Nesse sentido, torna-se importante frisar o papel do estágio na formação do psicólogo. Esta atividade deve consistir em real treinamento da aplicação dos conhecimentos teóricos à realidade social. Para tanto faz-se necessário que:

- as clínicas dos cursos de psicologia integrem suas atividades ao sistema assistencial da comunidade;
  - as entidades prestadoras de serviços, que servem de campo de estágio, procurem estruturar seus serviços de forma a oferecer real oportunidade de aprendizagem, proporcionando condições físicas adequadas, formando equipes multidisciplinares e facilitando a atualização de seus profissionais, para que possam participar do processo de ensino;
  - na programação do estágio, seja garantido o acompanhamento, a supervisão e a avaliação das atividades desenvolvidas pelos estudantes;
  - as ações desenvolvidas no estágio sejam predominantemente orientadas para o estudo e solução dos problemas prevalentes na comunidade.
- 9.12.7 Adoção de medidas para que os órgãos e serviços de saúde incluam psicólogos em seus quadros, integrando esse profissional à equipe da saúde. Vale ressaltar que a validade da contribuição desse profissional ao setor depende, em grande parte, da reestruturação do sistema de prestação de serviços da saúde mental à população, substituindo o modelo linear atual por outro cuja abordagem deve ser multidisciplinar.
- 9.12.8 Incentivo e estímulo à realização de pesquisas, notadamente aquelas com enfoque psicossocial, voltadas à solução de problemas relevantes da comunidade.

## 10. Ecologia

- 10.1 Quando se considera o homem em relação ao ambiente, facilmente verifica-se que vários aspectos de sua saúde estão na dependência da qualidade dos componentes deste ambiente e do equilíbrio da comunidade biológica em que está inserido, podendo proporcionar ou não condições para o desenvolvimento de patógenos ou vetores de doenças de alta importância.
- 10.2 A utilização de métodos modernos de controle de pragas, doenças de plantas, ervas daninhas, como fator importante

na alta produtividade da agropecuária, pode levar à poluição química por resíduos de pesticidas, capaz de gerar problemas de interesse da área de Saúde.

- 10.3 As grandes massas de água doce, acumuladas em açudes e represas no interior do País, podem ser transformadas em importante fonte de proteína animal, através da piscicultura, capaz de minorar problemas de subnutrição, comuns em vastas áreas do Brasil. Ao mesmo tempo, torna-se necessária a implantação de uma política eficiente de medicina preventiva, a fim de se manter estes ecossistemas livres de contaminação por agentes patogênicos ou por seus vetores.
- 10.4 A tecnologia industrial moderna deve ser expandida segundo um planejamento baseado em conhecimentos de ecologia, a fim de que o seu desenvolvimento não implique a deterioração excessiva do ambiente, atingindo índices de poluição diretamente responsáveis pelo desconforto da população, ou seja, pela exposição do homem a doenças de características diversas.
- À vista da importância dessa área, recomenda-se:
- 10.5 Acelerar o estudo da proposta de currículo mínimo para a formação do ecólogo, encaminhada pelo MEC ao CFE.
- 10.6 Definir os critérios para implantação dos cursos de graduação de ecologia, a fim de que a qualificação das instituições proponentes, tanto no que se refere ao pessoal docente como às instalações, garantam a formação de profissionais adequados às necessidades do País.
- 10.7 Os projetos que visem à implantação de centros regionais de pesquisas em Ecologia devem certamente merecer o apoio das instituições envolvidas nos problemas de proteção e recuperação do meio ambiente.
- 10.8 O conjunto destas atividades somente poderá ser efetivado na medida em que o trabalho do ecólogo seja integrado à equipe de saúde.

#### IV – CARREIRAS DE CURTA DURAÇÃO

1. O ritmo rápido de modernização da sociedade brasileira vem exigindo, com frequência, a inserção de novas categorias profissionais, com características precipuamente voltadas para a execução. Nesse sentido, desde 1973, o DAU/MEC vem desenvolvendo uma experiência de criação de cursos superiores de curta duração. “Não se trata apenas de implantar cursos novos, mas de criar uma nova sistemática de ação, fundamentada realmente nas necessidades da comunidade. De nada adiantaria sistematizar uma operação, se não houvesse, preliminarmente, uma exigência capaz de transformar o saber teórico num verdadeiro agente de desenvolvimento” (10).
2. As primeiras experiências levadas a efeito no campo da tecnologia industrial e ciência agrária foram bem sucedidas e, apesar de algumas resistências, a verdade é que os cursos superiores de curta duração passam a constituir um importante capítulo da educação brasileira.
3. Na área de Ciência da Saúde já foram implantados cursos de Saneamento Ambiental, Ortóptica, Fonoaudiologia e Saneamento Básico. Os resultados obtidos são animadores, quer seja em relação ao mercado de trabalho quer no sentido de liberar outros profissionais graduados em cursos de longa duração, de tarefas menos complexas. Portanto, deve ser apoiado o desenvolvimento de tais experiências, assim como a sua ampliação para outras áreas que mostrem real necessidade.
4. Por outro lado, é importante frisar que a acentuada carência de pessoal auxiliar na área da saúde não poderá ser resolvida apenas com o incremento da formação de tecnólogos, já que a carência de pessoal auxiliar é sentida em vários níveis, não sendo esse, necessariamente, o mais importante. Esta afirmação pretende fixar o fato de que os recursos humanos na área da saúde devem ser planejados tendo-se em vista configurar uma pirâmide educacional coerente e que, de fato, possa responder às necessidades do setor, em todos os níveis e formas. É diante desse quadro que deve ser entendido o tecnólogo.
5. A diversidade de cursos existentes, atualmente, no setor ainda é baixa se comparada com a de outros países. Na medida em que se

aumentar essa diversidade, poderá se reduzir a procura por aquelas profissões mais tradicionais, como a Medicina, a Odontologia e a Farmácia;

6. No transcorrer das discussões para a elaboração do presente documento, foram feitas algumas sugestões preliminares de setores para efeito de criação de cursos de tecnólogos, como o de educação sanitária, manutenção de equipamentos hospitalares, documentação biomédica, mobilidade de cegos, radioisótopos, prótese ortopédica, endemias rurais, farmácia comercial, gerência hospitalar, assistência de odontologia, que não deverão ser tomados como respostas finais, mas sobretudo como o intento de aguçar os debates a respeito do assunto.
7. Na área industrial, torna-se fácil definir a atuação do tecnólogo, diante das evidentes lacunas nos programas de tecnologia, cabendo às empresas a função de definir suas necessidades, formar seu pessoal, assim como fazer a classificação e utilização desse profissional. No setor saúde, sendo o Estado o grande responsável pela definição de como e por quem serão efetuadas as ações de saúde, antes de inserir novas categorias profissionais, deve-se avaliar as atribuições dos profissionais existentes nas instituições, levando-se em consideração seus objetivos, a fim de evitar o risco de apenas duplicar funções. É indiscutível e oportuna essa nova filosofia do ensino superior, como também o é a necessidade que há de se planejar à luz de evidências concretas e de certas singularidades do setor saúde, sendo condição imprescindível, para o alcance desse objetivo, que se admita "a priori" o primado das necessidades da comunidade nacional, em oposição a razões particularizantes e de classes profissionais.

À vista do exposto, recomenda-se:

1. Apoiar efetivamente o Projeto de Implantação Gradativa de Cursos de Curta Duração do Plano Setorial de Educação e Cultura do Ministério da Educação e Cultura.
2. Promover estudos de avaliação dos cursos já implantados com o objetivo, entre outros, de verificar a receptividade do mercado de trabalho e sua adequação ao novo clima de perspectiva na área da saúde.
3. Proceder a estudos, preferencialmente utilizando-se metodologia de análise ocupacional, com o escopo de identificar os setores mais propícios para o enquadramento nessa nova modalidade de educação superior.

4. Cuidar urgentemente da preparação de especialistas para o planejamento desses cursos.
5. Como a experiência, tanto nacional como internacional, vem insistindo, com freqüência, que os cursos para a formação de tecnólogos devem ser implantados preferentemente fora das instituições tradicionais de nível superior, urge apoiar a implantação até 1979 de pelo menos um centro próprio, dedicado exclusivamente a preparar tecnólogos na área da saúde, mas vinculado aos sistemas de ensino de prestação de serviços.



## V – EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA ÁREA DA SAÚDE

1. Constituiu preocupação do Ministério da Educação e Cultura incrementar as atividades de extensão universitária. Para tanto foi criada no Departamento de Assuntos Universitários a Coordenação de Atividades e Extensão (CODAE).
2. A extensão universitária, que se processa sob a forma de cursos, disciplinas, estágios e serviços de difusão de conhecimentos, incluindo pesquisas, tem por objetivo proporcionar a alunos e professores universitários a oportunidade de participar de projetos voltados para melhoria das condições de vida da comunidade e do processo geral de desenvolvimento.
3. Salienta-se ainda que essas atividades, em suas mais variadas formas, poderão representar, se bem planejadas, excelente instrumento para a adequação do ensino e da pesquisa às orientações recomendadas para o setor saúde.
4. Esses programas devem ser considerados, sobretudo, como aplicações práticas dos conhecimentos teóricos desenvolvidos nos cursos, de forma a possibilitar:
  - 4.1 ao aluno
    - 4.1.1 internalização e generalização dos conhecimentos adquiridos;
    - 4.1.2 preparo para a integração na vida profissional;
    - 4.1.3 desenvolvimento de sua responsabilidade para com a comunidade;
    - 4.1.4 oportunidade de participar e contribuir na solução dos problemas da comunidade;
  - 4.2 ao corpo docente
    - 4.2.1 avaliação da eficiência das atividades do ensino;

ocorrer uma efetiva integração docente-assistencial, é provável que este problema seja amenizado.

7. A residência médica constitui outro problema a ser considerado neste capítulo. É uma forma de ensino pós-graduado, em sentido amplo, que permite ao médico, geralmente recém-graduado, especializar-se (no mínimo em dois anos) nos diferentes ramos da atividade médica, trabalhando em uma organização hospitalar de bom padrão, em tempo integral, e sob a orientação de profissionais mais experientes. A função da residência médica é de fato formar médicos especialistas. Já os cursos de especialização nas diversas especialidades médicas, geralmente, são desenvolvidos em regime de tempo parcial e com programas menos complexos que os da residência médica. Entretanto, os títulos conferidos pelos cursos de especialização possuem valor acadêmico superior aos da residência médica, situação que está a exigir regulamentação.

Diante do exposto recomenda-se:

1. Desenvolvimento de programas, tanto em sentido amplo (especialização e aperfeiçoamento) como estrito (mestrado e doutorado) para atender às necessidades específicas dos órgãos prestadores de serviço.  
É fundamental que os programas de pós-graduação sejam organizados tendo-se em vista a necessidade de uma abordagem sistemática e operacional dos principais problemas de saúde do País. Mais especificamente, o que se recomenda é que o enfoque central dos estudos de pós-graduação incida sobre as questões mais fundamentais de saúde da comunidade nacional, com o escopo de preparar especialistas adequados à realidade brasileira, bem como de evitar a predominância de investigações de escassa aplicabilidade.
2. Nos critérios de seleção dos candidatos aos cursos de pós-graduação, especificamente a especialização, incluir, como fator de aprovação, o exercício geral da profissão e/ou a contribuição do profissional aos programas de interiorização das ações de saúde, especialmente na área da Medicina, Enfermagem e Odontologia. Para tanto, esse componente deverá ser definido em termos de tempo e modalidade de exercício profissional. Ainda considerar critérios de representatividade regional, de forma a permitir o acesso de candidatos provenientes de instituições e/ou regiões distantes de grandes centros urbanos.
3. As necessidades de saúde no País indicam que se deve incrementar a pós-graduação, pelo menos, nas seguintes áreas:  
**Em sentido estrito:** Saúde Pública, Nutrição, Enfermagem,

Odontologia Social, Tecnologia Farmacêutica, Ecologia, Engenharia Sanitária.

**Em sentido amplo:** Estatística da Saúde, Vigilância Epidemiológica, Endemias Rurais, Epidemiologia, Administração e Planejamento em Saúde, Gerência Hospitalar, Saúde Mental, Saúde Pública.

4. Integração do programa que vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, através do Instituto Presidente Castello Branco com o Ministério da Educação e Cultura, com vistas não apenas à economia de tempo e recursos, mas também em busca de um tratamento homogêneo no que se refere aos aspectos estruturais e organizacionais.
5. Intensificar o intercâmbio de experiências entre as instituições que ministram cursos de pós-graduação na área da saúde, com vistas a um progressivo amadurecimento desses programas, bem como maior agilização da circulação de informações técnicas e científicas.
6. Como os objetivos de residência médica se confundem com os dos cursos de especialização, recomenda-se a equiparação de ambos, em termos de valor acadêmico. Para tanto, torna-se necessário que o MEC defina critérios para o credenciamento de serviços médicos como residência médica, considerando-se inclusive a necessidade de o médico residente ser submetido a exames parciais e finais.
7. Avaliação periódica dos programas para os inevitáveis reajustes, próprios mesmo de um processo dinâmico, para que as distorções identificadas sejam corrigidas a tempo.

## VII – TÉCNICOS E AUXILIARES DE NÍVEL MÉDIO

1. As deficiências relativas ao pessoal de nível médio, no setor saúde, não se restringem só à quantidade mas também à qualidade e distribuição das modalidades técnicas.
2. O grau de desenvolvimento do país ainda não comporta uma formação técnica sofisticada e rígida, devendo observar-se, na formação do pessoal de nível médio, a necessidade de um conhecimento básico, que permita uma mobilidade horizontal e vertical dentro do sistema e uma adaptação às mudanças rápidas de tecnologia.
3. A elaboração e reformulação dos currículos para o preparo de pessoal técnico e auxiliar vem sendo planejada, no sistema de ensino, sem o suporte de informações sobre as necessidades de saúde da população, as possibilidades do mercado de trabalho, a diversificação de áreas de atuação e as diferenças existentes nos problemas regionais. Por outro lado, os órgãos prestadores de serviços preparam pessoal para seus programas independentemente das normas e diretrizes do aparelho formador.
4. Existe uma defasagem entre as modalidades adotadas e a realidade sócio-econômica.
5. A deficiente caracterização quantitativa das necessidades de pessoal e sua tipologia, para atender aos programas de saúde, impossibilitam por um lado as previsões quanto à formação e especificação das habilitações prioritárias e, por outro, a utilização racional desses recursos.
6. A utilização do previsto no art. 6º da Lei 5.692, que trata da realização das habilitações profissionais em regime de cooperação com os serviços de saúde, não tem sido explorada em toda sua extensão, impedindo, destarte, melhor articulação do binômio escola – serviço, retardando conseqüentemente o contato do estudante com a realidade profissional que irá enfrentar.
7. As amplas possibilidades oferecidas pelo Ensino Supletivo no art. 24 da mesma lei, abrangendo exames ou cursos, ainda não foram absor-

- vidas pelo sistema prestador de serviços para qualificar, profissionalmente, grande contingente de seu pessoal.
8. Ficou evidenciada a dificuldade de operacionalização da legislação existente, resultado da insuficiência de incentivo e de financiamento dispensados a esse sistema de ensino, fazendo-se necessário estudos nesse sentido.
  9. O número de vagas para cursos de licenciatura, exigida para o magistério em algumas categorias profissionais da saúde, em nível de 2º grau, é insuficiente para atender ao número de candidatos. Essa situação tende a agravar-se dada a preocupação atual de ampliação do ensino de 2º grau.
  10. À vista do exposto, considera-se que a melhoria do nível de atuação dos recursos humanos no setor saúde implica mudanças substanciais, tanto no sistema de formação e capacitação como no de utilização desses recursos. Com esse objetivo foram elaboradas as seguintes proposições:
    - 10.1 Estabelecimento de mecanismos de articulação entre os órgãos envolvidos nesse campo de ação, nos diferentes níveis, considerando-se que a educação profissionalizante não deve constituir campo exclusivo da escola ou do serviço de saúde, mas de ambas e das demais instituições envolvidas no problema.
    - 10.2 Estabelecimento de convênio MEC/MS/MPAS, assim como entre as Secretarias de Saúde e os Secretários de Educação, para implantação de projetos de intercomplementaridade do ensino com utilização da rede de serviços de saúde.
    - 10.3 Levantamento das necessidades dos programas de saúde e do mercado de trabalho do setor, envolvendo as Secretarias de Saúde e Subsecretarias de Serviços Médicos do MPAS (INPS—FUNRURAL) e das Prefeituras Municipais, visando, assim, uma melhor definição de diretrizes para a formação do pessoal.
    - 10.4 Levantamento dos cursos que vêm sendo ministrados por via informal, com o objetivo de integrar esse tipo de ensino ao sistema formador, via regular ou supletiva, principalmente os da área institucional.
    - 10.5 Apoio e incremento a projetos que forneçam informações sobre a caracterização da demanda formadora, sempre que possível mediante definição de perfis profissiográficos.
  - 10.6 Adoção de medidas por parte do MEC, através do Departamento de Ensino Supletivo, para maior dinamização desse ensino e dos exames de suplência profissionalizante, visto que o “madureza técnica” oferece ao indivíduo a oportunidade de, pelo exame, testar sua capacidade de trabalho e dar-lhe uma titulação.
  - 10.7 Estabelecimento de um sistema de consultoria sobre ensino e definição de normas para a inclusão das instituições de saúde como agências formadoras, possibilitando o constante aperfeiçoamento do ensino e mútuo “feedback”.
  - 10.8 Considerando que o ensino noturno abre amplas oportunidades de educação para uma população que não tem outras alternativas, deve-se estudar a possibilidade de melhorar sua qualidade, adaptando seu processo pedagógico à clientela e utilizando-o para a formação de algum tipo de profissional de saúde.
  - 10.9 Reconhecimento, por parte dos órgãos prestadores de serviços, da necessidade de participarem efetivamente na profissionalização do ensino de 2º grau, mediante o princípio de intercomplementaridade.
  - 10.10 Composição dos currículos, considerando a necessidade de uma formação básica capaz de permitir a reconversão profissional.
  - 10.11 Concentração dos recursos técnicos e financeiros na implantação e desenvolvimento dos cursos profissionalizantes, considerados prioritários, e naqueles que visem contribuir para melhoria do sistema de ensino a esse nível.
  - 10.12 Na ausência de estudos mais aprofundados sobre as áreas prioritárias para intensificação de formação de pessoal, indica-se: a Enfermagem, a Nutrição, a Engenharia Sanitária, a Odontologia, o Laboratório Médico e a Radiologia.
  - 10.13 Adoção de uma política de emprego que assegure o direito, por lei, ao exercício profissional de técnicos e auxiliares.
  - 10.14 Incremento da licenciatura de profissionais da saúde para o ensino de 2º grau, aproveitando-se, inclusive, a abertura dada pela Portaria nº 432—BSB, e suas reformulações.
11. Quanto às habilitações a nível de 2º grau, no ensino regular para o setor saúde, na forma da Lei nº 5692/71 e dos Pareceres nºs 45/72 e

76/75 do Conselho Federal de Educação, sugere-se o seguinte esquema:

1. Habilitação plena – técnico
  2. Habilitação parcial – auxiliar
  3. Habilitação básica, em fase de operacionalização.
12. A utilização desse esquema requer a realização de estudos para aprofundamento do conceito de “habilitações básicas”, nos termos do Parecer nº 76/75, tendo em vista a sua viabilidade.

## VIII – CONCLUSÕES

A análise do estado atual do sistema de formação e utilização dos recursos humanos de saúde conduziu o grupo de trabalho às conclusões e proposições básicas que se seguem:

1. A articulação necessária das instituições e órgãos responsáveis pela saúde da população é deficiente, assim como o é a definição de objetivos operacionais comuns para a execução de seus planos. Da mesma forma, é muito precário o entrosamento entre os componentes do sistema formador e utilizador dos recursos humanos.
2. Entretanto as metas dos programas de desenvolvimento exigem real articulação dos órgãos que atuam, direta ou indiretamente, no setor saúde, para que se alcancem ações integradas, evitando-se que as múltiplas atividades desenvolvidas se constituam em pontos de estrangulamento. Com esse objetivo, recomenda-se a efetivação de convênios entre os Ministérios participantes do setor saúde e entre os demais órgãos do mesmo setor ou de outros que atuam em níveis administrativos básicos. Ressalta-se que esta providência vem atender à diretriz do Governo de tornar realidade a implantação do Sistema Nacional de Saúde.
3. A pirâmide ocupacional do setor apresenta graves distorções; a sua base é constituída de pessoal sem qualificação profissional e a proporção entre os profissionais é inadequada, sobressaindo-se a inversão da relação médico-enfermeira. Desta forma, torna-se urgente o preenchimento do vazio ocupacional entre o nível universitário e o pessoal sem qualificação profissional, assim como uma orientação da demanda aos cursos de graduação, no sentido de uma melhor distribuição dos profissionais nas diferentes áreas do conhecimento relativas à saúde. Estas medidas se constituem num desafio para instituições de ensino e para as de prestação de serviços. Sugere-se a adoção de medidas reguladoras dessa formação, compreendendo primordialmente a intensificação da preparação de pessoal a nível de 2º grau, utilizando, a curto prazo, a via supletiva para qualificar o contingente de pessoal atuando no setor e incrementando-se simultaneamente a profissionalização, via regular, através do efetivo intercâmbio com o sistema de prestação de serviços.

4. As transformações sociais rápidas vêm exigindo a presença de novas categorias profissionais mais voltadas para a execução de tarefas. Sob esse aspecto, destaca-se a necessidade de se estudar, na área da saúde, a formação de profissionais intermediários de nível superior, com a função não apenas de liberar os profissionais tradicionais de tarefas menos complexas, como também de aliviar a pressão pela procura por carreiras tradicionais.
5. Ao lado das metas quantitativas, não se deve perder de vista a importância crescente da melhoria da qualidade do ensino. Sob esse aspecto, salienta-se a necessidade de adequação dos currículos aos problemas de saúde mais prevalentes, assim como o desenvolvimento de trabalho em equipe que vise identificar setores carentes para efeito de inserção de outras categorias profissionais.
6. A extensão universitária na área da saúde, malgrado algumas experiências que vêm sendo feitas, não recebeu ainda tratamento à altura de sua importância. Trata-se de uma excelente estratégia para adequação da formação à realidade, que deve ser incrementada não só como instrumento, como também na atualização do pessoal de saúde.
7. A tendência observada de uma excessiva especialização a nível de graduação vem dificultando o incremento das ações de saúde. O quadro atual da saúde no País exige mais a presença de generalistas do que de especialistas. Conseqüentemente, há necessidade de uma revisão dos currículos, tendo-se em vista a solução desse problema. Para tanto torna-se também necessário que o sistema utilizador de recursos humanos proceda, simultaneamente, a uma revisão dos critérios de admissão, distribuição e utilização de pessoal com vista à valorização do profissional generalista.
8. O desenvolvimento e aperfeiçoamento da pós-graduação na área de saúde é outra condição fundamental para o reajuste do sistema. Ao lado do programa aprovado pelo Conselho Nacional de Pós-Graduação, que basicamente visa à titulação de mestres e doutores, é preciso estimular o aperfeiçoamento de profissionais nos setores mais carentes, principalmente através da pós-graduação em sentido amplo: aperfeiçoamento e especialização.
9. A desejável ampliação da acessibilidade dos serviços de saúde à população implica uma redefinição dos objetivos, metas e funções dos recursos humanos, materiais e financeiros envolvidos no processo. Uma análise do sistema operacional desses recursos revela a necessidade de estruturação dos órgãos prestadores de serviços, num sistema de complexidade crescente, no qual uma extensa rede de unidades simplificadas — serviços oferecidos à população, constituindo o ponto de entrada no sistema de saúde — devem ser a base de uma pirâmide

em cujo topo estão os serviços mais complexos e especializados. Este processo sugere que o modelo de formação de pessoal é um fator crucial para sua operacionalização.

A composição da equipe de saúde variará, dependendo da natureza dos problemas de saúde da comunidade, do nível de regionalização, dos aspectos econômicos, culturais e políticos. Mas qualquer que seja essa composição, uma questão importante é que a formação recebida permita ao profissional um trabalho em equipe, tanto no sentido do envolvimento de profissionais de diversas áreas como de diferentes níveis de escolaridade.

10. Concluindo, salienta-se que essas proposições são de significativa importância para o reajuste do sistema formador e utilizador de recursos humanos, tendo em vista as exigências atuais da sociedade brasileira. Para que este trabalho não seja simplesmente mais um documento, mas dê origem às ações concretas e imediatas, é imprescindível a articulação permanente e efetiva entre os Ministérios envolvidos, particularmente os da Educação, da Saúde e da Previdência e Assistência Social, bem como a necessidade de alocação de recursos financeiros adicionais e sobretudo a decisão de pôr em marcha um processo de transformações que viabilize estas recomendações.

## IX – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Departamento de Assuntos Universitários. Catálogo das instituições do ensino superior. Brasília, 1975.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Presidente Castelo Branco. Relatório do grupo de trabalho interministerial sobre recursos humanos para a saúde. Rio de Janeiro, 1974.
3. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Oficina Sanitária Panamericana, Oficina Regional de 1ª ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Plan decenal de salud para las Américas, 1973.
4. MEC/DESU – CEB/ENFERMAGEM. Subsídio para o plano decenal referente ao desenvolvimento da enfermagem. Documento nº 3, 1964.
5. MEC/DAU. Diagnóstico dos cursos de enfermagem. Brasília, 1975.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prévia análise da mão-de-obra do setor saúde organizado. 1970.
7. RIBEIRO DE OLIVEIRA, M.I. A enfermeira como coordenadora da assistência ao paciente. Tese de Doutorado, 1972.
8. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. O ensino farmacêutico no Brasil. São Paulo, 1975.
9. PRIETO, ARNALDO. I Seminário Brasileiro de Ergonomia. Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada, Vol. 27, mar., 1975.
10. MEC/DAU. Cursos superiores de tecnologia. Brasília, 1975.

### Bibliografia

1. MINTER. Plano básico de ação sanitária. Belém, 1975.
2. MEC/DAU. Plano de trabalho de extensão universitária. Brasília, 1975.

3. MEC. Plano setorial de educação e cultura. 1975/79
4. DAU. Diagnóstico dos cursos de enfermagem. Brasília, 1975.
5. MEC/DAU. Catálogo das instituições de ensino superior. Brasília, 1975.
6. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Sistema nacional de saúde. Brasília, agosto de 1975.
7. FENDALL, N.R.E. Auxiliaries and primary medical care-bull. New York, Acad. Med.
8. OMS/OPAS. Enseñanza de enfermería integrada a la educación média. 1973.
9. MEC/DAU. Comissão de Ensino Médico. Ensino médico no Brasil. (Documentos nºs 1 e 2).
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Interiorização de ações sanitárias. Brasília, 1975.
11. SOUZA, Edson Machado de. Política de formação de recursos humanos para o setor saúde. Trabalho apresentado na V Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1975.
12. BRANCO, Samuel Murgel. A Escola de Engenharia de S. Carlos e a ecologia aplicada. VII Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária. Salvador, 1975.
13. CHAVES, Mário. Saúde e sistemas. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1972.
14. MEC/CNPq. Plano nacional de pós-graduação. Brasília, 1975.
15. MEC/DAU. Cursos superiores de tecnologia. Brasília, 1975.
16. ABRAMS, Lawrence. Relatório sobre o programa de formação de tecnólogos. Brasília, MEC/DAU, 1975.
17. INAN. Diagnóstico dos cursos de graduação em nutrição. 1975.
18. MINISTÉRIO DO TRABALHO – CFF. O ensino das ciências farmacêuticas no Brasil. São Paulo, 1975.
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório interministerial sobre recursos humanos para a saúde. Rio de Janeiro, IPCB, 1974.
20. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de La Organización Mundial de La Salud. Plan decenal de salud para las Américas. 1973
21. MEC/DESU – CEB/ENFERMAGEM. Subsídio para o plano decenal referente ao desenvolvimento da enfermagem. Documento nº 3, 1964.
22. MEC/DAU. Diagnóstico dos cursos de enfermagem. Brasília, 1975.
23. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prévia análise de mão-de-obra do setor saúde organizado. 1970.
24. RIBEIRO DE OLIVEIRA, M.I. A enfermeira como coordenadora da assistência ao paciente. Tese de Doutorado, 1972.
25. Discurso do Ministro do Trabalho, Deputado Arnaldo Prieto. I Seminário Brasileiro de Ergonomia. Arquivos brasileiros de psicologia aplicada, Vol. 27/mar., 1975.