

Programas comunitários de saúde

Frederico Simões Barbosa (*)

A necessidade de renovar os processos de prestação de serviços de saúde à comunidade é sentida em todos os países e, muito particularmente, nos países em desenvolvimento.

O problema se situa não apenas no campo social e humanitário de fazer chegar a saúde a todos indistintamente, mas também no de ordem política e econômica. Os recursos não são indefinidamente elásticos. E do conhecimento geral que os sistemas clássicos de saúde procuram responder à demanda e não às necessidades da população. Mais equipamentos de saúde resultarão em aumento da demanda em escala crescente e incontornável. O aumento desordenado da demanda conduz fatalmente à inferiorização da qualidade dos serviços.

Os problemas da América Latina relacionados com a distribuição e utilização dos serviços de saúde e com a formação de recursos humanos para a saúde são por demais conhecidos. As inadequações e falta de racionalidade dos sistemas de saúde, na maioria dos países latino-americanos, e suas interrelações com o sistema educacional, resultam em baixa eficiência e eficácia dos trabalhos formadores e utilizadores da mão de obra de saúde.

Esta situação não parece ter melhorado nos últimos anos. Os sistemas de saúde continuam fragmentados e a educação médica antiquada. A pressão do crescimento demográfico e a extensão dos benefícios a maiores contingentes da população vêm inflando os obsoletos sistemas de saúde cuja elasticidade não é infinita. O resultado é, como foi mencionado, a deterioração do sistema com consequente inferiorização dos serviços.

As universidades, por outro lado, sempre dependentes do poder constituído, não conseguem atuar como agentes de mudança. São organismos anacrônicos e elitistas, cada vez mais afastados da realidade de seus próprios países. O produto é de má qualidade e sempre orientado para servir a um mercado de trabalho sem compromissos com as necessidades reais da população.

EDUCAÇÃO MÉDICA

Os marcos conceituais da educação médica foram definidos, detalhadamente, por Andrade (1).

Neste documento desejo situar alguns momentos importantes da educação médica nas Américas partindo do primeiro que foi o resultado do relatório Flexner, em 1910 (15), nos EUA. As importantes modificações que decorreram do aparecimento do relatório acima caracterizaram o ensino médico como de base essencialmente científica. Os conceitos defendidos por Flexner representaram um grande avanço para a época. Foram, entretanto, responsáveis por dois aspectos extremamente negativos que marcaram o ensino médico na América Latina: a compartimentalização do ensino e consequente separação das ciências clínicas das ciências básicas, e a despreocupação do ensino com as necessidades de saúde da população. Este modelo foi reproduzido de modo muito generalizado no Brasil, como em muitos outros países, e ainda hoje persiste.

O segundo momento importante na educação médica foi a que surgiu na metade da década de 1940 com a Escola de Medicina da Universidade de "Western Reserve" nos EUA. (23) Este momento se caracteriza pela integração do ensino, embora ainda em sentido individual, fisiopatológico.

O terceiro momento é, na realidade, representado por vários momentos sucessivos e interligados, todos eles dirigidos para objetivos educacionais, voltados para os interesses da coletividade, desde a criação e o fortalecimento dos Departamentos de Medicina Preventiva que pretendiam, ingenuamente, acentuar no médico a atitude preventiva até os mais recentes, realistas, comunitários, regionalizados e em integração docente-assistencial.

No Brasil, estamos ainda, lamentavelmente, na época Flexneriana, embora muito imperfeita, na qual os instrumentos educacionais, profundamente idealistas, procuram, também ingenuamente, estimular a formação de um médico de cunho científico, o que evidentemente não conseguem. Este modelo, entretanto, satisfaz a validade de alguns professores que, assim, conseguem obter laboratórios e serviços clínicos modelares, geralmente, de pouco rendimento. Estes modelos ignoram as necessidades de saúde das populações. A formação do médico feita nas condições acima, enclausurada em estruturas universitárias fechadas, prepara especialistas para um mercado de trabalho distorcido.

As escolas de medicina continuam com seus currículos clássicos apesar de algumas "modernizações" que não funcionam porque estão montadas sobre estruturas obsoletas e sem pessoal administrativo e docente adequadamente preparado e estimulado.

Via de regra, as escolas de medicina não têm objetivos definidos e quando os têm estão em desacordo com a realidade brasileira. Na maioria dos casos, estas escolas possuem equipamentos de mais alta qualidade, laboratórios extremamente sofisticados e docentes de mais elevada qualificação. Os hospitais, ditos universitários, são geralmente os melhores equipados e servidos, embora deficientes e deficitários. Funcionam geralmente sem nenhum relacionamento com o sistema local de saúde. Alguns destes hospitais nunca tiveram sua construção terminada outros funcionam com grande capacidade ociosa. Estes hospitais são, entretanto, os centros de formação da mão-de-obra de saúde.

As duas principais experiências brasileiras de programas inovadores de ensino médico, os da Universidade de Brasília e o do Curso Experimental de Medicina da Universidade de São Paulo, falharam e isto simplesmente ocorreu porque o país não estava preparado para recebê-los.

A maioria de outros programas, menos abrangentes, de tipo semelhante, teve duração efêmera devido especialmente à falta de compreensão e estímulo das universidades onde foram implantados.

A Universidade de Brasília foi pioneira quando da implementação de sua Faculdade de Ciências Médicas, em 1966. Naquela ocasião Brasília partiu com objetivos bem definidos para um sistema integrado de Educação Médica voltado para a comunidade de uma pequena cidade satélite do Distrito Federal, Sobradinho, distante 25 km do centro da capital. As ações de saúde eram comandadas por um pequeno hospital comunitário (4).

Compreende-se, assim, as dificuldades de desenvolvimento de programas educacionais, renovadores, desde que o país não se encontra, no momento, devidamente preparado, não obstante alguns instrumentos recentes produzidos por instituições oficiais de âmbito nacional.

OS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL

Como uma República Federativa, o Brasil conta com um sistema de Saúde, a níveis federal, estadual e municipal. Atua, ainda, no setor saúde instituições privadas e filantrópicas.

O sistema de saúde do Brasil é extremamente fragmentado e distorcido, apesar da tentativa recente de subordiná-lo a um organismo coordenador, o sistema Nacional de Saúde (8) que, até o momento, não foi regulamentado.

A medicina no Brasil chegou ao máximo da mercantilização. A grande parte dos serviços prestados a população previdenciária é feita através da compra de serviços e instituições privadas, o pagamento sendo feito por meio de unidades de serviço o que estimula sobremaneira a desonestidade na utilização de métodos diagnósticos e terapêuticos. «Basta lembrar que 90% dos gastos em Assistência Médica do ex-INPS foram através da compra de serviços da rede privada e que 80% deste montante foram destinados a internação hospitalar» (21). As distorções são inúmeras e bem conhecidas, como o elevado percentual de casareas (16) e outras intervenções desnecessárias sempre danosas para os pacientes.

As distorções do Sistema de Saúde foram analisadas recentemente (21) e podem ser resumidas da seguinte maneira: 1. insuficiente aporte de recursos financeiros; 2. objetivos e métodos definidos independentemente pelas diferentes instituições que compõem o Setor Saúde; 3. concentração de recursos nas áreas de maior poder aquisitivo; 4. privilegiamento de importação limitada de tecnologia de saúde dos países desenvolvidos; 5. importação excessiva de medicamentos, produtos químicos básicos e equipamentos médico-hospitalares que sobrecarregam o setor com produtos de alto custo; sem critério de prioridades e certamente muito acima das necessidades do país; 6. hipertrofia das instituições de saúde com hiperdimensionamento das atividades-meio em prejuízo das atividades-fim; 7. adoção de convênios e credenciamento de terceiros nas atividades de assistência médica, nem sempre de interesse das populações assistidas.

INSTRUMENTOS OFICIAIS NOS SETORES SAÚDE E EDUCAÇÃO

Estes instrumentos podem ser resumidos como se segue:

1. A definição da Política Nacional de Saúde (8), baseada na lei que organizou o Sistema Nacional de Saúde, na qual está explícito que: «O estabelecimento de uma Política de Saúde envolve o reconhecimento de um processo político a ser levado em conta pelos detentores do poder decisório a todos os níveis do sistema, para que se resguarde a coerência das ações ao mesmo tempo com a Política de Saúde e com as reais necessidades da população abrangida por tais ações». E ainda: «desta forma, fica a indispensabilidade de intensa participação do corpo social a todos os níveis do processo de geração das ações de saúde».

2. A reorganização administrativa da Previdência Social com o qual ficou criado o Instituto Nacional de Assistência Médica - INAMPS - que passou a reunir todos os serviços médicos antes prestados por várias entidades. «Com a instalação do novo órgão, vai ser possível racionalizar e ampliar os serviços médicos prestados pela Previdência Social, que se aproximará assim - e rapidamente - da meta de universalização estabelecida pelo Governo» (21).

3. O II Plano de Desenvolvimento Social (17) cujas metas contemplam o homem em seu sentido mais amplo.

4. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde do Ministério da Saúde - PIASS (10) - que procura atuar em atenção primária em algumas regiões do país, particularmente no Nordeste.

5. Um dos objetivos do Ministério da Educação para 1976 (11) - a incorporação dos hospitais universitários à rede pública de prestação de serviços de saúde.

6. A integração entre a Previdência Social e os Hospitais Universitários e de Ensino, estabelecida por convênio entre dois ministérios (13).

7. A portaria interministerial (14) estabelecendo diretrizes para execução dos Serviços Básicos de Saúde.

A importância desses instrumentos legais não merece ser subestimada. Apesar disso, entretanto, as

ações de saúde no país continuam insuficientes e descoordenadas.

Chega a ser incompreensível que, segundo estatísticas oficiais, 92,6% da população brasileira (dados de 1973) estão seguradas pela Previdência Social e que destes 85,9% o são pelo INAMPS (21).

A criação do INAMPS representa uma conquista no sentido da universalização do sistema de seguro social. As distorções resultam, em última análise, das modalidades de convênios assinados com a rede privada de hospitais com suas conhecidas inadequações.

A situação acima não é específica do Brasil. «El panorama general muestra una industria médica increíblemente cara, empenhada no en el fomento de la salud sino en la aplicación ilimitada da tecnología, curativa a una pequeña proporción de beneficiarios potenciales y tal vez sin que ni siquiera esto lo haya desmasiado bien» (17).

As universidades aliam-se a este quadro desolador em vez de procurarem intervir orientando o processo de mudança através das necessárias e inadiáveis modificações de seus objetivos e currículos com a finalidade de pressionar os serviços públicos de saúde na consecução de programas integrados e regionalizados de saúde.

OS PROGRAMAS COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Diversos programas comunitários de saúde no país estão sendo conduzidos em integração docente-assistencial.

No presente documento desejo resumir os esforços que a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, vem desenvolvendo em dois programas integrados de saúde comunitária. Ambos são programas abrangentes de saúde nos quais se vem observando os princípios de regionalização de serviços em integração docente-assistencial.

O primeiro deles teve início em 1974, na periferia do Distrito Federal, regiões Administrativas de Planaltina e Jardim (4,5).

A Unidade de Saúde de Planaltina, desde 1967, vinha desenvolvendo atividades de saúde nas comunidades urbanas e rurais baseadas em uma infraestrutura de enfermagem.

Em 1974, contatos entre a Unidade de Saúde de Planaltina e a Universidade de Brasília, foram feitos com vistas a implementação de um «Programa Integrado de Saúde Comunitária», utilizando-se a infraestrutura citada e possibilitando um programa mais ambicioso em termos de regionalização de serviços em integração docente-assistencial. Neste mesmo ano, a Faculdade de Ciências da Saúde, em colaboração com o Hospital de Planaltina, e o Centro de Desenvolvimento Social (Fundação do Serviço Social) da mesma cidade, iniciou, uma tentativa de integração docente-assistencial (6). A experiência foi muito proveitosa, proporcionando as bases para o desenvolvimento do programa atual.

A principal meta do programa de 1974, foi a elaboração de um modelo realístico de atenção à saúde para a região de Planaltina.

A partir de então foi elaborado um projeto intitulado «Um Modelo de Prestação de Serviços a Nível Periférico com ênfase em Saúde Familiar». Este projeto foi financiado, em parte, pela Kellogg Foundation, e, posteriormente, pela Inter American Foundation. Para os anos de 1976 e 1977, o projeto recebeu recursos do Programa de Integração Nacional, através do Programa de Extensão Universitária do Ministério de Educação e Cultura.

A área operacional, do projeto é constituída por duas regiões administrativas do Distrito Federal, Planaltina, e Jardim (em parte). O total da área tem 1540,5 km². A população urbana é de 30.985, a suburbana de 661 e a rural de 4.717 habitantes.

A 1º de julho de 1975, esse projeto entrou em execução. No documento (3), onde se discute o planejamento do projeto, estão definidas as atribuições de cada instituição participante. Seu principal objetivo é o seguinte: «Estabelecer um projeto na região de Planaltina, para avaliação de um sistema de saúde baseado nos princípios da regionalização da medicina em integração docente-assistencial. O projeto objetiva a determinação de um processo realístico de atendimento à saúde, adaptado às condições da região».

Os primeiros 13 meses constituíram a fase preparatória do projeto, que, a partir de 1º de agosto de 1976, entrou em sua fase operacional.

Fundamentalmente, o projeto está operando em integração docente-assistencial com regionalização de serviços de âmbito periférico em níveis de atenção primário e secundário.

Uma categoria, especial de pessoal auxiliar foi preparada. Esses novos profissionais, estão sendo conhecidos como auxiliares de saúde, embora atuem também como promotores de desenvolvimento social.

Os auxiliares, foram treinados durante seis meses, em 40 horas semanais. A supervisão direta dos auxiliares, é feita pelo pessoal de enfermagem do Hospital e por assistentes sociais do Centro de Desenvolvimento Social (F.S.S.).

Na zona rural estão instalados três postos de saúde do antigo FUNRURAL, hoje INAMPS, onde médicos, e residentes do programa estabelecem a ligação entre o pessoal de atenção primária (auxiliares de saúde) e o de atenção secundária (hospital).

No momento o Projeto de Planaltina está em fase de sua primeira avaliação.

Alguns setores já estão sendo submetidos a avaliação. São eles:

b) impacto da atenção pré-natal, sobre indicadores específicos de saúde;

c) impacto do projeto sobre a percepção e desempenho dos Auxiliares de Saúde.

E possível adiantar que a atenção materno-infantil é uma dos setores no qual o Projeto vem revelando grande impacto. Estima-se grosseiramente que em 1977 apenas 40% das mulheres grávidas recebeu algum tipo de atenção pré-natal no Hospital Regional. Não havia dados específicos sobre a atenção à criança sadia (C.D.).

A partir de março de 1978, com as modificações introduzidas e participação ativa dos Auxiliares de Saúde, o aumento gradual dos serviços acima vem sendo observado. O pré-natal, atingiu 70% de cobertura e espera-se que chegue a 90% ao fim do corrente ano. A atenção à criança (Crescimento e Desenvolvimento) que, no momento, cobre 80% das crianças, de 0-1 ano, deverá atingir 95% até o fim do ano.

A avaliação geral do Projeto deverá ser feita de acordo com o seguinte esquema:

a) inovações introduzidas no sistema local de saúde, em relação a regionalização de serviços, integração institucional e utilização dos Auxiliares de Saúde;

b) desempenho do subsistema de atenção primária à saúde, em relação a cobertura, eficiência da utilização de recursos, qualidade dos serviços prestados e satisfação da equipe de atenção primária;

c) impacto do subsistema de atenção primária, em relação a modificação de indicadores de saúde (morbidade e mortalidade), e satisfação dos membros da comunidade;

d) integração docente-assistencial, no que se refere a utilização dos recursos do Projeto para atividades acadêmicas (graduação e pós-graduação), atividades de pesquisa e aceitação do sistema integrado pelos professores, estudantes e profissionais de saúde.

O segundo programa comunitário da Universidade de Brasília, Programa Integrado de Saúde Comunitária, do Médio Araguaia, iniciado em maio de 1977, sob os mesmos princípios, do Programa de Planaltina, vem se desenvolvendo na região do Médio Araguaia, a cerca de 800 Km de Brasília, onde está localizado o Campus Avançado da UnB.

O P.I.S.C.M.A. (18) constitui-se em trabalho extensionista de grande alcance social e educacional, integrando a ação de vários órgãos locais, e regionais, como: A Universidade de Brasília, através do Campus Avançado do Médio Araguaia (CAUnB), Superintendência de Desenvolvimento da Região Centro Oeste (SUDECO) e Consórcio dos Municípios do Médio Araguaia (COMMEA), reunindo as Prefeituras de Aragarças, Barra do Garças e Torixoréu. Surgiu, assim, a possibilidade de trabalhos integrados interinstitucionais, que vinculam ensino e serviços. A atuação conjunta torna-se possível na medida em que cada instituição cumpre sua política interna na atuação e participa da meta comum de colaborar com o desenvolvimento regional.

O Programa Integrado de Saúde Comunitária do Médio Araguaia surgiu como proposta de: utilizar racionalmente equipamentos públicos de saúde, principalmente, os pertencentes ao COMMEA; integrar os recursos humanos, disponíveis com a presença do CAUnB, vinculados a planos adequados a região; reforçar a política da SUDECO, de participar em atividades de planejamento que venham promover o desenvolvimento regional fortalecendo instituições locais.

O Programa Integrado de Saúde Comunitária do Médio Araguaia, é também uma tentativa de criação de um espaço multiprofissional e multidisciplinar, em que a comunidade local e a comunidade universitária, através de um processo de aprendizagem mútua, onde os papéis de educador e educando alternam-se continuamente, numa relação de igual para igual, reúnem-se na busca de soluções para os problemas de saúde, da região.

Assim, o Campus Avançado da UnB, no Médio Araguaia, instituição que sintetiza, na área, a atuação da Fundação Projeto Rondon e da Universidade de Brasília, cumpre seu papel de veículo de interação entre Universidade e Comunidade.

O objetivo geral do Programa é o de, somando a potencialidade de vários órgãos, viabilizar um modelo de atenção à saúde, comprometido com as reais condições e necessidades da região, dentro dos princípios da regionalização dos serviços em integração docente-assistencial.

Localizado nas duas margens do rio Araguaia, o programa deverá cobrir inicialmente os municípios de Aragarças (Estado de Goiás), Barra do Garças e Torixoréu (Estado de Mato Grosso do Norte). A população total dos 3 municípios é de 114.007 habitantes dos quais 77.316 estão em áreas rurais e 36.691 em áreas urbanas.

Embora o Programa não tenha sido ainda avaliado globalmente, vale relatar algumas das conquistas já alcançadas. A primeira meta foi a de reorganização do Hospital Regional o que foi obtido em grande extensão. A instalação de um Posto de Ação Comunitária em bairro de baixa renda na cidade de Barra do Garças permitiu dar início, em breve às primeiras atividades comunitárias.

A integração com a Universidade está sendo feita através dos estágios, rotatórios de Residência Médica em Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia e Medicina Comunitária (UnB) e o de estudantes de Odontologia (FAFED).

O último relatório do P.I.S.C.M.A.

(18) conclui que após o término da atual fase, devem ser enviados, todos os esforços para sua integração com as Secretarias de Saúde, somando-se a isto o preparo dos Auxiliares de Saúde com o objetivo de fornecer serviços primários à nível domiciliar, através de postos de saúde. Assim, será possível dar ampla cobertura dos serviços básicos de saúde à região do Médio Araguaia.

REFLEXÕES FINAIS

Do exposto verifica-se que existem no país instrumentos legais capazes de provocar a mudança. Há o «know-how» criado através de várias experiências, brasileiras em áreas limitadas e experiências mais extensas em outros países latino-americanos. Pessoal habilitado, tanto nos serviços de saúde, como nas universidades, está disponível para desencadear o processo. Existem ainda dois modelos funcionando em países latino-americanos, de estruturas políticas, muito diversas, para não dizer opostas - Cuba, e Costa Rica, - onde sistemas regionalizados, de atenção à saúde vêm funcionando com muito êxito.

A atenção primária à saúde, por meio de Auxiliares, é reconhecida, pela OMS, e vários são os países que se utilizam, com êxito, destes elementos.

A integração, docente-assistencial, é, hoje, em dia, um termo utilizado largamente, embora, tenha tido poucas ocasiões, de ser posta em prática. A este, respeito vale mencionar, que de fato o grau de articulação desejável... «entre os sistemas de ensino e de prestação de serviços ainda não foi atingido» (20).

Recentemente (4,5) uma proposta foi feita para regionalização de serviços de saúde no Distrito Federal. A experiência desenvolvida em Planaltina, e Jardim levou a Comissão Coordenadora do Projeto a uma proposição para a criação de uma área operacional com integração Serviço-Universidade, na qual se disponham de todos os níveis de atenção à saúde.

A proposição acima deverá ser detalhada em futuro próximo embora já estejam claramente definidas algumas características da área operacional. O sistema deverá partir do Plano Piloto, onde deverá estar localizado o Hospital de Base ou de Referência. Daí, alonga-se um cone englobando a área urbana norte de Brasília, e as regiões administrativas de Sobradinho, Planaltina e Jardim.

A área acima, como foi definida, dispõe de fato de todos os níveis de saúde necessários ao ensino das ciências de saúde.

Em sua fase de implantação o Distrito Federal, recebeu um adequado planejamento de saúde (2) no qual foi prevista a distribuição de unidades de saúde em um tipo de «zoneamento» que facilita uma tentativa de regionalização.

Apesar das distorções que o planejamento sofreu devido principalmente ao rápido crescimento demográfico do DF, a disposição atual das unidades de saúde permitem de maneira bastante satisfatória a implantação do sistema proposto. Esta situação é melhor em Brasília, do que em qualquer outra parte do país, para uma experiência do tipo acima.

Embora, os níveis de atenção ainda não estejam definidos, é possível prever os cinco níveis seguintes. Nível um, atenção primária, por meio de auxiliares de saúde, em toda a área rural e urbana deficientes. Nível dois, em postos, de saúde atendidos por auxiliares de saúde e cobertura parcial por médicos generalistas, e/ou Internos e Residentes da Universidade de Brasília. Nível três, Hospital de Planaltina classificável, como Hospital Comunitário (40 leitos), com serviços médicos gerais e urgência. Nível quatro, Hospital de Sobradinho (200 leitos), com serviços mais complexos, e algumas especialidades. Finalmente, como fulcro de todo o sistema o quinto nível, representado pelo Hospital de Referência, indispensável, ao atendimento especializado e ao ensino da medicina de nível mais complexo.

Com o tipo de serviços, acima, será possível montar novos currículos para a medicina, e outras ciências da saúde nos quais os estudantes possam compreender que a medicina para ser entendida globalmente, deve: 1) atuar em diferentes níveis, de acordo com necessidades crescentes, de atenção; 2) dar cobertura total à população qualquer que sejam suas condições sócio-econômicas; 3) distribuir a saúde através de serviços de alta qualidade qualquer que seja o nível de atenção; e 4) exercer as ações de saúde não apenas por meio de profissionais de formação universitária, mas através de equipes de saúde, organizadas e bem coordenadas, atuando especificamente em seus diferentes níveis.

Os reflexos de um sistema de saúde, como definido neste documento sobre a Educação Médica, são óbvios. O médico formado em um sistema racional, e humano, de saúde saberá compreender melhor seus deveres para com o paciente, a família, e a comunidade.

Não são outros, aliás, os objetivos do Ministério da Educação e Cultura (11). A «Universidade nas comunidades», o desenvolvimento de novas metodologias, e a reformulação de currículos... «São objetivos dos principais projetos e programas que serão desenvolvidos para a inovação e renovação do ensino... De acordo com o Diretor do Departamento de Assuntos Universitários do MEC, Prof. Edson Machado... O projeto de integração das universidades nas comunidades é o instrumento básico para a operacionalização do trabalho de extensão universitária».

«A adequação dos currículos às reais necessidades do País e, particularmente, das suas regiões fisio-

gráficas, é da mais alta importância. Há a urgente necessidade de as instituições de ensino refletirem realisticamente sobre o seu papel na região em que estão inseridas no sentido de, efetivamente, cumprir sua vocação regional. Foi com base nesse raciocínio que o Ministério da Educação e Cultura reservou a extensão universitária, um importante papel nos próximos anos, pois tem esta a missão precípua de transformar o saber acadêmico numa experiência exata das coisas, introduzindo as instituições de ensino no seio da coletividade, e trazendo esta para o campus universitário, num processo recíproco da realidade» (20).

A experiência, acumulada na América Latina, através de várias experiências, tem demonstrado que não tem sido possível transformar os serviços de saúde através do setor educacional (22).

Entretanto, não se pode negar as influências que os programas comunitários, tem tido no processo de mudança, principalmente a nível da formação, de pessoal docente e de serviços. A este último propósito é inegável, o papel desempenhado por Auxiliares de Saúde na extensão da cobertura e na qualidade de serviços.

Devo concordar, entretanto, que «las ambiciosas metas de llegar a una transformación de las prácticas, de salud y especialmente de la atención médica, através de la formación de un profesional capacitado para producir estos cambios no lograron concretarse...» (19). Por consequência, com as palavras feitas anteriormente, todo o esforço do pessoal docente da área de Medicina Preventiva ou Comunitária, deve concentrar-se em influir a níveis de decisão superior, colaborando com o setor de prestação de serviços que é o único, no Brasil, capaz, no momento, de iniciar o processo mudança.

E preciso aceitar ainda que os programas comunitários desenvolvidos pelas universidades são... «artificiais, desconectados de las posibilidades reales de un aparato global de prestación de servicio» (22). São de fato, no Brasil, programas paralelos, não incorporados efetivamente ao currículo, ou melhor, os currículos é que não estão adaptados aos programas. Muitas vezes são apenas consentidos, pouco ou não estimulados, e algumas vezes, foram intencionalmente destruídos.

Estes programas, entretanto, constituem-se em núcleos de demonstração que poderão, em alguns países latino-americanos, frutificar influenciando o processo de mudança. A universidade latina-americana, quando autônoma, caberá este papel inalienável a uma estrutura acadêmica livre e independente.

- Referências:
- ANDRADE, J. Marco conceitual de la educación médica en la América Latina: segunda parte. Educ. Med. Salud, 12: 149-166, 1978.
 - BANDEIRA DE MELO, H. Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília. Rev. Serv. Esp. Saúde Pública, 11: 1-121, 1959.
 - BARBOSA, F.S. A Model of Health Care Delivery Process at Peripheral Level with Emphasis on Family Health. Document presented to Kellogg Foundation, 1975 (mimeo).
 - BARBOSA, F.S. Educação Médica em programas de extensão. Rev. Brasil. Educ. Med., 2: 9-16, 1978.
 - BARBOSA, F.S., CARVALHO, A.G., LAVOR, A.C.H. e SANTANA, J.F.N.P. Atenção à Saúde e educação médica: uma proposição. Educ. Med. Salud., 11: 26-37, 1977.
 - BARBOSA, F.S., LAVOR, A.C.H. e GUANCIALE, F. Programa Integrado de Saúde Comunitária. Anais da XII Reunião Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas. São Paulo, pp. 309-322, 1974.
 - BRASIL, II Plano Nacional de Desenvolvimento. Brasília, 1975.
 - BRASIL, Sistema Nacional de Saúde - Lei 6.229 de 17.07.75. Diário Oficial 113 (135), 1975.
 - BRASIL, INPS - Dire. s do MPAS fixadas no Plano de Pronta ação, 1976.
 - BRASIL, Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS. Decreto 78.307, 24.08.1976.
 - BRASIL, MINISTERIO DA EDUCACAO E CULTURA. Fatos da Educação: metas e planos de ação. Educação, 5: 121, 1976.
 - BRASIL, POLITICA NACIONAL DE SAUDE. Mimeo, apresentado ao XIX Congresso Brasileiro de Higiene. São Paulo, 1977.
 - BRASIL, MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL. Portaria n° SSM-85, de 2º de abril de 1977.
 - BRASIL, PORTARIAS INTERMINISTERIAL N° 001/78, de 28 de julho, 1978.
 - FLEXNER, A. Medical Education in the United States and Canada. New York, 1910.
 - GENTILE, DE MELO, C.A. epidemiologia da ceteria. In Saúde e Assistência Médica no Brasil, págs. 121-130, 1977.
 - MAHLER, H. Obstáculos frente a la asistencia primaria de salud. Saúde em Debate, n° 6, 1978.
 - MEIRELLES, S.M.P. Programa Integrado de Saúde Comunitário do Médio Araguaia. Aragarças, 1978.
 - OPAS/OMS - Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en las Escuelas de Medicina de la América Latina. Educ. Med. Salud, 9: 211-223, 1975.
 - SOUZA, E. MACHADO - Conferência. Anais do XIII Congresso Brasileiro de Educação Médica. Salvador, 1975, pp. 37/44.
 - TEOPHILO, F.V. - Problemática dos serviços de saúde urbanos e rurais. XIX Congresso Brasileiro de Higiene. São Paulo, outubro de 1977.
 - TERUEL, J.R. - Regionalização Docente-Assistencial. In Reseñas. Educ. Med. Salud, 12: 196-200, 1978.
 - USA - COLORADO SPRINGS CONFERENCE. J. Med. Educ., 28: 3-31, 1953.

(*) Frederico Simões Barbosa é professor da Universidade de Brasília