

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESCOLAS MÉDICAS

V REUNIÃO ANUAL

Campos de Jordão, S.P., 25 a 29 de agosto de 1967

- - - -

CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÔMICAS DOS CANDIDATOS

AOS CURSOS MÉDICOS NO BRASIL EM 1966

UM SUMÁRIO

Conferência pronunciada pela Doutora  
Celia Lucia Monteiro de Castro, Chefe  
da Seção de Pedagogia Médica da Associação

-. - . - . - . - . - . - .

Associação Brasileira de Escolas Médicas

- Diretoria Executiva -

Rua Paissandú, 231 - Rio de Janeiro, Gb.

- - - -

CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÔMICAS DOS CANDIDATOSAOS CURSOS MÊDICOS.- Brasil, 1954/66

No período compreendido entre 1954 e 1964, as percentagens de aprovação nos diversos exames vestibulares realizados em todo o país, para tôdas as modalidades de ensino superior, oscilaram entre 33,4% e 46,5%; no caso específico das escolas médicas, os índices são ainda mais contundentes, apontando como percentagens máxima e mínima, respectivamente 20,9% e 12,4%.<sup>1)</sup> Várias causas têm sido lembradas para explicar o fenômeno, ressaltando entre elas as que culpam a escola média por um possível preparo deficitário dos candidatos (o que explicaria a reprovação no exame), e as que responsabilizam o ensino superior, pelo número insuficiente de vagas oferecidas na primeira série e a consequente elevação do nível de exigências do concurso de habilitação; a êste respeito, são extremamente significativas as palavras de V.Chagas, afirmando que, entre nós, o ingresso à universidade não é ainda um problema pedagógico e sim uma questão ligada às oportunidades de estudo: "onde estas existem, as aprovações tendem a crescer: onde elas escasseiam, aumentam os fracassos". (2)

Qualquer que seja a causa, um fato é indiscutível: anualmente um grande número de estudantes se apresenta às faculdades, objetivando o ingresso no curso superior: apenas um pequeno número é atendido em suas pretensões. Esta situação cria, a nosso ver, uma séria responsabilidade, qual seja a de bem selecionar os futuros universitários; não se trata, na realidade, principalmente no que se relaciona às faculdades de medicina, de permitir o ingresso a todos aqueles que têm capacidade para seguir um curso universitário e exercer uma profissão liberal; há que escolher não somente os capazes, mas os mais capazes. Ou, em outras palavras, o concurso vestibular é classificatório, ao mesmo tempo que exame de habilitação. (3)

Aceita a obrigação de bem selecionar, inúmeras tentativas têm sido realizadas nos últimos anos, visando a aprimorar critérios e instituir novas formas de avaliação dos candidatos: podem ser citadas, entre outras, as experiências levadas a efeito nas Universidades de São Paulo,<sup>4)</sup> Minas Gerais<sup>5)</sup> e Rio Grande do Sul<sup>6)</sup>. Segundo êstes exemplos, a Associação Brasileira de Escolas Médicas, desejando contribuir para o estudo do problema, empreendeu em 1966, com a participação de 23 faculdades de medicina, uma pesquisa, objetivando determinar as características sócio-econômicas dos postulantes aos cursos médicos<sup>7)</sup>; os resultados de tal investigação é que pretendemos apresentar agora, embora de forma resumida.

Leser (8) tem afirmado que não basta selecionar os alunos, baseando-se a escolha no nível intelectual, no nível de conhecimentos já adquiridos, em condições de saúde física e mental, no interesse pelo trato com questões médicas; é necessário, também determinar algumas características de cunho sociológico e verificar até que ponto tais elementos influem quer na seleção, quer no rendimento do aluno na faculdade de medicina. A primeira parte do tema proposto é que serviu de ponto de referência para o trabalho da ABEM.

Com a participação de 23 escolas médicas e com o apoio financeiro da Diretoria de Ensino Superior, do Ministério de Educação e Cultura, um questionário de cunho sócio-econômico foi respondido por 12.990 candidatos: a análise dos dados obtidos nos permitiu as seguintes conclusões principais:

1. Preparo específico do postulante à Faculdade de Medicina:

Em cada 10 candidatos, 7 fizeram referência a cursos preparatórios; tal

//

informação não constitui surpresa, já que decorre o fato da própria transformação do exame vestibular em concurso classificatório. Transformada a escola - a média em um curso de múltiplas finalidades (transmissor de cultura geral, preparador dos quadros médios e veículo de acesso aos cursos superiores) e não podendo, talvez, dedicar-se com sucesso a qualquer um deles (programas extensos, corpo docente mal preparado e mal remunerado) e limitada a matrícula da faculdade de medicina, em obediência ao princípio de capacidade docente, o exame de ingresso se destina a premiar aqueles que se sobrepujam dos demais por alguma qualidade; não é de estranhar, portanto, que os postulantes procurem um treinamento específico, realizado a maior parte das vezes nos "cursos vestibulares".

O que nos parece mais importante, entretanto, é que 2.244 jovens tenham declarado que haviam frequentado estes cursos por um período superior a um ano letivo e 634 por período superior a dois anos; ou seja, mesmo admitida a matrícula simultânea na terceira série colegial e no curso vestibular (tendência atualmente favorecida pelos convênios firmados entre colégios e cursinhos), tais candidatos estavam aumentando de um, dois ou mais anos o seu aprendizado, postergando-se assim a diplomação profissional e o início das atividades médicas.

Um dado obtido na pesquisa é altamente esclarecedor: 36,4% dos postulantes que tentaram o ingresso em 1966 nas 23 faculdades de medicina, haviam terminado o ciclo colegial no ano imediatamente anterior (1965), 30,2% haviam concluído o mesmo em 1964, 13,6% em 1963 e uma percentagem de 3,8% haviam terminado o colégio antes de 1960; em outras palavras, apenas um terço não apresentava solução de continuidade entre as escolas média e superior.

## 2. Exames vestibulares anteriores:

Não se acredite que para a maioria este intervalo foi voluntariamente estabelecido; pelo contrário. Dos vestibulandos de 1966, praticamente a metade (44,8%) havia prestado exame vestibular anterior para as escolas médicas, as tentativas indo de 1 a mais de 5 exames.

Se o número de exames realizados pode ser de difícil comparação, pelo estabelecimento em 1965 do concurso unificado em São Paulo (o que distorce até certo ponto os levantamentos unicamente numéricos), uma informação importante é dada através dos anos em que as tentativas foram realizadas. Quase seis mil (5.823) informantes já haviam se submetido ao concurso vestibular; destes 87,1% haviam se apresentado às escolas médicas em 1965; 35,4% em 1964; 12,2% em 1963 e 1,6% antes de 1960.

Tais resultados se evidenciam a dificuldade de matrícula na 1ª série médica, fato já sobejamento conhecido e demonstrado pelos altos índices de reprovação no exame de ingresso, apontam também, juntamente com o item anterior (frequência a cursos preparatórios) a postergação do início do curso de medicina. Tudo se passa como se aos 4 ou 5 da escola primária, aos 7 da escola média, se devesse somar, quase como de rotina, 1 a 2 anos de preparativos e de tentativas de acesso à Universidade.

Importante pelo que representa de possível desvirtuamento de interesse, é a realização de exames vestibulares para outras modalidades de ensino; no inquérito promovido pela A.B.E.M., encontramos apenas 4,2% de candidatos nessas condições. A interpretação de tal resultado é difícil, já que não dispomos de informações a respeito dos postulantes a carreiras não médicas, especialmente no caso de Odontologia e de Farmácia.

### 3. Idade cronológica.

Os dados anteriormente mencionados são confirmados pelas informações relativas à idade cronológica dos estudantes: a idade modal é de 20 anos (18,1% dos candidatos), seguida de perto por 16,8% dos postulantes com 21, 14,4% com 19 e 13,6% com 22; nos pontos extremos temos 3,9% de candidatos com 18 anos e 1,0% de indivíduos nascidos antes de 1930 (36 e mais anos).

A importância de tais resultados será melhor apreciada quando discutirmos a situação econômica do estudante e de sua família.

### 4. Migração estudantil.

A distribuição geográfica das diversas faculdades de medicina permite levantar a seguinte pergunta: até que ponto as escolas estão atendendo às populações locais e até onde estão sendo atraídos por elas candidatos de localidades próximas ou distantes?

Algumas faculdades como as do Maranhão, Sergipe, a da Universidade Federal de Minas Gerais, as escolas de Pelotas e Santa Maria, estão recrutando principalmente os naturais de seus Estados; o mesmo não ocorre na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo (candidatos nascidos em Minas e no Estado do Rio), nas escolas de Curitiba (postulantes naturais de São Paulo), Florianópolis (candidatos nascidos em São Paulo e no Paraná), Rio de Janeiro e Niterói (estudantes naturais de São Paulo e Minas Gerais).

E não se pode admitir simplesmente que nêstes últimos casos, houve migração da família, passando o candidato a concorrer à escola sediada na cidade em que reside, com o que o dado a respeito de naturalidade deixaria de ser significativo. Ao ser perguntado o local de residência permanente do estudante, em várias faculdades se verificou que percentagens superiores à quarta parte dos inscritos correspondiam a candidatos que residiam em unidades federais diferentes daquela onde estava situada a escola médica; é o caso das escolas de Vitória (28,2%), Juiz de Fora (30,9%), Uberaba (40,2%), Rio de Janeiro e Niterói (38,4%), Curitiba (43,7% e 30,8%) e Florianópolis (46,0%). Tal informação é confirmada por outro resultado: nestas faculdades é também superior a 25% a proporção dos candidatos que terminaram a 3ª série colegial em outro Estado.

É interessante observar que, ao lado desta migração estudantil inter-estadual, ocorre também um movimento dentro do próprio Estado. Assim as duas escolas de Pelotas recebem mais de 60% de postulantes que residem em outras localidades gaúchas e que terminaram o curso colegial em outros pontos do Rio Grande do Sul: o mesmo fenômeno é verificado em Santa Maria, embora em proporções menores (cêrca de 40%).

Não dispomos de mais dados a respeito, o que nos impossibilita maiores apreciações. Contudo, a importância do fato é evidente, principalmente tendo em vista a fixação domiciliar do estudante ao término do curso médico. Muitas faculdades têm sido criadas no interior do país, visando a formar pessoal para atender às necessidades da população local. Se a concorrência observada em centros mais populosos (como, por exemplo, São Paulo), ou seja um número diminuto de vagas para um número sempre crescente de postulantes, leva os candidatos a tentarem o exame de ingresso em escolas sediadas em outros centros urbanos (principalmente os localizados no interior), o que é possível prever ao fim do 6º ano? que o estudante, agora já formado, retorne a sua cidade de origem, melhorando a assistência médica de seu torrão à custa do local que lhe deu os ensinamentos básicos?

### 5. Situação econômica do estudante e de sua família.

Em 1966, dos 12.990 estudantes inquiridos, apenas 29,1% dedicavam-se simultaneamente ao estudo (preparo para o concurso de ingresso) e ao exercício de ocupação remunerada; tão somente 11,6% dos pais (genitor masculino) tinham ocupação classificada na categoria de "habilidades manuais" 9) e praticamente 80% das genitoras não tinham qualquer atividade remunerada.

A seleção econômica aparece assim em côres nítidas, o que já seria de esperar tendo em vista toda a estrutura do sistema educacional brasileiro: escola primária não atendendo a toda a população, escola média predominantemente paga, sistema deficitário de assistência ao estudante necessitado, etc. E a própria existência do concurso de habilitação nas condições atuais, levando o aluno a um preparo específico (matrícula em cursos preparatórios particulares) e a realização de exames vestibulares sucessivos pode contribuir para a seleção econômica do candidato, ou seja, para o recrutamento do futuro médico a partir de um determinado "status" social.

Contudo, há um elemento altamente positivo que se destaca quando examinamos a situação familiar do postulante aos cursos médicos: a modificação do nível de instrução na passagem de uma a outra geração. Apenas 17,7% dos pais (e 3,8% das mães) têm diplomas universitários e a maior concentração (38,1% dos genitores e 45,4% das genitoras) se verifica ao nível da escola elementar; há, assim, uma ascensão social flagrante dos candidatos, em termos de instrução, quando comparados pais e filhos.

### 6. Utilização dos resultados.

O inquérito realizado pela Associação Brasileira de Escolas Médicas e que procuramos apresentar, de forma resumida e em suas linhas essenciais, deve ser encarado como parte de uma investigação muito mais ampla. Se há interesse em conhecer, do ponto de vista sócio-econômico, o tipo de indivíduo que bate às portas das escolas médicas, mais interessante ainda é conhecer o candidato vitorioso, ou seja, avaliar a influência destas características na classificação ou não do postulante. Tal estudo, esboçado em publicação do Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos 10), é no momento, uma das principais atividades do Setor de Pesquisas Educacionais da A.B.E.M. Acreditamos que em breves semanas esse trabalho estará em mãos de todos os senhores.

Ao terminar, em nome da A.B.E.M., queremos manifestar o nosso sincero agradecimento ao Ministério da Educação e Cultura que, então tendo na Diretoria do Ensino Superior o Prof. Raimundo Moniz de Aragão, possibilitou a feitura deste estudo. Queremos também agradecer a todas as Escolas que colaboraram neste inquérito, sem o que nada teria sido feito.

Campos de Jordão, 25/29 de agosto de 1967

Associação Brasileira de Escolas Médicas

V REUNIÃO ANUAL

Campos do Jordão, SP, 25 a 29 de agosto de 1967

AGENDA PROPOSTA

Resposta da ESCOLA PAULISTA  
DE MEDICINA

A - CONCEITO DE HOSPITAL DE ENSINO

- 1 - É um Hospital que serve de campo para o aprendizado dos alunos de medicina, de enfermagem, a médicos, enfermeiros e outros profissionais cujas atividades são relacionadas com problemas de saúde.
- 2 - Resposta compreendida no item anterior.
- 3 - Prejudicado.
- 4 - Existência de enfermagem de medicina, cirurgia, obstetrícia, pediatria, de ambulatório geral, serviço de urgência, laboratório, RX, serviço de patologia e farmácia. As especializações médicas e cirúrgicas poderão ser ensinadas em outros Hospitais.

B - HOSPITAL DE ENSINO E REALIDADE NACIONAL

- 1 - É desejável que todo Hospital de Ensino tenha elevado nível técnico. É indispensável, todavia, reconhecer que em virtude das condições atuais do ensino em geral, a maior parte das escolas médicas do país não dispõe de hospital próprio. É também verdadeiro que numerosos hospitais assistenciais apresentam padrão satisfatório e que sua integração com filiação como unidade de ensino concorre decisivamente para aperfeiçoamento e elevação do nível técnico.
- 2 - Já foi dito que o ensino, pesquisa e assistência são indissociáveis nos Hospitais de Ensino.
- 3 - Na grande maioria das Escolas Médicas os Hospitais de Ensino não estão ligados aos serviços locais de saúde, o que é lamentável. A realização de convênios amplos e variáveis de acordo com as circunstâncias deve ser procurado por todas as Escolas Médicas, com os recursos existentes na comunidade.
- 4 - Não.
- 5 - Devendo o Hospital de Ensino estar integrado na vida da comunidade, sua clientela deve abranger todos os tipos de doentes nela existentes.

C - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL DE ENSINO

- 1 - Em todo e qualquer Hospital de Ensino é conveniente a existência de um Conselho de Administração, que será integrado por elementos do corpo docente da Escola, representantes do corpo clínico, membros do corpo de enfermagem e representantes dos residentes, sem prejuízo da representação de outras categorias profissionais que possam existir no Hospital. O Diretor pode não ser um professor, devendo, porém, ser eleito pelo Conselho de Administração.
- 2 - Prejudicado pela resposta ao item anterior.
- 3 - Sim, através de seus representantes no Conselho de Administração.
- 4 - Prejudicado pela resposta dada ao item 1, pois em todo e qualquer Hospital de Ensino **deve** haver um Conselho de Administração do qual participam representantes do corpo docente da Escola.
- 5 - A Escola deve procurar estabelecer convênios com entidades mantenedoras de outros hospitais, a fim de ampliar o número de vagas destinadas ao corpo docente. Deve, igualmente, procurar uma participação, ainda que indireta, na administração do Hospital. A ingerência no campo didático, entretanto, deve ser direta.
- 6 - A Escola deve estimular o pessoal eventualmente credenciado a obter os títulos de doutoramento e livre-docência através dos meios normalmente usados para concessão daqueles títulos.
- 7 - O corpo clínico deve participar, nos termos de resposta dada ao item 1.

#### D - FINANCIAMENTO DO HOSPITAL DE ENSINO

- 1 - Nos Hospitais de Ensino pertencentes a Escolas Federais toda a manutenção tem sido atribuída, no orçamento da União, ao Ministério da Educação e Cultura. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional estabelece, entretanto, em seu artigo 93, § 2º, item C, que "não são consideradas despesas com o ensino as de assistência social e hospitalar, mesmo quando ligadas ao ensino". Assim, deve a ABEM diligenciar no sentido de que, pelo Ministério da Saúde, receba o Hospital Escola recursos financeiros para manutenção dos seus serviços, quer pertença o estabelecimento à própria Escola ou a ela seja apenas filiado.
- 2 - É elevada a porcentagem dos beneficiários da Previdência Social atendidos nos Hospitais de Ensino, sem que haja a necessária cobertura das despesas. A ABEM deve agir no sentido de que o INPS reembolse aquelas despesas.
- 3 - O alto padrão do Hospital de Ensino atrai clientela de todas as camadas sociais. Seria de toda conveniência a elaboração de um plano de classificação sócio-econômica, por meio do qual os atendidos em Hospital daquela natureza reembolsem as despesas efetuadas, em harmonia com as possibilidades financeiras de cada um.

#### E - O HOSPITAL DE ENSINO E A FORMAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL

- 1 - A formação do pessoal médico deve ser feita em "serviços" (Departamento, Instituto) de alto padrão, ligados ou não a Hospitais de Ensino. A formação deve ser metódica, planejada, com participação intensa do formando nas atividades dos "serviços". Deve ser pós graduada e através de estágios específicos.
- 2 - O Hospital de Ensino deve, por meio de estágios, bolsas e cursos, atrair candidatos para aperfeiçoamento e especialização.
- 3 - O Ensino conjugado das ciências da saúde está na ordem do dia.



## INDICAÇÕES BIBLIOGRÁFICAS

- 1) - CAPES, Relatório de 1965, Rio de Janeiro, 1965.
- 2) - CHAGAS, V. Admissão à Universidade: análise de um projeto. R.bras.Est.Pedag., Rio de Janeiro 40 (92):46-51, out./dez. 1963.
- 3) - CHAGAS, V. O ingresso nos cursos superiores: Documento, Rio de Janeiro, 28: 90-94, agosto, 1964.
- 4) - LESER, W. Preparo e seleção de candidatos. Inc: Anais da III Reunião Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Escolas Médicas, 1965, pp.171-233.
- 5) - VERSIANI CALDEIRA, O. et.alii. Formação pré-médica. In: Novos Rumos para o ensino médico no Brasil, Belo Horizonte, Associação Brasileira de Escolas Médicas, 1964, pp. 67-75.
- 6) - JOB, J.M. et.alii. Preparo e seleção de alunos. In: Anais da III Reunião, op.cit., pp.145-170.
- 7) - ENSINO MEDICO NO BRASIL - Parte II - Características socio-econômicas dos candidatos aos cursos de medicina. Trab.elaborado mediante convênio entre a Diretoria do Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura e a Associação Brasileira de Escolas Médicas. Rio de Janeiro, 1967.
- 8) - LESER, W., op.cit. p. 202.
- 9) - Seguimos a classificação de níveis ocupacionais adotada por B.Hutchinson em Mobilidade e trabalho, um estudo na cidade de São Paulo, Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais, INEP, MEC, 1960, pp. 19-51.
- 10) - CASTRO, C.L.M. & GHIVELDER, M. Caracterização sócio-econômica do estudante de medicina, Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais, INEP, MEC, 1967.

# ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESCOLAS MÉDICAS

## V REUNIÃO ANUAL

Campos de Jordão, 25-29 de agosto/1967

- - -

### TEMA I - HOSPITAL DE ENSINO

Co-Introdutor: Professor Walter de Moura Cantídio,  
Diretor da Faculdade de Medicina da  
Universidade Federal do Ceará.

A extensão do assunto, a sua complexidade e a limitada experiência do co-relator, não permitiram abordar o tema com profundidade, como seria de desejar.

Pesamos a responsabilidade e vacilamos em aceitar o honroso encargo. A comodidade da escusa, no entanto, venceu-a o desejo de colaborar com a Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM) e assim demonstrar a admiração e o respeito da Faculdade que dirigimos ao órgão máximo das Escolas Médicas do País.

Todo hospital, qualquer que seja o seu tamanho determinado pelo número de leitos, tem as funções de assistência, de ensino, de pesquisa, de reabilitação e de educação. Podem algumas dessas funções destacar-se sobre as demais, como acontece nos hospitais gerais, filantrópicos e particulares, onde a função de assistência ao doente é fundamental, sem entretanto deixarem as outras de existir. No hospital de ensino, por sua própria finalidade e pelas condições técnico-administrativas que deve apresentar, há desenvolvimento acentuado de todas elas, destacando-se, como é óbvio, as do ensino e da pesquisa. Constituir-se-á, obrigatoriamente, no melhor sistema hospitalar na área em que se situa, devendo apresentar condições mínimas de administração, de instalação, de pessoal e de equipamentos para poder desempenhar o papel que lhe cabe como centro de formação no setor das chamadas ciências da saúde.

O hospital de ensino é, portanto, na realidade, um hospital geral, de base, capaz de possibilitar a aprendizagem prática do estudante, aperfeiçoar e especializar médicos, realizando, concomitantemente, o treinamento do seu próprio pessoal técnico-auxiliar.

Além disso, o hospital de ensino, com justa razão, também - chamado Hospital Universitário, deve constituir-se, igualmente, num - centro de treinamento para os demais profissionais do grupo bio-médico, que integram a chamada equipe de saúde (enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, educadores sanitários, odontólogos, etc.) e para o pessoal técnico-auxiliar dos hospitais da comunidade.

Seria ideal que cada Faculdade de Medicina pudesse dispôr de um hospital devidamente planejado, com pessoal treinado, utilizando material de boa qualidade e equipamentos padronizados, que permitissem executar suas tarefas em elevado nível técnico. Todos sabemos que isso não será possível em nosso país, por muitos anos ainda, especialmente na área em que atuamos. Entretanto, teremos de continuar a formar médicos com os meios de que dispomos, nos hospitais assistenciais existentes, pertencentes ou não às Universidades.

Não serão, entretanto, a modéstia das instalações, a deficiência de alguns equipamentos ou falhas de serviços básicos que impedirão o uso desses estabelecimentos para o ensino médico, ao nível do curso de graduação. Essencial isto sim, é a organização do hospital dentro dos princípios básicos de Administração Hospitalar, criando-se condições de funcionamento dos serviços de diagnóstico e tratamento à disposição de um corpo clínico capaz.

Outra condição importante para o ensino é que o hospital seja um órgão comunitário na mais legítima expressão do termo; ele não preencherá satisfatoriamente suas funções enquanto não se projetar na própria comunidade a que serve, através de clínicas de família e serviços de medicina preventiva, que devem ter na Unidade de Ambulatório a sua base natural de atuação.

Não foi sem razão que a V Assembléia Mundial de Saúde definiu o hospital como "parte essencial de uma organização de caráter médico-social, que se propõe a oferecer à população assistência completa, tanto do ponto de vista preventivo como curativo e no momento conveniente chegar com seus serviços externos até os núcleos familiares". E, numa síntese feliz, conclui a definição: "O hospital deve constituir um centro de ensino de medicina e de estudo dos problemas sanitários da comunidade".

### TRÊS FASES DE UMA EXPERIÊNCIA

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, - em seus quase 20 anos de existência, viveu três fases diferentes quanto ao ensino prático em dependências hospitalares.

De 1948 a 1957, utilizou-se das enfermarias da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza;

De 1957 a 1966, ocorreu a fusão Faculdade/Hospital;

De 1966 para cá, Faculdade e Hospital vêm funcionando separadamente, o último com administração própria, delegada.

Nas duas primeiras etapas, por coincidência, de nove anos - cada uma, vivemos situações que nos deram uma longa e penosa experiência.

A Santa Casa prestou, na fase de implantação da Escola, uma inestimável ajuda e sem ela a Faculdade do Ceará não teria existido. Preencheu, nos primeiros anos, as finalidades essenciais do ensino clínico de uma pequena unidade com menos de trinta discentes por série. E as deficiências eram vencidas pela boa vontade, e mais do que isso, pelo espírito pioneiro dos fundadores.

Mas o crescimento das turmas, a exigência de melhoria dos serviços e equipamentos, e a necessidade de condições mínimas para o treinamento em situação real (internato e residência), foram criando crescentes dificuldades para o ensino prático na Misericórdia de Fortaleza.

A essas dificuldades juntaram-se outras, oriundas das relações administrativas da Escola com a Provedoria e a Mesa Diretora, resultantes, quase sempre, da divergência de pontos de vista quanto à concepção de aspectos técnico-científicos da assistência médica.

Essa realidade precipitou uma solução, que teve o lado positivo na fixação de uma política hospitalar voltada precipuamente para o ensino, e o negativo na deformação resultante da fusão de duas entidades, cujas características próprias teriam que ser respeitadas.

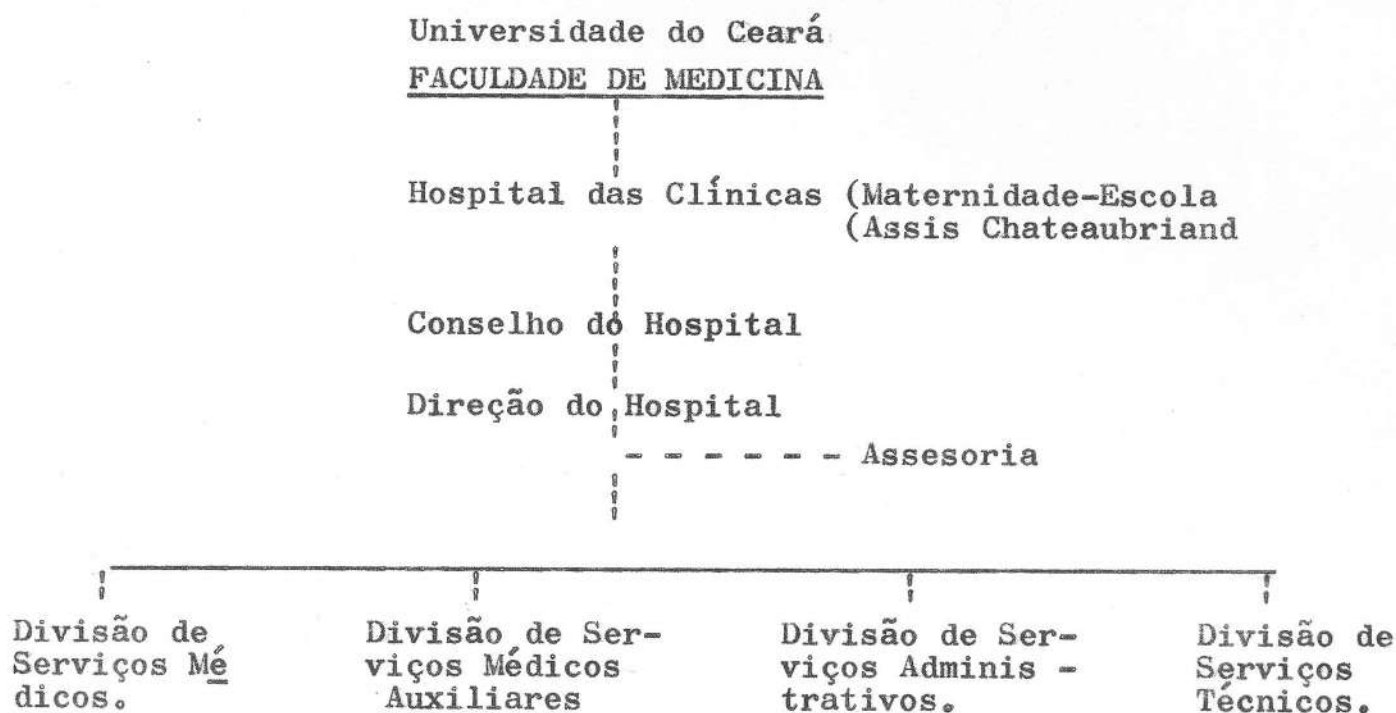
Durante nove anos a Faculdade e o Hospital fundiram-se numa única administração; utilizaram-se as mesmas salas e as mesmas pessoas para o desempenho da dupla missão.

Hoje, custa-nos acreditar que as duas instituições resistiram a tão estranha associação. Atropelavam-se as pessoas e os problemas, principalmente estes últimos, pois seria impossível conciliar a execução de providências necessárias ao funcionamento de um hospital, de mistura com as decorrentes da dinâmica da administração escolar. E o resultado foi danoso para ambas as partes, atrofiando o desenvolvimento de cada uma delas e dando ao estudante uma idéia deformada do que deveria ser um verdadeiro hospital.

Não foi sem razão que o Prof. Ocelo Pinheiro, ao deixar, após três anos de investidura, a Direção da Faculdade, registrou no seu relatório como dificuldade com que se defrontara, dentre tantas e como a mais séria, "a imbricação do Hospital com a Faculdade, criando uma superposição prejudicial das atividades didáticas, administrativas e hospitalares". Además, a experiência nos comprovou, durante anos, que a simples delimitação de atribuições específicas, sem uma separação geográfica do hospital e da Escola, não oferece resultados satisfatórios, pois os problemas persistem em face de suas próprias peculiaridades.

Na fase atual, o Hospital está geograficamente separado da Faculdade mas, vizinho, tem uma administração própria designada pela Diretoria da Escola, sintonizada com a política administrativa desta última, realizando, dentro dos princípios racionais da Administração Hospitalar, a parte proeminente e indispensável que lhe cabe como hospital de ensino.

O organograma atual (figura 1) mostra claramente a que vinculação com a Escola e a hierarquização dos seus diversos serviços e setores:



ÓRGÃOS COMPONENTES DE CADA DIVISÃO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA:

Clínica Médica:  
Gastroenterologia

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA:

Clínica Cirúrgica:  
Cirurgia Geral

Cardiologia	Cirurgia Torácica
Hematologia	Cirurgia Abdominal
Endocrinologia	Cirurgia Plástica e Reparadora
Pneumologia	Cirurgia Infantil
Nutrição e Metabolismo	Neurocirurgia
Nefrologia	Clínica Urológica
Clínica Dermatológica	Clínica Traumatológica
Clínica Neurológica	Clínica Otorrinolaringológica
Clínica de Doenças Parasitárias e Infecciosas.	Clínica Oftalmológica

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA:

Clínica Pediátrica  
Puericultura

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E PSIQUIATRIA:

Clínica Psiquiátrica

DIVISÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS AUXILIARES

Laboratório Central  
Laboratórios Especializados  
Laboratório de Hematologia  
Laboratório de Nefrologia  
Laboratório de Endocrinologia  
Laboratório de Micologia  
Lab. de Nutrição e Metabolismo

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA (XX)

Clínica Ginecológica  
Clínica Obstétrica

DEPARTAMENTO DE HIGIENE E MEDICINA PREVENTIVA:

Medicina Preventiva e Social (XXX)

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

Radiodiagnóstico  
Radioterapia  
Radio-isótopos (X)  
- - -  
Banco de Sangue  
Eletrocardiografia  
Metabolismo Basal  
Serviço de Anestesia

DIVISÃO DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

Secretaria	Serviço de Limpeza
Tesouraria	Serviço de Lavanderia e Rouparia
Contabilidade hospitalar	Zeladoria:
Serviço de Pessoal	Portaria e Vigilância
Serviço de Material	Transporte, Comunicações
Serviço de Manutenção e Reparos	Arquivo Morto
Serviço de Patrimônio	Serviço de Relações Humanas (XXXX)
Serviço de Estagiários	

DIVISÃO DE SERVIÇOS TÉCNICOS:

CONVENÇÕES:

Serviço de Enfermagem	X - Ainda não instalado
Serviço de Arquivo Médico e Estatística	XX - Funcionando na Maternidade-Escola.
Serviço de Nutrição e Dietética	XXX - Funcionando no Instituto de Medicina Preventiva.
Serviço Social (X)	XXXX - Em fase de implantação.
Serviço de Farmácia	
Serviço Odontológico (X)	

-----

Nós que tivemos duas experiências de nove anos cada uma e -  
cujos resultados temos relatado, não estamos autorizados a tirar con-  
clusões de uma experiência de um ano de duração. No entanto, já sen-  
timos o desafogo que a descentralização administrativa nos propiciou,

com uma melhor distribuição dos trabalhos de rotina, maior controle administrativo dos diferentes setores do hospital, mais rendimento dos serviços médicos, técnicos e auxiliares. Por outro lado, a administração central da Escola, libertada da teia de problemas rotineiros em que era envolvida no hospital, pode dedicar-se às tarefas de comando, de formulação de política geral, promovendo a articulação indispensável do hospital com a Faculdade, no interesse do ensino.

Estes primeiros resultados, obtidos até agora, fazem-nos acreditar que estamos no caminho certo. Ao tempo, cumpre confirmar ou infirmar esta nossa convicção.

## D I S C U S S Ã O

Bonnet (1), ao estudar as funções dos hospitais de ensino, afirma que "o problema da compreensão das características especiais do hospital universitário é composto pela dissonância de duas tradições distintas". A tradição do ensino acadêmico, da "Escola" e a de cuidar do doente como expressão de assistência médica, do "Hospital".

As duas defrontam-se no hospital de ensino e surgem, então, os problemas de "acomodação e ajustamento de diferentes filosofias, diferentes costumes, diferentes tradições de organização e administração e diferentes atitudes".

Estas são as raízes da doutrina "separatista" defendida pelo chamado grupo de Pittsburgh, com Sheps à frente, segundo o qual - "Escola de Medicina" e "Hospital" são entidades distintas, com ação - bem delimitada, autônomas, que, em decorrência mesmo dessa dualidade fundamental, constituem centros ou polos de suas próprias iniciativas e do seu progresso.

A essa concepção, demasiado rígida e artificial, opõe-se outra "unitária", mais flexível e realista, que situa as duas entidades como um complexo serviço da pesquisa e do ensino da Medicina e ciências afins.

Como dissemos, na Escola de Medicina do Ceará, nos seus primeiros dezoito anos de existência, sofremos os percalços de uma experiência "separatista" e o fracasso de outra exageradamente "unitária". É o resultado da adoção de fórmulas rígidas para um problema cuja solução ou soluções estão na dependência de uma gama de fatores extremamente variáveis.

O Hospital é a Escola, no sentido de que realiza em seu campo de ação a parte que lhe cabe na formação do profissional. Da mesma forma, os Departamentos de disciplinas básicas são a Escola, no sentido de iniciar o estudante na compreensão da biologia humana, normal ou patológica, além de obrigá-lo a incorporar ao acervo de seus conhecimentos noções de psicologia e de sócio-antropologia indispensáveis ao entendimento da medicina integrada dos nossos dias.

À instituição (Faculdade/Universidade) cumpre fixar a política educacional no mais amplo sentido. Sob a inspiração dessa filosofia de trabalho deverá funcionar o Conselho do Hospital, órgão normativo e consultivo da administração hospitalar, esta última exercida por um Diretor ou Superintendente.

Esse Conselho poderá ser constituído de maneiras diversas: A dificuldade está em que ele represente no hospital a presença constante da "Escola". Chegar-se-ia, talvez, a esse resultado, se o Conselho do Hospital fôsse constituído por uma das câmaras em que se pode dividir o Conselho Departamental da Escola.

A Direção do Hospital, que é tarefa árdua, complexa e técnica, deverá ser exercida por docente que haja demonstrado interesse pelo ensino, possua alguma experiência e vocação para assuntos administrativos e tenha concluído, com proveito, curso de pós graduação em Administração Hospitalar.

Preenchidas essas condições, tornar-se-ia mais fácil a escolha do Superintendente do Hospital. Pessoalmente, julgamos que a indicação deverá ser sempre do Diretor da Faculdade, sujeito à aprovação do Conselho do Hospital ou de um dos colegiados da Escola.

Essas considerações são válidas para os hospitais pertencentes à Universidade ou Escola, mas de aplicação inviável nos demais hospitais comunitários, de cuja colaboração no ensino a Escola não pode prescindir. É impossível e desaconselhável que a aprendizagem clínica seja feita somente no Hospital Universitário, porque isto significaria a perda, para o ensino, de oportunidades excelentes de treinamento em instituições do melhor padrão técnico e ético. Esses Serviços, que existem em todos os meios, sempre foram e serão freqüentados pelos estudantes.

É mais útil e honesto que a Escola mantenha um intercâmbio com eles, através de convênios ou de mandato universitário, pois só vantagens recíprocas advirão para todos. Isto permitiria o acesso dos estudantes a uma clientela diversificada e a convivência com profissionais igualmente categorizados, cuja experiência e atividades proporcionar-lhes-iam uma visão global da medicina no meio em que vão atuar.

Ademais, num país cujos limitados recursos terão que ser aplicados integralmente no seu desenvolvimento, não seria concebível que todas as facilidades hospitalares não fossem aproveitadas. Especialmente, quando se avoluma o problema cruciante do aumento de matrículas, de par com a necessidade de utilizar mais precocemente os leitos hospitalares no regime de "clerkship", de tornar obrigatório o internato e de atender às crescentes solicitações do aperfeiçoamento médico, através da residência.

Nessa hipótese e dentro da nossa realidade, caberão as tarefas do ensino aos hospitais da Universidade e da comunidade, que, sob a liderança dos primeiros, tornar-se-iam um centro permanente de formação e aperfeiçoamento da Medicina e profissões afins.

Cria-se, então, o problema da necessidade de "coordenação acadêmica" desse ensino de largo espectro; se no âmbito de uma "Escola de Ciências da Saúde" ou se num "Centro de Coordenação das Ciências da Saúde", respeitando-se a individualidade de cada Escola, como é a tendência dominante em algumas Universidades, a que nos filiamos.

É relativamente recente a modificação curricular de algumas Escolas do país, visando ao ensino da medicina em todos os seus aspectos - curativo, preventivo e social.

Acreditamos que fomos dos primeiros a implantar, de fato, esse ensino de medicina integrada. Não utilizamos o hospital, mas um "Instituto de Medicina Preventiva" com Centro de Saúde localizado na mesma área do Hospital. Passados 6 (seis) anos de experiência, logramos alguns resultados compensadores que poderão ser avaliados a partir da conclusão de curso dos primeiros alunos que cumpriram o novo currículo.

Apesar de todo o esforço empregado, até hoje, não foi possível promover um entrosamento real entre esse Instituto e o Hospital, e na mente do aluno continuam a existir duas medicinas - a curativa e a preventiva - frustando-se, assim, o desejo de integração.

O desapontamento causado com êsse resultado contraditório pa-  
rece-nos indicar o caminho certo, que é primeiro integrar nos serviços  
do hospital, as atividades de medicina preventiva e social para que se  
crie no discente e no corpo clínico a mentalidade de uma medicina inte-  
grada.

Com o aumento do custo operacional dos hospitais em geral, es-  
pecialmente dos de ensino, e nêstes últimos com redução de recursos or-  
çamentários para sua manutenção, opera-se uma crescente deteriorização  
de serviços e equipamentos com desastrosos resultados.

Não podemos alimentar ilusões quanto a maiores verbas gover-  
namentais restando a alternativa de convênios com a Previdência Social  
e com empresas privadas para utilização dos leitos hospitalares.

Acreditamos que seja essa a melhor solução para enfrentar o  
angustiante problema do financiamento dos hospitais de ensino. A difi-  
culdade está, quase tôda, nos critérios a serem adotados para reembol-  
so dos serviços médicos prestados por docentes e pessoal técnico.

Dentre as soluções que poderão ser tentadas avulta, ao nosso  
ver, a de enfrentar, de uma vez, a implantação do tempo integral geo-  
gráfico nos hospitais universitários.

A nossa sugestão é no sentido de estudar-se a regulamentação  
do ítem III, do artigo 39, do Estatuto do Magistério Superior, que, pe-  
la primeira vez no Brasil, reconheceu a legitimidade do exercício pro-  
fissional naquêle regime de trabalho.

Êsse regime não será a fórmula mágica para os males de que -  
padecem os hospitais de ensino, mas se nos apresenta como um dos pou-  
cos remédios indicados.

Dentre alguns dos resultados imediatos que poderão advir com  
sua adoção, sobressaem a fixação do docente ao hospital, o aumento do  
convívio docente-aluno e a utilização de doentes da clínica privada co-  
mo material didático.

Esta solução afigura-se-nos como única perspectiva viável pa-  
ra corrigir os níveis de remuneração do pessoal docente nos hospitais,  
que, no momento, são meramente simbólicos.

Sem a menos pretensão de discutir todos os pontos levantados  
pelo magnífico e completo questionario organizado pela ABEM, procura-  
mos abordar os aspectos que nos pareceram mais importantes dentre tan-  
tos de tão controvertido tema, como é o "Hospital de Ensino".

- - -

- (1) Bonnet, Philip D., The Functions of the University Hospital  
Medical Education and Practice. (j.Med.Educ.  
Vol. 40 nº 1)

/czl



## TEMA I: "O HOSPITAL DE ENSINO"

Relatório de Introdução pelo:  
Prof. Aloysio Salles Fonseca  
U.F.F.- Niterói, R.J.

x-x

### CONSIDERAÇÕES GERAIS E DEFINIÇÃO

Um Hospital de padrão elevado deve:

- a) prestar bôa assistência a seus doentes;
- b) manter programas de educação e aperfeiçoamento profissional para médicos, enfermeiros e demais elementos qualificados de trabalho, e, quando indicado e factível, para estudantes de tais profissões;
- c) proporcionar elementos para que se desenvolvam atividades de pesquisa médica e afins;
- d) promover e participar de campanhas na comunidade, referentes não só a questões diretamente ligadas a problemas sanitários, mas também a quaisquer outras de maior expressão social ou educativa. Em suma, o hospital deve não só cuidar da saúde de uma população, mas ainda ser uma célula viva e atuante da comunidade a que serve, presente e considerada entre os órgãos comunitários - mais expressivos, tais como os tribunais de justiça, os templos - religiosos, os educandários, as repartições governamentais etc.

Desde logo, a conêituação acima implica em que, num sentido lato, todo hospital deve ser uma casa em que também se ensina. O grau maior ou menor de desenvolvimento de suas atividades docentes, entretanto, dará na prática o qualificativo "de ensino" a um determinado hospital. Paralelamente, são admissíveis várias gradações entre os que se poderiam em verdade chamar de Hospitais de Ensino, o que vale dizer, diversas definições podem ser cunhadas para vários tipos de estabelecimentos dessa natureza.

Hospital Universitário, também chamado entre nós de "Hospital de Clínicas" da Universidade, é uma instituição hospitalar pertencente, mantida, e dirigida por uma Universidade ou uma Escola de Medicina, com a finalidade precípua de ser o órgão de treinamento - clínico fundamental, em que se dá cumprimento aos programas acadêmicos da escola de medicina correspondente. O qualificativo de universitário implica imediatamente em estar em tôdas as atividades - nosocômio sob o contrôle acadêmico. Em consequência, procura-se criar um ambiente clínico, no qual a educação médica se processa

naturalmente, e se assegura a devida ênfase ao papel de "órgão de ensino" legítimamente desempenhado pelo hospital. O Hospital Universitário representa assim o maior estágio de diferenciação hospitalar, no que tange às possibilidades de participação de todo - bom nosocômio em atividades de ensino.

Outros hospitais não universitários, entretanto, podem ser chamados Hospitais de Ensino, pois nêles são desenvolvidos - programas de treinamento de graduação e de pós-graduação médica, na sua maioria sob contrôle de Cátedras universitárias, mas não - poucos mantidos independentemente de qualquer filiação acadêmica-oficial. Entre nós, tal fato predomina, a ponto de menos de 1/3 - das Escolas de Medicina entre as 41 existentes no País, dispõem de Hospital universitário próprio. Podemos, assim, admitir qualificações correspondentes, tais como: Hospitais gerais e Hospitais Especializados de Ensino. Os primeiros são aquêles que abrigam - os departamentos clínicos fundamentais (Medicina, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria) e algumas outras especialidades, e nos - quais, regular e anualmente, são cumpridas programas de treinamento de alunos de medicina de escolas oficiais ou oficializadas, sob a direção de Professôres das mesmas; muitos dêles podem ser considerados como "Hospitais Afiliados" de alguma Escola de Medicina. Os segundos são institutos especializados, em que, por motivos diversos, uma Cátedra dispõe de um centro de atendimento especializado, do qual se utiliza para treinamento de estudantes.

Alguns dêsses estabelecimentos, particularmente no seio da rêde hospitalar da Previdência Social, embora sem participarem do ensino de graduação médica ou de profissões afins, vêm mantendo importantes programas de treinamento pós-graduação, ora ligados a Cátedras universitárias, ora destas completamente independentes.

Dada a falta de uniformidade de condições de funcionamento e de instalações de nossos Hospitais, e, particularmente, à vista da extrema variação do grau de interêsse e de aptidão, com referênçã ao ensino da medicina, dos componentes dos corpos clínicos dos mesmos, têm as Universidades deixado de utilizar, em seus programas de expansão, a nossa rêde hospitalar, em grande parte - ainda não engajada em tarefas docentes. Pela sua importância, voltaremos ao assunto mais de uma vez, no curso dêste relatório.

Em síntese, parece-nos que poderíamos chamar de HOSPITAL DE ENSINO a tôda instituição hospitalar em que se desenvolva regularmente, como parte integrante de suas atividades estabelecidas regimentalmente, um programa de treinamento médico de graduação, sob a orientação de uma Faculdade de Medicina de uma Universidade reconhecida. A extensão de tal programa e, eventualmente, o seu cará

ter predominante ou exclusivo de pós-graduação, não invalidam os requisitos indispensáveis: a regularidade e a oficialização do mesmo, perante a própria regulamentação do hospital face à legislação do ensino do País.

REQUISITOS MÍNIMOS PARA CREDENCIAMENTO DE UM HOSPITAL COMO DE ENSINO:

Antes de mais, deve estabelecer-se a quem caberá a responsabilidade de tal credenciamento. Aqui, temos como da maior importância o papel da ABEM, que deve assumir tal responsabilidade, ou sugerir a respeito com a autoridade que lhe cabe no particular. De qualquer modo, julgamos que os requisitos mínimos a serem exigidos são:

- 1.- Capacidade mínima de leitos, em relação ao número de estudantes a serem treinados. A título de sugestão, e tendo em vista a viabilidade econômica de seu funcionamento, admitimos para um Hospital geral de ensino a capacidade mínima de 200 leitos; para os Hospitais especializados, tal número poderá ser reduzido de maneira variável, segundo a especialidade. Quando o hospital dispuser de um Ambulatório de grande área e movimento intenso) o que é de todo recomendável), as cifras acima poderão merecer um outro fator de redução.
- 2.- Tempo de funcionamento regular de pelo menos um ano. Tal ponto não exige demonstração, por motivos óbvios.
- 3.- Organização Hospitalar e do Corpo Clínico estabelecida em regulamentos próprios, mantidos por todos que trabalham na instituição. Os regulamentos do hospital devem conter clara e explicitamente tôdas as condições e obrigações indispensáveis para a execução do programa e das atividades de ensino na Instituição. O Corpo Clínico deve distribuir-se por Serviços Clínicos, que, por sua vez, abrigarão, no caso de Hospitais Gerais, os fundamentais (Medicina Geral, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia) e um número variável de especialidades. Os hospitais especializados serão no particular, limitados variavelmente, mas devem contar com os outros elementos incluídos entre os requisitos mínimos. A adequação da vida e das rotinas administrativas do hospital às normas gerais recomendadas universalmente, e um corpo clínico de nível profissional elevado, do qual façam parte elementos docentes de uma Faculdade de Medicina, constituem insubstituível base para o bom funcionamento de um Hospital de Ensino.
- 4.- Registro Clínico adequado e permanente, a respeito de todos os pacientes internados ou atendidos em Ambulatório, em qualquer tempo. A importância de um perfeito Arquivo Médico, para o ensino-

e a pesquisa, é indispensável.

5.- Serviço de Enfermagem dirigido por enfermeiras diplomadas e mantido de acôrdo com os padrões mínimos estabelecidos, durante as 24 horas do dia.

6.- Serviços e facilidades de diagnóstico e tratamento que incluam, em boas condições de funcionamento, os seguintes:

- Centro cirúrgico e Obstétrico
- Laboratório Clínico
- Anatomia Patológica
- Radiologia
- Farmácia
- Dietética

7.- Biblioteca Médica.

8.- Para os hospitais de ensino de maior envergadura, recomenda-se a existência de: Unidade ou Serviço de Emergência; Facilidades para pesquisa, inclusive Cirurgia experiente, em instalações próprias Unidade de Tratamento Intensivo; Setor de Hemodinâmica, etc.

9.- Todos devem admitir condições para:

a. Plano de Emergência para Catástrofes na comunidade.

b. Programa ou Serviço de Medicina Preventiva, de extensão variável.

c. Programa de Internato e de Residência. A existência de Internos assegura vigilância adequada para os doentes internados durante todo o dia e é indispensável a qualquer Hospital de Ensino. A Residência, embora absolutamente recomendável, exige perfeito atendimento de tôdas as condições mencionadas nos itens anteriores, sob pena de se transformar em um regime de exploração do trabalho do médico recém-formado, sem, em contra-partida, lhe oferecer um treinamento pós-graduado eficiente e útil. Daí, poder um hospital estar capacitado para receber Internos, e não ser adequado para treinar Residentes.

#### O HOSPITAL DE ENSINO E A REALIDADE NACIONAL

Não há como deixar de reconhecer que, ao lado da inexistência de pessoal docente em número satisfatório, o maior obstáculo ao aumento do número de alunos nas escolas médicas de nosso País, está na insuficiência de Hospitais de Ensino, no que tange a seu número, capacidade, e qualidade. Daí, a solução imediata do aproveitamento dos hospitais ditos assistenciais, considerados de bom padrão. Em casos especiais, mesmo alguns, que não podem ser admitidos como de nível bom, têm sido utilizados por Escolas novas, até-

que melhores condições indiquem outra solução. A participação pela Escola Médica da vida hospitalar nessas condições, ou a sua própria anexação a determinada Escola, representam sempre um novo impulso de aperfeiçoamento para o nosocômio.

A existência, no seio do corpo clínico de quase todas as instituições hospitalares de bom padrão, de número apreciável de elementos docentes pertencentes a alguma Escola médica oficial, representa um fator positivo, a facilitar a afiliação de número razoável de hospitais assistenciais a escolas correspondentes, com inegável lucro para ambas as instituições.

Conquanto recomendável que uma Escola de Medicina tenha o seu próprio hospital, não nos parece pois indispensável essa condição, desde que pode o ensino clínico desenvolver-se, sob sua exclusiva e direta supervisão e atuação, mesmo em estabelecimento que lhe não pertence. O que é indispensável, a nosso ver, é que seja colocado sob contróle da Escola o ambiente clínico em que a instrução médica tem lugar, afim de se evitar que o programa de ensino seja considerado secundariamente em relação ao de assistência propriamente dita. Está sempre lucra com o ensino, mas a recíproca nem sempre é verdadeira.

Todos os educadores médicos reconhecem que só se obtém resultados acadêmicos ótimos quando se pode manter um contróle perfeito do tipo de doentes da qualidade de doenças que são admitidos ao hospital de ensino. Por outro lado, é inegável que atendimento exclusivo dêse critério pode conflitar com as necessidades assistenciais da população a que serve o nosocômio. Em nosso meio, tal questão assume feições particulares, dado o condicionamento nosológico decorrente de nosso pauperismo e de nossa ignorância. O balanço adequado entre o que não pode e o que pode pagar, ou entre o caso comum que se repete fastidiosamente e o caso raro que interessa à curiosidade e à pesquisa clínica, constituem um desafio a Diretores de Hospitais de ensino e a Chefes de Departamentos Médicos. Parece-nos que o estabelecimento de convênios com a Previdência Social e organizações particulares, assim como a admissão de clientes privados dos médicos, numa certa proporção, são maneiras adequadas para assegurar-se aquêlê necessário equilíbrio de casos atendidos nos Ambulatórios e internados nos hospitais de ensino, para cuidados médico-hospitalares e treinamento concomitante de estudantes. A manutenção de intercâmbio com hospitais ou instituições especializadas da vizinhança são outros elementos de renovação da população hospitalar, através do encaminhamento de casos crônicos, ou para convalescença, recuperação, ou tratamentos especializados prolongados.

## ADMINISTRAÇÃO DE HOSPITAIS DE ENSINO

Um dos grandes problemas que enfrenta um Diretor de Hospital de Ensino, particularmente os exclusivamente Universitários, está em fazer cumprir as limitações e obrigações gerais da instituição, por parte dos Professores Catedráticos encarregados da Chefia dos diversos Departamentos e Serviços Clínicos. São comuns a incompreensão e até a rebelião do Professor, face a norma geral que invalide ou torne adiável alguma medida que ele tenha o propósito de executar ou autorizar. Só a igualdade de condição docente permite ao Diretor levar seu colega de congregação a ajustar-se no caso ao regulamento e às conveniências gerais do hospital.

Como, em muitas circunstâncias, a boa condução do nosocômio exige conhecimentos especializados de administração hospitalar, não correntes entre os médicos em geral, incluídos aqui os Professores de medicina, a estes deve ser facultado, quando no exercício da direção de um nosocômio, o assessoramento de técnicos no assunto. Ainda, a criação de uma função de Superintendente hospitalar no organograma da instituição, sob a direção geral do Diretor-Professor catedrático, representa outra solução adequada para o problema.

A designação do Diretor do Hospital de Ensino deve resultar de uma eleição pela Congregação da Faculdade respectiva, no caso de Hospital Universitário. Parece-nos menos conveniente outras formas, como eleição pelo Conselho Departamental, ou pelo Corpo Clínico, ou mesmo pelo Diretor da Escola. Quando o Hospital de Ensino não pertencer a uma Escola de Medicina, é extremamente difícil senão impossível, ter a mesma qualquer ingerência na escolha do Diretor hospitalar. Se o regulamento desse Hospital estabelecer claramente as obrigações administrativas correspondentes ao ensino médico no nosocômio, qualquer Diretor terá que cumprí-lo e não há porque exigir maior participação da Escola médica na nomeação do mesmo. O ensino dependerá dos professores e da máquina hospitalar; o Diretor apenas coordena e integra as tarefas assistenciais e de ensino de seu hospital.

Não há dúvida de que a carência de leitos hospitalares de ensino representa um dos maiores entraves ao aumento substancial do número de alunos das Escolas de Medicina. Daí, a conveniência de se encontrar uma fórmula satisfatória para o aproveitamento dos hospitais não universitários ou que ainda não estejam engajados na rede de estabelecimentos de ensino reconhecidos e/ou utilizados pelas Faculdades ou Cátedras para esse fim. Estamos convencidos de que tal aproveitamento é inadiável e será levado avante,

segundo as circunstâncias locais, pela maioria das Escolas. Atendidos os requisitos mínimos indispensáveis, a afiliação de hospitais gerais ou especializados, oficiais ou particulares, e a consequente adaptação dos mesmos ao ensino, sob a supervisão das Faculdades de Medicina, no que respeita às tarefas de ensino propriamente ditas, são medidas que amadureceram no pensamento de todos quantos analisam o problema da educação médica entre nós.

A concessão do mandato universitário, a assinatura de convênios globais para internatos apenas, ou para treinamento de alunos do 3º ano em diante, ou ainda para alunos de apenas algumas Cadeiras - tais são algumas das modalidades práticas de associação entre Faculdades e Hospitais. Dessas, a de maior reponsabilidade é, sem dúvida, a concessão do mandato universitário, como é fácil de compreender-se, face à própria definição legal dessa medida e suas consequências. Certamente, em qualquer circunstância, deve o convênio estabelecido assegurar-se através de reavaliação periódica, por parte da Faculdade, que poderá interrompê-lo quando indicado.

#### FINANCIAMENTO DO HOSPITAL DE ENSINO

O financiamento do Hospital de Ensino representa a maior dificuldade que se oferece à sua Administração. Admitindo melhor qualidade de serviços prestados, que exigem, por sua vez, melhor e mais completo equipamento, e considerando a necessidade de, por vezes, manter casos intrincados em estudo por tempo mais prolongado, o custo de operação de tal estabelecimento tem que ser mais elevado do que o de outro nosocômio sem maiores pretensões e possibilidades.

Os elevados orçamentos de custeio dos hospitais universitários nem sempre são bem aceitos pelos membros dos próprios Conselhos Universitários, que vêm naquêles orçamentos uma exagerada drenagem dos recursos da Universidade. De modo geral, poder-se-á afirmar que as despesas de uma Faculdade de Medicina com o seu hospital são maiores do que as correspondentes a seu próprio funcionamento.

O re-embolso dos gastos com a assistência médico-hospitalar, em estabelecimento privados, é a base de seu funcionamento. Nos de ensino, tais gastos são acentuados, pela grande proporção de uma clientela indigente. Mesmo sem ser uma casa de caridade, o hospital é levado a cuidar de uma legião de famintos, franciscamente pobres e desvalidos. Quando é chegado o momento da alta hospitalar, têm os assistentes sociais extrema dificuldade em localizá-los ou devolvê-los à comunidade, onde não têm lugar de traba-

lho ou até de morada. Aumenta assim o tempo de permanência hospitalar de um razoável número de doentes em condições de alta, com o conseqüente aumento de despesas para a instituição.

A manutenção de laboratórios e peças de equipamento altamente especializados, mesmo quando não rotineiramente utilizados, e um corpo clínico altamente diferenciado, empenhado em pesquisar, ao mesmo tempo que tratar de doentes -tais são outros elementos de elevação das despesas do hospital de ensino.

Parece-nos que é chegado o momento das Universidades e Escolas Médicas de abrirem a questão e apresentarem sugestões urgentes às autoridades superiores, sob pena de se agravar a situação de seus hospitais e, por via de conseqüência, de seus próprios orçamentos.

Julgamos merecedores de consideração os seguintes pontos:

1º) Separação racional das despesas hospitalares de assistência das de ensino e pesquisa - as primeiras devem ser de responsabilidade do Ministério da Saúde ou das Secretarias de Saúde - ou serviço Social dos Estados e Municípios, ou ainda dos Institutos de Previdência ou entidades de benemerência; as segundas são de exclusiva responsabilidade do Ministério da Educação e Cultura - ou das Secretarias de Educação e Cultura dos Estados e Municípios, ou das Universidades ou organizações privadas que se dedicam ao ensino médico. Assim, a tarefa supletiva oficial, na concessão de recursos, seria melhor distribuída de acôrdo até com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e não se fugiria à propriedade e justeza do conceito de que os investimentos em educação são tão ou mais importantes do que os dirigidos para melhorias na produção material de um País.

2º) Cobrança, por todos os Hospitais, dos serviços que prestam a seus doentes, de acôrdo com tabelas atualizadas e reais, aplicadas com exceção apenas dos casos econômico-sociais devida e individualmente julgados, aos quais é ainda possível dar uma bonificação sôbre o custo total, ao invés de gratuidade completa.

3º) Estabelecimento de convênios com entidades públicas - ou privadas, para prestação de assistência médico-hospitalar remunerada, de acôrdo com sistemas que permitam também, a remuneração correspondente aos médicos, pelos serviços prestados. O papel da Previdência Social aqui, embora preponderante, não é exclusivo, pois muitas organizações da entidade privada desejam e podem subscrever tais acôrdos, de conformidade com a legislação em vigor, que permite contratos diversos de prestação de serviços médicos e hospitalares, pelas organizações, para seus empregados.



O estabelecimento de convênios com o INPS já é prática comum entre nós. Vale, contudo, salientar que as tabelas aprovadas e vigentes são de todod insuficientes para atenderem às despesas reais decorrentes da prestação dos serviços assim pagos. Urge revisão do assunto, de que a ABEM, como a AMB e a ABH devem participar.

4º) Estabelecimento de condições adequadas para que os Hospitais de Ensino nêles mantenham o maior número de seus médicos atendendo às respectivas clientelas privadas, que ao se beneficiarem das instalações e equipamentos especializados do Hospital, a - êste pagarão integralmente as despesas correspondentes com pequena margem de lucro a reverter para a instituição e seus doentes indigentes. Simultaneamente, seriam assim asseguradas condições para o estabelecimento do tempo integral geográfico dos docentes, com as vantagens múltiplas por todos reconhecidas.

#### HOSPITAL DE ENSINO E A FORMAÇÃO E O APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL:

Não é necessário encarecer a importância e a necessidade de se formar maior número de elementos docentes, capazes de participar da crescente tarefa do ensino a maior número de alunos, e do treinamento de maior número de médicos que possam ingressar, por sua vez, no corpo de professôres das várias Escolas Médicas postas em funcionamento nos últimos anos.

Aos Hospitais de Ensino, no que tange às cadeiras clínicas, cabe esta tarefa. Todos devem manter pelo menos programas de internato e residência.

As reformas dos currículos das Escolas em geral estabeleceram a obrigatoriedade do Internato para os sexto-anistas de medicina. A Residência, ainda opcional, tem ganho gradual e rápida aceitação, como precioso período de consolidação de conhecimentos, a nosso ver indispensável para aquêles que desejam ingressar na carreira do magistério médico. A boa qualidade do treinamento de internos e residentes depende de uma uniformização de normas e princípios que, já assentados pela ABEM, devem ser objeto de uma verificação periódica por parte desta Associação, dentro do sistema de credenciamento de Hospitais de Ensino que preconizamos nêste Relatório.

Estágios especializados podem ser recomendados em estabelecimentos isolados, ou em clínicas sou serviços de um determinado hospital, não vinculados propriamente a uma Faculdade. Constituindo uma exceção, traduzem o reconhecimento da excelência de algum profissional e seu grupo, em determinado campo da medicina. Ainda - assim, recomendar-se-ia o pronunciamento prévio da ABEM, para a sua

oficialização. Paralelamente, é fácil aos hospitais de ensino desenvolverem cursos de especialização, assim como programas de refrescamento de conhecimentos, tão necessários para alcançar-se um equilíbrio de conhecimentos atualizados, por parte da comunidade-médica não filiada às Escolas de Medicina. Consideramos êsses últimos como indispensável elemento de prejeção do Hospital de Ensino para fóra de seus muros. Ganha assim o nosocômio melhor compreensão da população a que serve, ao mesmo tempo que aproxima de sí aquêles profissionais que, uma vez ignorados, abandonados e entregues aos sacrifícios da prática médica, em condições não raramente difíceis e sem recursos, acabariam por se desinteressarem pelo progresso de nossa profissão e pela melhoria de seus próprios padrões de atendimento profissional.

Não acreditamos que, nos próximos anos, seja totalmente viável a fusão, numa Escola de Ciências da Saúde, dos cursos de Medicina, Odontologia, Farmácia e Enfermagem enquanto algumas Universidades já estejam desenvolvendo programas administrativos, reformas pedagógicas e de currículo, e até obras e construções novas, com vistas a DAREM consequência à tão esperada Reforma da Universidade brasileira.

Tal reforma, ora em fase de implantação, recomenda sejam criados Institutos Centrais, para ensino paralelo ou simultâneo de cadeiras ou disciplinas básicas iguais, que figuram no currículo das diferentes Escolas. Ao chegar-se à extensão do mesmo principio a cadeiras de aplicação, que figuram nos últimos anos dos cursos, dificuldades surgem e não há iniciativa válida, entre nós, a assinalar. Todavia se fôr alcançada a planejada fusão, será no Hospital de Ensino que se encontrarão os estudantes e os professores das carreiras em questão. Na verdade, admitimos em consequência que na realidade e por via da reforma universitária mencionada, é o Hospital o órgão que dá individualidade didática às Escolas de Medicina e de Enfermagem, assim como ainda é a Policlínica Odontológica que configura o ensino dessa profissão, e bem assim são os estabelecimentos farmacêuticos ou os de química, os que caracterizam o ensino da Farmácia.

### O HOSPITAL DE ENSINO E A PESQUISA

Qualquer trabalho de pesquisa obriga a instituição em que se vai desenvolver a proporcionar ao pesquisador: instalações e equipamentos adequados, verbas específicas, pessoal colaborador em número suficiente, recursos bibliográficos, e ambiente de boa aceita-

ção para seu trabalho. Ainda é importante oferecer ao pesquisador condições para intercâmbio científico com outros centros nacionais e estrangeiros.

Tais condições, em nosso meio, são difíceis de se obter, fóra das universidades. Nestas, a criação de Conselhos de Pesquisa vem permitindo melhor atendimento do problema, que, só por exceção, pode ser enfrentado por instituições hospitalares não universitárias, nas quais os recursos laboratoriais e outros quase sempre dão apenas para manter-se uma rotina diagnóstica sofrível.

Nos Hospitais universitários, julgamos recomendável - e fácil de estabelecer como norma geral - sejam encarregados das Chefias de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e de Tratamento os correspondentes Professores Catedráticos, que terão assim contacto - continuado com os estudantes e os colegas de Congregação, responsáveis pelos Serviços Clínicos. Cria-se dêsse modo um ambiente adequado e propício ao desenvolvimento de programas de pesquisa, dos quais participarão também os alunos, numa complementação de aprendizado de inegável utilidade para todos. Quando impossível tal providência, a pesquisa médica indispensável ao hospital de ensino deverá, pelo menos, compreender trabalhos de revisão crítica de séries de casos, estudados segundo critério previamente estabelecido, para possíveis conclusões válidas.

Os centros de pesquisa médica não universitários, mas - de elevado nível, deve ser a nosso ver, atraídos para as Universidades, através de convênios, que podem culminar na concessão do mandato universitário a tais centros. Os estágios de professores e alunos nesses centros será de benéfica influência para ambas as instituições.

#### O HOSPITAL DE ENSINO E A COMUNIDADE:

Os problemas de saúde representam problemas da comunidade em geral, e não apenas, do hospital que a serve. Quando êsse hospital é uma instituição de ensino, aquela verdade axiomática adquire maior relêvo. O ensino da Medicina Preventiva, que melhor - seria chamado aqui de Medicina Social, constitui entre nós a inovação de maior importância. O papel que cabe ao Hospital Universitário nêsse assunto, sôbre ser do maior interêsse, admita gradações executivas variáveis, de acôrdo com as estruturas da Escola Médica - a que pertence o nosocômio e a organização da comunidade a que êle presta serviços.

Nas Escolas em que existe a cadeira de Medicina Social - ou Preventiva, a esta cabe, juntamente com a Direção do Hospital -

de Ensino, ajustar o papel de cada qual no desenvolvimento de um programa sanitário adequado e conveniente para todos. O funcionamento de um Centro de Saúde, junto ao Hospital, é a solução mais freqüentemente adotada, que permite uma instrução mais ou menos completa dos alunos nas técnicas e processos de trabalho sanitário. Quando não foôr possível contar com aquêle Centro, programas ajustados através da cadeira acima referida permitirão que o Hospital promova ou participe de trabalhos médico-sociais, por iniciativa isolada e própria, ou por convênios com instituições oficiais outras, federais, estaduais ou municipais.

De qualquer maneira, o grau de responsabilidade do Hospital, no que concerne aos cuidados com a saúde de sua comunidade, e estarão sempre na razão inversa da existência de outros organismos oficiais que se encarreguem eventualmente do problema. Contudo, a participação em atividades sanitárias e a crítica dos resultados alcançados representam uma nota atual dos Hospitais de Ensino, que, em várias Faculdades, enviam seus estudantes para trabalhos em grupos comunitários desassistidos, com resultados excelentes sob todos os pontos de vista.

Urge assim saiam os Hospitais de Ensino do limite de suas paredes, para penetrar na comunidade em que se estabeleceram, na qual os problemas administrativos, políticos, sociais, tanto têm a esperar do conhecimento e da atuação dos professores e médicos. Assim, e só assim, será possível estabelecer-se uma unidade de vistas e de atividades para os órgãos federais, estaduais, municipais e privados, que dirigem e são responsáveis pela saúde e pelos destinos comunitários e nacionais.

X-X-X-X-X-X-X-

Dr. Delcídes de Oliveira Baumgratz \*

Hospital de Ensino é aquêle, geral ou especializado, que dá ênfase a sua função de ensinar, principalmente com vistas a formação do medico e enfermeira, e oferece os melhores padrões de assistência ao doente.

A. 1 e 2 - Seria, na estrutura hospitalar brasileira, bastante favorável se toda faculdade contasse com seu hospital de ensino, seu Hospital das Clínicas. A rede hospitalar do país, além de deficiente em número de nosocomios, mais o é em qualidade. A insuficiência quantitativa pode ser apreciada por dois aspectos: um dêles é o da real deficiência em termos de leito/habitante. Acresce que esta relação vem baixando em varios locais. Deve-se, talvez, ao fato de que as construções hospitalares estão sendo feitas em menor proporção que o índice de crescimento populacional. O outro está na ociosidade dos leitos, face a baixa ocupação media e a alta permanência. Tais ocorrências caracterizam um grande número de hospitais como verdadeiros asilos, máximos de menor porte e do interior. Assim, na realidade, a relação leito/habitante é menor do que a fornecida pelas apurações estatísticas.

A deficiência qualitativa mostra, também, duas facetas, pelo menos: uma seria a que tange a pobreza das instalações, aliada aos baixos orçamentos de manutenção. Outra poderia ser encontrada na deficiência numerica de servidores, baixo nível dos mesmos e precaríssimas condições de técnicas administrativas. Um hospital, em Minas, com mais de 200 camas, dispõe de 60 servidores e de má qualificação, na maioria. Neste numero, incluem-se religiosas. Alguns servidores percebem em torno de NCr\$20,00 por mês, alojamento e alimentação. Em um hospital como este, não se pode pensar em 200 leitos, em termos de funcionalidade. - Para se prestar ao ensino medico, deverá sofrer completa revisão administrativa.

Com a deficiência hospitalar, por outro lado parece estar havendo dificuldade crescente de as faculdades disporem de seu hospital. Face a isto, as condições peculiares a cada faculdade irão determinar a orientação a ser seguida: terá ou não seu hospital. Entretanto, julgamos que o esforço deve ser feito no sentido de a faculdade ter seu nosocômio ainda que para servir algumas clínicas, mantendo outras em hospital diferente. A nosso ver, as faculdades irão, sempre, ter necessidade de utilizar a rede hospitalar. No esforço para obter seu hospital, não podem ser descuidados os problemas decorrentes da manutenção futura. Os custos tendem a ser mais altos que os da maioria dos outros. Deste modo, não sendo alcançavel o propósito, a ABEM aconselharia fosse adotado o credenciamento de outros nosocomios.

A. 4- No que se refere a requisitos, indicamos a necessidade de estudos para fixação de uma política a ser adotada. A implantação dos mesmos, leva a necessidade da busca de padrões mínimos. A exigência de padrões mínimos, no meio brasileiro, deverá ser cautelosa e lenta, porquanto o enquadramento dos nosocomios será difícil. Dentre estes requisitos, deverão constituir exigência prioritaria os funcionais ou administrativos. Em seguida, os referentes ao equipamento e instalações e, finalmente, os estruturais físicos ou arquitetônicos. - Justificam essa prioridade a falta de técnica e a baixa qualidade do pessoal, sendo elas menos reclamadas e menos entendidas pelos diretores de hospitais. (Consideramos essa prioridade mais trabalhosa, porém, menos onerosa e mais objetiva, em favor do doente e do ensino.) A boa técnica pode determinar baixa de custos de manutenção, pelo melhor aproveitamento de suas possibilidades e maior controle. A compra e duplicação de equipamentos, as obras de mudança de portas e paredes agradam a muitos, envaldecendo administradores. Entretanto, desviam a atenção e dificultam os objetivos administrativos.

A exigência de requisitos reclamará das faculdades a possibilidade de complementação de orçamentos e realização de despesas nos

\* Diretor Superintendente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais.

estabelecimentos credenciais, o que constitui outro fator ponderável a ser analisado. Possivelmente, necessitarão da assistência técnica e subvencionamentos. Também, deveriam ser feitos estudos com vistas ao custeio dos pagamentos dos serviços contratados. Finalmente, deverão adotar uma política capaz de motivar adaptações satisfatórias. Tudo isto nos parece problemas de certa amplitude. Resumindo, os requisitos devem abranger os capítulos:

- 1 - funcionais ou administrativos (prioritários)
- 2 - equipamento e instalações
- 3 - condições físicas ou arquitetônicas.

Para catalogação dos requisitos, parece-nos muito necessário um levantamento das condições dos hospitais que poderiam se prestar aos convênios naquelas cidades, cujas faculdades deles vierem a precisar. Não achamos fácil fixar os requisitos, sem atentar para as realidades locais. Caso adote-se o critério de fixar requisitos, "a priori", ocorrerá que, em várias localidades, não serão encontrados hospitais que atendam aos padrões e as faculdades não poderão prescindir dos mesmos. Assim, recomenda-se a feitura de levantamentos das condições nosocomiais junto às faculdades que deles carecem, inclusive com vistas a residência médica. Recomenda-se ainda, a criação, na ABEM de comissões para este fim.

Na oportunidade, sugere-se a fixação do número de camas por aluno do ciclo clínico em 2 leitos. Poderá haver uma tolerância temporária para 1,5 leito por aluno.

B.1 - Parece-nos não podermos desejar "elevado nível técnico", no momento, como não se pode admitir como satisfatórias as condições atuais da maioria dos nosocomios. Todavia, entendemos que o hospital de ensino deva constituir o ápice de uma rede hospitalar local ou regional. Assim sendo, deverá ter os melhores índices técnicos e profissionais, pelo menos, acima dos demais da localidade ou região. Consideramos uma obrigação formal de toda faculdade perseguir este desiderato, para que seu hospital lidere os demais. Mais importante do que o tamanho, a riqueza de plástico-arquitetônica, a fartura de instalações e equipamentos, é a qualidade dos serviços. Esta qualidade deve abranger todas as áreas hospitalares, seja do trabalho profissional, do ensino amplo, da administração, como da limpeza, da ausência de infecções hospitalares etc. Julgamos que nele tudo deve ser melhor que nos demais, mesmo que tenha condições físicas mais modestas.

A utilização dos demais hospitais, pelas faculdades, exigirá deles adaptações ou crescimentos, mas a ênfase deve ser dada aos aspectos administrativos. É geral a tendência de perder-se tempo com estudos de modificações físicas e não se ter interesse pelos estudos administrativos. A par dessa preocupação, haverá necessidade de promover-se modificação de "mentalidades", porque função de ensino todo hospital tem e dela necessita para seu bom funcionamento.

B. 2 - O desenvolvimento de pesquisas, em caráter programado, caracteriza melhor padrão nosocomial, independente de ser de ensino. Este quesito poderia ser situado, no geral, como meta a ser alcançada. Aquele hospital, com a função de ensino exaltada, deve ser orientado para a pesquisa sistemática, mesmo que para escolhidos setores. Estas pesquisas devem envolver, principalmente, o setor clínico-científico e ser apoiadas nos elementos que dispuser para alicerçar e alcançar o mais alto nível possível. Também, com vistas ao padrão hospitalar, é de todo interesse e de urgência o desenvolvimento de pesquisas, na esfera administrativa.

B. 3 - As relações dos hospitais com outros órgãos de saúde parece-nos pouco satisfatórias. Não se mantém próximas e parece faltar uma orientação no sentido de constituir este relacionamento uma preocupação dos responsáveis. É de todo desejável que o hospital tome a iniciativa e a incrementa, desenvolvendo programas, procurando constituir-se em centro de cooperação com todos os órgãos locais. Nos hospitais de ensino, esta integração pode ser feita através dos departamentos ou cadeiras de medicina preventiva. No Hospital das Clínicas, de Minas, o professor de Medicina Preventiva integra seu Conselho Administrativo.

B. 5 - A clientela do hospital de ensino deve ser constituída por todos, indistintamente, pois deve visar a atender aos reclamos da comunidade. Devemos fazer estudos para a não existência de indigente, pois, aqueles que não puderem arcar com os ônus do tratamento de -

vem ser considerados como dependentes do Estado. Esta dependência poderá ser direta ou indireta.

C. 1 - A direção dos hospitais deve ser, sempre, confiada a médico, com experiência em administração e de preferência de curso de administração hospitalar.

C. 2 - O cargo de diretor deve ser provido pelo diretor da faculdade, mediante indicação do conselho de administração aprovada pela congregação. A propósito, recomendamos que todo hospital de ensino deva contar com um conselho de administração. Sua constituição pode variar, mas é desejável que alguns membros sejam eleitos pelas categorias a que pertençam.

C. 3 e 4 - A influência direta da faculdade na escolha de diretor de hospital que não lhe pertence, parece-nos difícil e talvez não seja necessária. Dependera, obviamente, muito das relações existentes. Entretanto, subvencionando ou pagando os serviços hospitalares, a faculdade deve reservar a si o direito de participar do processo administrativo. Esta influência poderá ser feita através da seleção de residência médica, indicação de membros para conselhos e para integrar comissões, bem como de professores que integrem o corpo clínico. Através deste, havendo eleição de professores, participará pelo assessoramento. Outro tanto, pode o convênio estabelecer que algum chefe seja de escola da faculdade.

Sugere-se que, em virtude do estatuto da ABEM, todo hospital, onde se faz o ensino, deva adotar o sistema de residência médica.

A faculdade não deve ignorar que seus alunos frequentem determinado hospital. Algum modo de vigilância deve ser mantido. Este estágio vai constituir parte da sua formação. Também, não terá condições de impedir a frequência do aluno a qualquer hospital, em horário diverso daquele das obrigações curriculares.

C. 5 e 6 - O mandato universitário deve ser concedido somente atendendo às exigências da lei de ensino. Opinamos favoravelmente a sua concessão. Poderá constituir-se em instrumento de estímulo e de aproveitamento de capacidades aptas a prestar bons serviços. Assim, aqueles que receberem as funções de ensino devem se submeter às exigências do magistério.

C. 7 - O corpo clínico, agindo sob um regimento próprio, é necessidade de todo hospital que pretenda ter bons padrões de atendimento. Havendo um corpo clínico constituído, o médico fará sentir mais a administração as necessidades médicas. Opiniões isoladas não irão possibilitar os benefícios desejados. Através desse órgão, o médico se fará presente na administração, pois ele funciona como órgão de assessoramento. É, a nosso ver, inclusive, obrigação ética o exigir melhor conduta da administração, com vistas a condições mais satisfatórias de conforto e segurança do doente. O médico-professor, por sua vez, deve ainda influir, para que as melhores condições administrativas permitam desenvolvimento mais satisfatório dos programas de ensino. A reclamação individual, repetida, irá, após algum tempo, ser entendida como implicância. Muitas vezes, não é bem recebida, pois o comportamento emocional é de presença mais fácil.

D. 1 - O financiamento comporta estudos diversos e permanentes. Se pertencente à faculdade, ele é originado de verbas do orçamento da entidade mantenedora. Deve, entretanto, buscar outras fontes, tais como as subvenções, legados, doações nacionais e estrangeiras, e renda própria, oriunda da prestação de serviços.

D. 2 - A participação da previdência social e outras entidades congêneres deve, e tal evento ocorrerá de modo crescente, integrar as fontes financiadoras, através de rendas próprias do hospital, pelo pagamento dos serviços prestados.

A tendência de nossa previdência social é amparar o maior número, visando à totalidade do povo. Ao hospital não deve caber o ônus, bem como não suportará os custos do atendimento. Assim, pacientes, que têm quem por eles respondam no cumprimento das obrigações oriundas do tratamento, devem se utilizar dessas fontes. Outro tanto, os orçamentos governamentais têm mostrado tendência a se tornarem reduzidos, face a elevação dos custos e ao aumento da demanda de serviços, como os constantes cortes orçamentários.

D. 3 - Os critérios de reembolso, pela prestação de serviços, devem seguir os do mercado local. No caso do INPS, aceitar suas bases de pagamento. Adotar, ainda, para as pessoas de poucas posses, a política de seleção econômica dos pacientes. Esta permite recuperação razoável dos gastos. Alcança-se, com tal medida, mais facilmente, a meta de serviço igual e remuneração conforme a capacidade econômica.

Estes pagamentos não podem embaraçar a necessidade de ensino de hospital. Todo doente, pagante ou não, e, mesmo, previdenciário, deve estar ciente de que poderá ser utilizado para ensino:

Quanto ao médico, seus honorários devem ser fixados pelo mesmo e de acordo com critérios ditados pelo corpo clínico, conforme o usual. Também, poderá seguir a política das associações médicas.

E. 1 - O hospital deve interessar-se, permanentemente, pela especialização. Esta faz parte da formação do médico. As faculdades não devem interessar-se apenas pela graduação. Através dos hospitais, a formação do médico deve ser completada.

A especialização poderá ser feita através da residência e de estágios específicos. A exigência de residência para todos, nos parece difícil de ser alcançada, por ora. Deverá ser, paulatinamente, incrementada e ampliada. Enquanto não for possível a residência, o estágio será utilizado. A residência deve ser estabelecida na proporção de 1 residente para grupos de 5 a 20 leitos, dependendo da especialidade e do volume de atendimento de ambulatorio.

E. 2 - O hospital deve cuidar do ensino continuado. Quanto à política dê esse ensino, inclusive com vistas a melhor seleção, recomenda-se ir ao encontro dos candidatos. Deste modo, atuando mais agressivamente, irá traduzir maior dinamismo de ação. Esta ação se fará mediante organização de cursos, comparecimento a caravanas, jornadas, congressos regionais etc.

E. 3 - A existência de uma Escola de Ciências Médicas deve residir mais no interesse de maior e mais estreita colaboração. A estrutura da universidade brasileira é de completa autonomia dessas instituições. Em benefício do trabalho nosocomial e no interesse das categorias profissionais, é de se desejar o melhor entrosamento no hospital.

F. 1 - A pesquisa deve ser incrementada e realizada, conforme as possibilidades de cada um. Logicamente, atentando para as limitações, uns hospitais dariam mais ênfase ao tipo de investigação para a qual estiver mais bem aparelhado e condicionado.

F. 2 - Na conformidade da orientação decorrente dos decretos leis 53 e 252/66, as universidades estão, diversamente, estruturando os institutos centrais e as faculdades, de forma que os institutos se constituam em ciclo básico. Decorrerá, daí, talvez, maior distanciamento entre as cadeiras básicas e o ciclo clínico. Será necessário melhor articulação entre os ciclos para que não ocorram danos na formação científica médica. Também, esta articulação torna-se necessária, pois os hospitais precisam contar com meios de investigações que, abrangendo o ciclo básico, apoie a pesquisa clínica.

F. 3 - Através de colaboração dos Centros pesquisadores, as escolas médicas devem de-se aproximar. É necessário amplo intercâmbio e a realização de convênios, pois poderão obter mutuos benefícios.

G. 1 - O hospital pode tornar-se centro comunitário de saúde, por sua atuação mais dinâmica. Não cuidar só da medicina curativa. Deve incrementar o desenvolvimento de todas as outras funções hospitalares, tais como prevenção, a reabilitação, o ensino amplo (não só médico) e a pesquisa. Também, fazer promoções culturais compatíveis, prestigiar iniciativas comunitárias, abrindo mais suas portas, e procurar ter elementos da comunidade em alguns órgãos. Assim, pode buscar o elemento feminino para integrar a comissão de voluntárias e outras pessoas representativas para órgãos específicos.

Por meio da função de prevenção e agindo pelos seus departamentos ou cadeiras de medicina preventiva, atuar junto a família e nos núcleos comunitários.

G. 4 e 3 - Opinamos, sem ter vivência prática de problema, no sentido de que o hospital de ensino não deve assumir a responsabilidade dos cuidados da saúde de sua comunidade. Talvez isto seja admissível em centros menores e agora valeria como experiência. Para a conclusão dessa tarefa, deve estabelecer competentes convênios que possibilitem recursos necessários. O fracasso não é desejável, pois isto viria dificultar a liderança natural a ser por ele exercida. Com mais cautela, pode assumir a liderança dos programas, estimulando e orientando a instala-



ção de ambulatórios e outros serviços.

Achamos que os hospitais de ensino não têm condições, salvo excessões, para assumir tamanha responsabilidade.

G. 5 - A participação dos alunos, na realização de programas junto à comunidade, deve ser feita através das atividades de medicina preventiva, principalmente, nos campos da prevenção de doenças infecciosas e da educação sanitária. Esta atuação ocorreria junto as famílias, clubes, asilos etc.

H. - Os sistemas de internato e residência vão depender mais das condições do hospital, do que, talvez da situação sócio-econômico do país. Suas características podem variar, havendo maior ou menor dispêndio com os residentes ou internos. Pode, inclusive, com vantagens, caminhar para a instalação do sistema de participações, compreendido como atividade do aluno nos serviços assistenciais, nos moldes do "clerk-ship" americano.

I - Os hospitais universitários devem ser de "primeira classe", em qualquer situação. Não vemos sentido, se fôrem oferecer serviços de baixo padrão. A sua "autoridade" técnica e profissional é imprescindível para, inclusive, infundir confiança, também, no aluno.

O ser melhor que os demais, quase nunca dependerá de altos recursos técnicos e da riqueza da plástica arquitetônica. Contando com administradores conscientes, o desiderato pode ser alcançado com certa facilidade.

.....X.....

Agradecemos a orientação dos professores Oscar Versiani Caldeira e José Geraldo Albernaz.

.....X.....

V Reunião Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas - Campos do Jordão, SP, 25 a 29 de agosto de 1967.

## 1. CONCEITO DO HOSPITAL DE ENSINO

Não. O Hospital Universitário deve ser uma unidade integrada do plano nacional ou regional de saúde como elemento central do conceito do cuidado progressivo sob supervisão docente. (Cuidado ambulatorio - cuidado domiciliar - Cuidado institucional, este último distribuído em proporções determinadas, - entre leitos para pacientes agudos, leitos para pacientes crônicos e leitos para convalescentes).

### 2. Não

### 3. Os que preenchem os requisitos mínimos

### 4. Requisitos mínimos

- a) serviço de enfermagem supervisionado por pessoal formado por escola oficial ou reconhecida
- b) serviço radiológico
- c) Laboratório clínico
- d) Arquivo, registro e Estatística, de preferência centralizados
- e) Serviço Anatomia Patológica
- f) Serviço de Transfusão de sangue
- g) Sistema de Residência, e quando possível de Internato
- h) Bibliotéca
- i) dependências para o exercício de ensino (salas de aula, salas de conferências, ambulatórios etc.).

1. Em função da variabilidade da renda percapita num país da extensão territorial brasileira, o problema não deve ser generalizado. O elevado nível técnico é uma meta a ser atingida no futuro. Tão pouco podemos admitir como satisfatórios os Hospitais ditos puramente assistenciais. Um Hospital de Ensino deve atingir os requisitos mínimos, apontados.

2. Um Hospital de Ensino está indissoluvelmente ligado á pesquisa,

como fonte criadora de conhecimentos. Um mínimo de condições para pesquisa deve ser exigido, preferentemente dirigido à solução de problemas regionais.

3. Alguns Hospitais de Ensino, através programa de Medicina preventiva ou clínica de famílias tem experimentado relações ativas com a comunidade, além da atitude passiva de aguardar a procura por parte do doente. Com os serviços locais de saúde ou com outros órgãos responsáveis pela saúde as relações são ocasionais.

#### SUGESTÕES PARA MELHORA-LAS

- a) as escolas médicas podem assumir a função coordenadora dos organismos de saúde, ou neles se integrarem, como parte do plano regional de saúde
  - b) As escolas devem assumir uma atitude ativa em relação à Medicina Preventiva e assistencial, levando o estudante às áreas urbanas e rurais para a conscientização da medicina integral, setor da educação sanitária.
  - c) as escolas médicas devem coordenar o preparo do pessoal médico e para-médico da área de saúde, em nível superior e nível médio.
  - d) as escolas médicas podem ampliar seus programas, utilizando a área e o tempo ocioso de suas instalações hospitalares, mediante subvenção dos órgãos federais, estaduais, municipais ou previdenciários.
4. Embora recomendável não se considera indispensável que cada escola tenha a propriedade do seu Hospital de ensino. Pode desenvolver o ensino clínico, mediante convênio pela utilização de hospitais assistenciais que se enquadra nas exigências mínimas determinadas pela ABIM neste documento.
5. A clientela de um Hospital de Ensino deve ser, em todos os sentidos, eclética, para pôr o estudante em contacto com pacientes de diversos tipos clínicos e socio-econômicos.

6. ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL DE ENSINO

1. Médico especialista em administração.
2. Indicação do Conselho Técnico-Administrativo do Hospital, ou colegiado equivalente, referendada pelo Diretor da Faculdade.
3. Sim. No caso do Hospital não pertencer à Escola, professores da Faculdade ou Escola devem ter assento num colegiado técnico-administrativo do Hospital, participando de suas decisões, inclusive na escolha do seu Diretor.
4. A depender dos termos do Convênio entre a Escola e o Hospital, observadas as circunstâncias de cada caso.
5. Sim. Integralmente.
6. Favoravelmente. O título e a condição de professor contratado.
7. Sim. Através sua representação no CTA ou Colegiado equivalente.

D. FINANCIAMENTO DO HOSPITAL

1. Pela participação através convênio dos Poderes Federal, Estadual, Municipal e Providenciário.
2. Retribuição financeira de serviço prestado.
3. As tabelas do DNPS, - aceitas pelo CTA do Hospital ou colegiado equivalente.

D. O HOSPITAL DE ENSINO E A FORMAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL

1. Consideramos que a formação de especialistas deve ser atribuição de centros diferenciados de ensino e pesquisa. Somente hospitais de ensino de alto nível devem encarregar-se da formação de especialistas, o que seria feito através programa de residência ou cursos de post-graduação devidamente regulamentados.

2. O Hospital de ensino não termina seus compromissos com graduação de médico. Em consequência, o ensino - continuado deve ser atributo obrigatório do seu programa de atividades. Para sua execução, tanto os diplomados devem voltar ao Hospital como os docentes do Hospital devem assistir os colegas, em seus locais de trabalho, oferecendo programação adequada.

3. Favoravelmente.

#### F. O HOSPITAL DE ENSINO E A PESQUISA

1. A liberdade de pesquisa como preliminar, deve ser assegurada. A realidade nacional, sobretudo em determinadas áreas, está a exigir, no entanto, apóio financeiro prioritário à pesquisa que se volte para a solução de seus problemas comunitários.

2. Habitualmente, as relações entre os Hospitais de Ensino e o ciclo básico são precárias. Subordinam-se, no momento, aos azares da iniciativa individual. Para melhorar estas relações sugere-se a criação de Comissão de Coordenação de Pesquisa, na Escola Médica, dispondo entre suas atribuições a de promover a integração e o amplo e recíproco conhecimento, entre as áreas do ciclo básico e do ciclo clínico.

3. O estabelecimento de convênio de recíproco interesse, a permuta de informação, o intercâmbio através - bolsistas, o mandato universitário.

#### C. HOSPITAL DE ENSINO E A COMUNIDADE

1. A integração nos programas de saúde do Estado e dos Municípios.

2. Todas

3. Acreditamos que a criação de um posto de saúde modelo, ou a utilização de um centro de saúde do Estado ou

Município sob a responsabilidade do Hospital, deve ser recomendado como área de extensão do ensino médico.

4. Sim. Admitimos adotar a responsabilidade da área de saúde, de parte de uma comunidade, ou pequena comunidade de alto limitada (ARATU- MEDICINA PREVENTIVA).

5. Onde agir o Hospital de Ensino junto à comunidade deve fazê-lo em função do ensino, integrando o aluno às suas equipes.

H. FORMAÇÃO DO MÉDICO GERAL (Clínica geral) com internato rotatório, e um período optativo, em livre escolha. A RESIDÊNCIA COMO TREINAMENTO DIRIGIDO E INÍCIO DE ESPECIALIZAÇÃO.

1. Em princípio sim. Aproveitando tempo e espaço ocioso antes de transbordar suas atividades em outras áreas.

- - -

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE RECURSOS HUMANOS

PARA A SAUDE E A EDUCAÇÃO MEDICA

Maracay, Venezuela, 19-23/6/1967

- - -

RESUMO DAS DELIBERAÇÕES

TEMA I

"MEDIDA DEL NIVEL DE SALUD:

1. Importancia. La Conferencia reconoció que la valoración objetiva del nivel de salud es fundamental y previa para la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de los servicios de salud como de los programas de educación médica, en tendida ésta en el sentido amplio con que se le definió.

" La importancia de la medición del nivel de salud es tanto más evidente cuando se considera que ella representa la base lógica a la que deben referirse los cambios que se trata de medir. Par otra parte, se insistió que los cambios en las condiciones de salud de una población pueden ser grandemente afectados como resultado de otras causas que no están propiamente vinculadas con las acciones específicas de los servicios de salud. Por tanto, una de las mayores necesidades es la de tratar de discriminar tales factores, con el objeto de tener datos sólidos con los cuales se justifique el financiamiento de los programas de salud, de modo que éstos tengan el lugar que merecen, para justificar dentro del conjunto de actividades destinadas al desarrollo general de un país. Si bien esta medición es difícil, deben hacerse todos los esfuerzos para lograrla, estableciendo al mismo tiempo mecanismos de comprensión y comunicación de los profesionales de la salud con los de otros campos, particularmente con los de la economía, la política y la administración en general.

Los profesionales de la salud, de la economía y de las ciencias sociales deben desarrollar un lenguaje común. Se reconoció que hoy existen mejores posibilidades para medir el nivel de salud, y valorar los beneficios en relación con los costos de los servicios de salud para una población; pero que todavía no se ha roto completamente la barrera que ha impedido el diálogo provechoso entre los mencionados profesionales.

Desde el punto de vista de la organización y operación de los servicios, la medición del nivel de salud debe también incluir una valoración de las necesidades de la población, que no debe fundarse exclusivamente en datos de demanda, los cuales por ser influenciados en alto grado por las condiciones culturales de la población, no siempre son un reflejo fiel de las verdaderas necesidades de la comunidad.

Desde el punto de vista de educación médica, la medición del nivel de salud es indispensable para la formación de planes de estudio de acuerdo a los requerimientos reales y que sean suficientemente flexibles como para adaptarse a los cambios de las condiciones de salud. Se requiere formular estos planes no sólo para los niveles académicos de pregrado y postgrado sino también para cubrir lo que usualmente se conoce como educación médica continuada.

La Conferencia estuvo de acuerdo en que actualmente, en la mayoría de los países, los programas de enseñanza médica deberían dedicar mayor atención al panorama nacional de salud, a fin de que puedan formar al médico que el país necesita. Para lograr tal objetivo se requiere que las escuelas de medicina tengan una mejor comprensión de las necesidades del individuo que solicita los servicios del médico, o más aún de los requerimientos de la comunidad y de las responsabilidades que en tal sentido incumben al médico como integrante del equipo de salud. Para ello, sin descuidar al hospital como centro de formación, es indispensable que las escuelas se salgan del ámbito intramural para utilizar como laboratorio de enseñanza uno más amplio o sea, el ambiente social en sus varios componentes.

2. Procedimientos para medir el nivel de salud. La Conferencia discutió ampliamente los sistemas utilizados en la medición del nivel de salud de una comunidad, los cuales, en general, se agrupan en dos categorías, que podrían denominarse "registro sistemático" e "investigaciones especiales". A la primera, pertenecen los

procedimientos tradicionales de recolección rutinaria y continua, realizada como parte de la administración y operación de servicios de salud (registro de nacimientos, defunciones, enfermedades y otras condiciones notificables, estadísticas hospitalarias y de atención médica ambulatoria, etc.). En la segunda están incluidas las indagaciones que usualmente se diseñan y ejecutan con objetivos más concretos, utilizando frecuentemente "muestras" representativas para buscar información más detallada, lo cual requiere contactos más directos con la población mediante técnicas especiales como entrevistas y exámenes clínicos más o menos detallados.

Hubo acuerdo unánime en que las dos categorías mencionadas no pueden considerarse como mutuamente excluyentes, sino que, al contrario, se complementan recíprocamente. Ambas tienen sus indicaciones, ventajas y limitaciones.

Con respecto al registro sistemático, se anotó que proporciona datos sobre la demanda satisfecha; que teóricamente cubre todo el universo, pero que esto realmente no ocurre en la práctica, puesto que además de la cobertura geográfica incompleta existe el problema de subregistro de una proporción más o menos alta de los hechos. Además, la información recogida no siempre es fidedigna, pues presenta riesgos tales como diagnósticos inexactos de enfermedades, causas de defunción, etc. Se mencionó que los registros sistemáticos usualmente acumulan una gran cantidad de datos que luego no son utilizados, por lo que son de poca utilidad para propósitos médicos o estadísticos.

Las investigaciones especiales son útiles para analizar la situación en aquellas áreas demográficas aisladas, a donde sólo llegan servicios de salud muy elementales. En general, se llevan a cabo para producir información de mejor calidad, por lo cual requieren usualmente un personal más entrenado. También son útiles en cuanto a que proporcionan datos no sólo sobre la demanda satisfecha sino sobre la demanda potencial, sea ésta sentida o no y frecuentemente permite una mayor profundidad en el análisis por abarcar sólo una parte del universo.

En cuanto a costo, no parecen existir datos suficientes como para comparar objetivamente el registro sistemático con las investigaciones especiales. Se expresó la opinión de que si se hiciera una revisión cuidadosa de esta cuestión, tal vez el registro sistemático no resultaría menos costoso, por cuanto por ser prolongado no es muy visible; al paso que las investigaciones especiales aparecen a priori más dispendiosas porque implican un gasto concentrado en un lapso relativamente corto. A este respecto, se indicó que tal vez se está gastando mucho en la colección rutinaria de información que luego no es usada cabalmente; pero también se advirtió que se correría un riesgo semejante con las investigaciones especiales. Por ello, es menester definir primero la importancia y uso que se va a hacer de la información que se colecta.

Se avanzó la idea de que hasta en el sistema de registro, que tradicionalmente tiene la característica de continuidad, bien podría explorarse la posibilidad de hacerlo en forma periódica, de tiempo en tiempo. Por último, se aceptó la necesidad de que al mismo tiempo que se perfeccionen los sistemas de registro sistemático, habrá necesidad de desarrollar las investigaciones especiales para obtener datos de mayor precisión y calidad. En efecto, a medida que se disponga de mejores técnicas, es inevitable que hayan más y mejores estudios, todo lo cual abrirá la posibilidad de ofrecer servicios de salud más eficientes, a la vez que suministrar al personal que aquellos requieren una educación más apropiada.

### 3. Medición del nivel de salud por los indicadores tradicionales.

La Conferencia recalco el hecho de que los diferentes indicadores que se han venido usando, considerados individualmente, no cumplen a cabalidad los requisitos de objetividad, sensibilidad, especificidad y factibilidad que son indispensables. Por consiguiente precisa conjugarlos adecuadamente y utilizarlos teniendo en cuenta las limitaciones inherentes a cada uno de ellos. Se mencionó la gran necesidad de disponer de indicadores positivos además de los negativos actualmente disponibles.

Al reconocer la limitación de tales indicadores tradicionales, la Conferencia señaló que seguramente tendrán que seguir siendo utilizados, debido a las condiciones peculiares a la América Latina, hasta tanto se disponga de los que, obtenidos a través de investigaciones especiales, los complementen.

### 4. Medición del nivel de salud por las investigaciones especiales.

Se señaló que las investigaciones especiales tienen indicaciones precisas, tales como: analizar la situación en grupos de población que no son cubiertos por un buen sistema de registro sistemático e investigar el valor de los datos aportados por este. Son el mejor medio para medir las necesidades sentidas de salud o de aquellas situaciones que se encuentran por debajo del nivel de conciencia de la



colectividad o de los propios servicios de salud; pueden obtener las características sociales y económicas de cada individuo, lo cual facilita la estimación de la relación entre el estado de salud de éste y las características anotadas; la metodología de la obtención de datos puede ser estandarizada y mejor controlada y la confiabilidad de las estimaciones estadísticas puede ser mejor definida. Otras ventajas son la graduación de la profundidad del estudio en función del objetivo que se persigue y la obtención de datos que, apoyados en hipótesis de trabajo, colaboran para el logro de objetivos colaterales.

Las investigaciones especiales en las que se utiliza el método de exámenes clínicos, miden enfermedad existente que no es sentida ni detectada por otros métodos; puede averiguar constantes fisiológicas de gran interés para establecer normas o patrones de una población. Otra ventaja de las investigaciones especiales es que recoge información directa y no de segunda mano, lo que permite esperar mayor seguridad de la información.

No obstante, estas investigaciones tienen sus limitaciones. Una de ellas es el hecho de que no pueden medir la frecuencia y tendencia de enfermedades agudas. Además, el procedimiento de encuesta que suelen emplear representa secciones transversales que ofrecen un panorama estático de la situación. Este inconveniente podría subsanarse si se repiten periódicamente, lo cual podría servir para estudios comparativos a lo largo del tiempo. En cuanto a la falta de cobertura del universo, estadísticamente se acepta que una muestra adecuada produce información de un alto grado de confiabilidad para diferentes estratos de una población, por ejemplo áreas geográficas, edad, y otras características personales, condición económica, etc. Por último, las investigaciones especiales están sujetas también a errores como consecuencia de la mala calidad del material básico que se recoja.

La Conferencia revisó algunas de las condiciones indispensables para el uso de muestras en las investigaciones especiales. Además de los requerimientos estadísticos propiamente dichos, el diseño de la muestra debe basarse en cierta información básica previa, particularmente en un censo reciente de población para tener un marco adecuado de selección de la muestra. Se requiere igualmente una infraestructura administrativa y otros datos fundamentales que permitan realizar las superaciones con cierto grado mínimo de seguridad en su ejecución. Por último, requiere de una dirección apropiada y asesoramiento técnico de alto nivel.

##### 5. Responsabilidades de los servicios de salud y de educación médica.

La Conferencia consideró que ambos organismos deben colaborar conjuntamente en todas las etapas del proceso de la medición del nivel de salud, cualesquiera que sean los procedimientos escogidos. En este sentido, deben compartir la responsabilidad primaria de determinar la necesidad de la información estadística definir objetivos y establecer la metodología a seguir. Además, se consideró conveniente la cooperación de otras entidades tales como los organismos profesionales, las autoridades de educación y las instituciones de Seguridad Social. La responsabilidad de las escuelas de medicina debe ser compartida por todos los sectores universitarios. Todo esto requiere un alto grado de coordinación sin la cual los esfuerzos que se hagan no produzcan todos los efectos deseables.

La Conferencia consideró que la participación de los estudiantes de medicina representa quizás uno de los aspectos más importantes del estudio en Colombia, por cuanto pueden entender su papel en la sociedad y adquirir una imagen objetiva del real ambiente en que han de actuar. Recalcó también que la participación activa del cuerpo docente, además de ser una contribución valiosa a una investigación de esta índole representaba un ejercicio de indurable beneficio para el mismo.

La Conferencia concluyó que la Investigación Nacional de Morbilidad realizada como parte del Estudio de Recursos Humanos en Colombia, puede considerarse como una experiencia de incalculable valor para aquellos Gobiernos que deseen hacer indagaciones similares, con las variantes y adaptaciones a que den lugar las condiciones peculiares de cada país.

RECURSOS HUMANOS Y EDUCATIVOS

1. Importancia La Conferencia consideró que los estudios de recursos humanos para la salud y educación médica revisten particular importancia y se justifican como programa de carácter permanente a llevarse a cabo con la coordinación de los esfuerzos de las escuelas de medicina, servicios de salud y asociaciones profesionales. Se recalcó la gran necesidad de utilizar encuestas especiales en este tipo de estudios, por cuanto existen muchas lagunas del conocimiento que no pueden aclararse mediante los sistemas tradicionales de recolección de datos.

En estos estudios deberán interesarse más las escuelas de medicina, y en general las universidades, pues en algunos países parece existir una actitud pasiva de estas instituciones ante los problemas relacionados con la actuación de sus graduados y la manera como están siendo utilizados. Igualmente, las escuelas deberían conocer mejor las características de quienes a ella van a ingresar, como base para desarrollar mejores procesos de selección y así obtener desde un comienzo un material humano de la mejor calidad posible.

El Estudio sobre Recursos Humanos en Colombia demostró una vez más que los métodos tradicionales y las investigaciones especiales se complementan mutuamente. En efecto para realizarlo fue necesario, como paso previo formar un censo de médicos y enfermeras, lo más completo que fue posible a base de cuestionarios enviados por correo. El censo de médicos sirvió, a su vez, como marco de referencia para diseñar la muestra de los individuos en quienes, por entrevista personal, se realizó una investigación exhaustiva sobre las diferentes características que fueron incluidas en el estudio.

2. Características que deben conocerse. Se reconoció que en un estudio de recursos humanos para la salud y educación médica no basta conocer el número y distribución geográfica del personal. Se requiere averiguar diversos aspectos cualitativos, entre los cuales se citaron el tipo de actividad principal que cumplen, el nivel de formación profesional, el salario y las fuentes de donde este proviene, la índole y el grado de especialización, las facilidades materiales de que disponen, el grado de satisfacción que experimentan en relación con su trabajo, etc. Mas importante aún, en estudios de esta índole deben tomarse en cuenta no sólo las características individuales en sí mismas, sino las del ambiente en que el profesional actúa, por cuanto las medidas que se tomen deben orientarse a la luz de las condiciones de dicho ambiente.

Se indicó la importancia de explorar otros aspectos que tienen relación con la utilización del personal, como por ejemplo, las actividades realmente cumplidas en relación con las que les fueron asignadas, el período activo de cada grupo y otras similares.

3. Extensión del estudio. La Conferencia reconoció la utilidad de que en un estudio de recursos humanos se cubra, además de los médicos y enfermeras, a otros grupos entre los cuales se citaron a odontólogos, laboratoristas e ingenieros sanitarios. Esta lista podría ampliarse considerablemente. En este sentido se mencionó la necesidad de precisar lo más exactamente posible que debe entenderse por un miembro del equipo de salud, lo cual es particularmente difícil cuando se trata del grupo genéricamente denominado "auxiliar". Se recordó que ya existen algunas recomendaciones de la OMS que pueden servir de guía para llegar a definiciones aceptables. Se mencionó que hay muchas razones que justifican la inclusión del personal que tiene funciones administrativas, las cuales son absolutamente indispensables para la operación eficiente de los servicios y cuya falta de entrenamiento constituye uno de los mayores inconvenientes que se encuentran, particularmente en los hospitales. Dentro del personal de salud, se insinuó la conveniencia de considerar además del elemento profesional y auxiliar, al empírico que de alguna manera presta servicios en ausencia de aquellos.

Por supuesto, en la formación de planes para los estudios de recursos humanos no pueden olvidarse los aspectos económicos, pues es natural que su costo aumentará a medida que se intente cubrir un margen más amplio del personal. Por ello, corresponderá a cada país decidir acerca de la amplitud que aquellos deban tener, de acuerdo a sus necesidades y posibilidades.

4. Alcance y limitaciones de los datos. Es obvio que un estudio de recursos humanos producirá resultados cuyo alcance estará en relación directa con la profundidad y extensión que se le haya dado. Se señaló como ventaja notoria la posibilidad de conocer la disponibilidad real de personal en un momento dado y re -

lacionarla con una serie de variables tal como lo ha demostrado los hallazgos en Colombia. Tal clase de información debidamente evaluada podrá ser de gran utilidad para orientar la política de un país en materia de salud, en cuya formulación deberá tomarse muy en cuenta no sólo la existencia teórica de un determinado potencial humano, sino su real disponibilidad actual y para un futuro previsible, así como las posibilidades que tiene el país de absorberlo y utilizarlo eficientemente.

Igualmente, con estudios de esta índole las Facultades de Medicina estarán en mejores condiciones de orientar sus programas de formación de personal, adaptando sus planes de estudio con miras a corregir las fallas reveladas por la actuación de sus graduados en el pasado. Asimismo, los datos que tales estudios muestren pueden ser inmejorables fuentes de referencia para justificar o no la creación de nuevas escuelas y orientar respecto a sus características y ubicación.

La información recogida y críticamente analizada puede también ser muy útil para la evaluación retrospectiva de la calidad de la educación impartida por las Escuelas de Medicina, por cuanto se podrían relacionar las habilidades y actitudes de los egresados con la Escuela de procedencia y la época en que siguieron sus estudios. Se llamó la atención, sin embargo, a que tal evaluación debe llevarse a cabo con mucha cautela por los riesgos de subjetividad a que pueda estar sometida. En efecto, no debe olvidarse que la enseñanza impartida en una época anterior pudo haber sido de excelente calidad en función de los conocimientos científicos, de las necesidades y las demandas de entonces; pero que al cabo de algún tiempo alguien podría catalogar como deficiente por una apreciación notablemente influenciada por la situación existente en el momento en que se hace la investigación.

Se indicaron ciertas reservas en cuanto a las posibilidades de este tipo de estudios para hacer proyecciones de las necesidades de personal, por cuanto los factores envueltos son tan complejos y hasta imprevisibles, que no siempre las bases estadísticas que fundamentan dichas proyecciones son realmente aplicables, tal como ha acontecido en varias épocas y lugares. Sin embargo estas proyecciones si se basan en hipótesis adecuadas revisten particular importancia para ayudar a los planes de salud y educación médica.

5. Medidas recomendadas para mejorar la situación. En general hubo consenso de que el médico actual está insuficientemente preparado para enfrentarse a la solución de los principales problemas de salud de la América Latina. Se mencionó que si bien puede estar muy bien formado técnicamente, y desde tal punto de vista en algunos casos quizás demasiado bien formado, esos conocimientos no le bastan para desempeñarse en la mayoría de las zonas en donde le tocará actuar. Se señaló, por otra parte, que precisa hacer una revisión cuidadosa de la utilización de los médicos, con miras a destinarlos a tareas de mayor envergadura de que las que actualmente consumen gran parte de su tiempo, delegando en personal subprofesional y auxiliar una mayor proporción de muchas labores rutinarias, que no requieren realmente una preparación tan costosa. A este respecto se insistió que es necesario borrar la impresión de que la provisión de cuidados médicos es una función exclusiva de los profesionales de la medicina.

Se hizo énfasis en la necesidad de que las Escuelas de Medicina participen más activamente en la operación de áreas o distritos de salud, tanto en zonas urbanas como rurales, no sólo para beneficio de los estudiantes sino para que el profesorado adapte la enseñanza a las condiciones reales del país. Igualmente se señaló como favorable la tendencia que comienza a manifestarse de desarrollar sistemas educacionales que permitan la formación conjunta de las profesiones que tienen relación con la salud.

Se reconocieron las dificultades que experimentan los países para lograr una adecuada distribución del personal de salud conforme a las necesidades de la población. Tales dificultades serán muy difíciles de solventar hasta tanto no se mejoren las condiciones generales de las comunidades, especialmente de las del medio rural. Entre las medidas preconizadas para remediar la situación se señalaron las siguientes: a) establecimiento y aplicación de normas legales, aun cuando la experiencia en varios países indica que tales normas no siempre se han cumplido por diversos motivos; b) creación de incentivos económicos y de mejoramiento profesional tales como un sistema de promociones, becas y programas de educación continuada; c) dotación de mejores facilidades de trabajo; y d) ubicación de los centros de formación en sitios lo más cercanos posibles al sitio de origen del personal o de las regiones adonde van a trabajar. Como medida a largo plazo se consideró muy importante la de colocar a los estudiantes de medicina lo más temprano posible en sus carreras, en contacto con las comunidades rurales. De extrema

importancia se catalogó la regionalización de los servicios de salud, sistema que de seguirse cabalmente, además de favorecer la accesibilidad de los servicios a la población que más los necesita, permitiría una articulación estrecha entre el personal que trabaja en zonas poco atractivas y el de los centros más desarrollados con las favorables implicaciones para el primero.

Por último, se recalco la necesidad de impulsar la investigación en materia de educación médica para poder abordar con mejores bases el complejo problema de los recursos humanos en salud y las variadisimas facetas que dicho problema tiene.

6. La migración del personal de salud. Se indico que este problema reviste magnitud en ciertos países y que los motivos que lo causan son similares a los ya anotados como factores de la distribución irregular del personal. Se recalco el hecho de que el problema no sólo es serio por la emigración hacia otros países, sino que también por la muy alta proporción de desplazamientos de los trabajadores de salud, particularmente del nivel profesional, dentro de un mismo país, desde las áreas rurales a los centros metropolitanos. Se menciona a este respecto que, como resultado de este fenómeno ya no es infrecuente observar la paradoja de "saturación", que llega algunas veces a situación de subempleo en las grandes ciudades, frente a la carencia del recurso humano en las zonas rurales.

7. Responsabilidad de las universidades en la formación de personal.

Se señaló que hasta ahora, en general, las universidades se han preocupado exclusivamente de preparar personal profesional de la salud de alto nivel; y que esta preparación se lleva a cabo en forma aislada, por unidades académicas que tienen poco o ninguna relación entre sí. Por fortuna, ya está tomando cuerpo la convicción de que, si los médicos y profesionales de otras disciplinas deben trabajar en equipo, tal hecho debe reflejarse en un cambio adecuado de las estructuras universitarias.

En relación con el personal auxiliar, se reconoció que la universidad debería asumir también alguna responsabilidad en su formación si bien ello no significa necesariamente que debe realizar los programas directamente. De todos modos, corresponde a la universidad un papel de orientación y asesoramiento que puede ser de incalculable trascendencia.

8. La formación de especialistas. La Conferencia reviso el problema de la formación de especialistas, a la luz de los recursos humanos disponibles y de las reales necesidades del país. Se discutió la conveniencia de establecer algunas normas sobre esta cuestión, las cuales deberían tomar en cuenta los siguientes aspectos: a) la demanda y real necesidad de los varios tipos de especialistas, a la luz de la situación epidemiológica del país en su totalidad y de las varias regiones que lo constituyen; b) la prioridad que debe tener la formación de los varios especialistas, de acuerdo a la magnitud de los problemas de salud en cuya solución deban intervenir; y c) las limitaciones financieras y de otra índole que el país afronta.

### - - -

### TEMA III

#### RECURSOS INSTITUCIONALES PARA LA ATENCION DE LA SALUD

El presente tema, a diferencia de los demás, no fue considerado en los Grupos de Discusión, sino solamente expuesto por dos ponentes en sesión plenaria al final de la cual absolvieron algunas preguntas formuladas por el auditorio.

1. Investigación de los recursos institucionales para la salud.

El Dr. Robert Logan planteó la necesidad de estudiar los recursos institucionales para la salud, basado en el alto costo que las instituciones tienen tanto para su creación como para su sostenimiento, en forma tal que todos los países, aún los más ricos, deben ejercer el mayor cuidado para usar bien dichos recursos con el menor costo y el máximo rendimiento. Igualmente afirmó que no hay actualmente ningún país que cuente con la información necesaria para determinar cuáles son sus necesidades reales en materia institucional, y cuál es el mejor uso que puede dar a sus instituciones de atención médica. Esto lleva a que buena parte de la planificación se base más en conjeturas que en procedimientos realmente científicos.

Los datos que tradicionalmente se colectan no sirven realmente para apreciar cuál es el rendimiento de las instituciones en relación con los servicios específicos que están llamados a prestar. Generalmente se evalúa su capacidad y rendimiento con base al recuento de las camas o de los días que los pacientes las ocupan. Sin embargo, la función del hospital no es sólo ofrecer camas para los pacientes, sino aplicar ciertos procedimientos de diagnóstico y de tratamiento para prolongar la vida, acortar la incapacidad y prevenir la invalidez.

No sólo las camas sino los demás elementos con que cuenta el hospital y el personal de diversas categorías profesionales que allí trabaja se aplican precisamente en buscar los fines mencionados. Ello determina que el resultado final deba estimarse en relación con la gravedad del paciente tratado. Poco significa si éste, egresando con vida, a los pocos días fallece en su casa. Tampoco tiene mayor significación desde el punto de vista de rendimiento el cuidado terminal que se presta a un paciente, pues lo que cuenta realmente es el efecto que sobre la salud y capacidad de trabajo tiene la atención institucional que ha recibido.

El volumen y la función de las instituciones no pueden colegirse de tasas que tienen como denominador la población de la totalidad de un país o de una gran región. En materia institucional las condiciones varían mucho, aún en zonas intensamente pobladas, altamente industrializadas, de manera que las tasas calculadas en forma general no son reales para describir las condiciones de las zonas que tienen mejores recursos ni las de aquéllas que están más carentes de ellos. Por lo tanto, las tasas deben referirse a segmentos definidos de la población, discriminada dentro de la misma región, según los niveles socio-económicos y otras características importantes.

El simple registro de diagnósticos tampoco da una información clara, a menos que se acompañe de información sobre el trabajo realizado en el paciente; es decir, sobre la forma como el recurso institucional ha sido utilizado. Esto indica el ritmo del trabajo institucional y puede mostrar las fallas y deficiencias existentes.

El Estudio de Recursos Humanos de Colombia ha buscado cuantificar el problema de salud, con base en el estudio de las necesidades y demandas a través principalmente de las investigaciones de mortalidad y de morbilidad. También ha medido los recursos existentes, tanto humanos como institucionales. Ahora bien, la utilización de los recursos, siempre limitados, para satisfacer ciertas necesidades y demandas, se traduce en resultados que también es necesario cuantificar. Dicho en otras palabras, las necesidades expresadas en muertes, enfermedades y condiciones demográficas y económicas, más las demandas, expresadas en volumen de pacientes atendidos, según su gravedad, en hospitales y consultas externas, son atendidas con los recursos consistentes en edificios, equipos, personal y presupuesto, a fin de obtener ciertos resultados que influyen en la expectativa de vida, incapacidad, productividad y satisfacción o insatisfacción por el servicio recibido.

Los estudios de morbilidad y de mortalidad muestran también cuáles son las posibilidades y cuáles las limitaciones de la acción institucional. Por ejemplo, en el caso de Colombia las principales causas de muerte, especialmente en los grupos de edad menor, son ciertas enfermedades infecciosas sobre las cuales evidentemente puede tener una gran influencia la acción hospitalaria. Al ser corregida esta mortalidad, se puede prolongar la expectativa general de vida de la población. En cambio, en los grupos de mayor edad las principales causas son más o menos las mismas que predominan en los países más industrializados, como son las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, y la atención médica que se preste a esos casos apenas puede lograr cierto retardo en el desenlace fatal y por lo tanto una modesta prolongación de la supervivencia.

En relación a la situación hospitalaria de Inglaterra, sobre la cual ha trabajado, señaló los planes que existen para una disminución de las camas hospitalarias en el curso de los próximos años. Estas decisiones han sido tomadas en vista de la limitación de los recursos, y son posibles por la mejor utilización que se hace de las instituciones existentes. La atención del paciente con base en los principios de cuidado progresivo ha permitido que no se le hospitalice sino cuando ciertamente lo necesite. En cambio, se ha desarrollado considerablemente los servicios de atención diurna, especialmente en los casos psiquiátricos, sector en el cual se proyecta la mayor reducción de camas. La hospitalización psiquiátrica es fundamentalmente de carácter custodial, y la gran mayoría de los pacientes susceptibles de tratamiento se benefician más con tratamientos ambulatorios. La hospitalización, en general, no beneficia al paciente mental, porque pierde la relación social con su comunidad.

Estas consideraciones, desde luego, no pueden extenderse indiscriminadamente a Colombia. No se puede formular una política en relación con instituciones hospitalarias mientras los estudios en marcha no demuestren claramente cuál es el recurso actualmente existente, cuál es su utilización y en qué forma se puede mejorar su rendimiento, lo cual siempre resulta mucho más económico que construir nuevos hospitales. De todas maneras, si antes de construir nuevos hospitales se hacen las anteriores consideraciones, es posible que se ahorren oportunamente muchos millones. Hay que recordar que en Inglaterra se ha calculado que la construcción de una cama hospitalaria vale tanto como el costo de especialización de un médico, y que el sostenimiento de una cama hospitalaria en un año vale tanto como toda la carrera de un estudiante de medicina. Igualmente debe reflexionarse cuidadosamente cuál es el tamaño que debe tener un nuevo hospital. La medicina hoy día exige el concurso de numerosos especialistas los cuales, a su vez, requieren equipos complejos y costosos. Los hospitales más pequeños no pueden tener ni el personal médico diverso ni los elementos que exige la medicina moderna.

## 2. Metodología del estudio de recursos institucionales en Colombia.

El Dr. Aurelio Pabon expuso los métodos usados y algunos de los resultados obtenidos en dicho estudio. Según los datos obtenidos en las entrevistas domiciliarias, en Colombia se produce aproximadamente una consulta por habitante y por año y anualmente se hospitaliza el 5% de la población del país. En el período de dos semanas de referencia en que se basó la entrevista, por cada 1.000 habitantes, 28 consultaron en instituciones y 2 se hospitalizan.

Se realizó una amplia investigación de los hospitales y servicios de consulta externa, la cual incluyó recursos de personal y equipo, disponibilidad de camas, horas médicas de consulta, servicios existentes, actividades cumplidas y gastos de inversión y funcionamiento. Esta misma información continuará coleccionándose anualmente. En una muestra de 40 hospitales y 44 centros y puestos de salud se investigó la organización, funcionamiento y costos de las instituciones, la manera como se cumplen las actividades de atención médica, incluyendo las actividades de médicos, enfermeras y otros grupos profesionales, los procedimientos que se aplican, la utilización que se hace de los equipos y algunos otros datos. También se obtuvo información sobre las causas de consulta y de hospitalización, las características de los pacientes, la cobertura de los servicios, el uso de las facilidades en relación con la gravedad de los padecimientos y los efectos de la atención médica sobre la expectativa de vida y capacidad para el trabajo de los pacientes egresados.

Sobre la mayoría de estos rubros el ponente expuso datos numéricos que dan una idea sobre la situación de las instituciones de atención médica en Colombia. Sobre varios de estos puntos así como sobre aspectos de la metodología empleada, los participantes de la Conferencia formularon preguntas, que fueron debidamente absueltas por el ponente. También fueron discutidos algunos puntos relacionados con la exposición del Dr. Logan, la mayor parte de los cuales han quedado incorporados en el presente resumen.

- - -

## TEMA IV

### FACTORES SOCIO-ECONOMICOS

#### 1. Métodos para conocer las necesidades y demandas de salud de la población en relación con sus condiciones económicas, educativas y sociales.

La Conferencia señaló que los estudios especiales, particularmente los basados en encuestas, pueden suministrar información importante sobre aspectos en los órdenes económico, educativo y social, siempre y cuando se defina previa y claramente sus objetivos y se tengan en cuenta las limitaciones inherentes a esta clase de investigación. Como se indicó en la presentación del tema, los elementos sociales, culturales y económicos, múltiples e interrelacionados y que determina las condiciones de vida de los grupos humanos todavía se comprenden con dificultad, no han podido ser delimitados en su actuación y, en su mayoría, no son susceptibles de reducirse a unidades mensurables. Por ello es muy recomendable que las investigaciones se plenifiquen con un criterio lo más objetivo posible, a fin de reducir hasta donde sea posible la influencia de la apreciación subjetiva. El estudio en Colombia ha demostrado que es esencial la participación de los científicos sociales en la organización y conducción de las pesquisas, así como en la interpretación de los resultados de las mismas.

Hubo un amplio intercambio de opiniones acerca de las dificultades en obtener información acerca de actitudes de la población en materia de salud, de lo que se entiende por necesidades de la población y de como entender la satisfacción o insatisfacción de la misma ante los servicios de salud que se le ofrecen o que recibe o a los que tiene acceso. Aun cuestiones que pudieran parecer fáciles de obtener y medir, como la distribución del ingreso familiar, no lo son realmente, por ello, cada pregunta debe ser cuidadosamente evaluada y experimentada antes de aplicarla. En relación con averiguaciones en las que el elemento tiempo entra en juego, debe tenerse en cuenta que muchas personas no son capaces de recordar ciertos hechos después de un lapso relativamente corto de haber acontecido aquellos. Notoriamente difíciles son las indagaciones que se relacionan con aspectos de índole psicológica y social.

Por último, se discutió cuáles son las consecuencias para las personas entrevistadas en cuanto a la clase de estímulos o reacciones, favorables o desfavorables, que pueden haberseles creado.

La Conferencia recomendó que para obtener datos fidedignos sobre las condiciones anotadas, deberían utilizarse, en combinación, los dos métodos que mostraron ser de tanta utilidad en el estudio de Colombia, a saber: entrevistas y exámenes de salud en muestras de población cuidadosamente seleccionadas. Se hizo énfasis en que los resultados tendrán realmente un valor únicamente cuando las encuestas sobre las variables socio-económicas y las condiciones de salud se realizan concomitantemente, de modo que proporcionen una base racional de comparación. Se observó que las relaciones entre el tamaño del grupo familiar y las condiciones socio-económicas aparecen muy bien documentadas en el estudio presentado, en forma tal que bien pudieran servir como fundamento para análisis demográficos más detallados.

Se recomendó que en las futuras investigaciones que puedan realizar, los países traten de seguir normas uniformes en cuanto a metodología y entrenamiento del personal que se va a utilizar, de modo que se facilite la comparabilidad de los resultados, tanto en el tiempo como en el espacio. Particularmente importantes en este tipo de estudios son el entrenamiento y supervisión del personal, para evitar el riesgo siempre presente de la influencia subjetiva del investigador. A este respecto, se hizo énfasis repetido en la necesidad de realizar ensayos previos con las cuestiones que se van a investigar, particularmente aquellas que hasta ahora han demostrado ser más difíciles de obtener.

Una implicación de este tipo de estudios es el hecho de que si la medicina y la atención médica son importantes, la población tiene también otros intereses. En cuanto al concepto de las necesidades sentidas en salud se recalcó el hecho de que la información obtenida es el resultado de una percepción subjetiva de la persona interrogada, producto, a su vez, de un complejo de factores culturales, actitudes y creencias.

2. Implicaciones para la educación médica. El conocimiento de que los problemas de salud varían según los factores económicos, educativos y sociales debe llevar a las Facultades de Medicina a diseñar programas que preparen al futuro médico de acuerdo con esa realidad. El estudio en Colombia confirmó el hecho ya conocido de que las personas tratadas por médicos son apenas una fracción de la carga de enfermedad sobre la población; que la magnitud de dicha carga corre pareja inversamente con el nivel social y económico, el cual, en turno, hace más difícil que la comunidad utilice cabalmente el personal y servicios de salud. Se indicó que si bien la educación médica tiene que hacer conocer los aspectos sociales y económicos en relación con la salud, incluyéndolos como parte del plan de estudios, también deben alentar a quienes no deben caer en un estado de pesimismo cuando se enfrenten a la realidad. Igualmente, las escuelas deben insistir en que la obligación primordial de los futuros médicos es conservarse dentro de su radio de acción específico; pero que ello no los exime de la obligación de comprender y buscar el auxilio de otras profesiones, particularmente de los expertos en ciencias sociales. Todo ello obliga a las escuelas y a la universidad en general a hacer los mayores esfuerzos para establecer un contacto entre todas las disciplinas que tienen que ver con el bienestar. Se recalco particularmente el papel que las entidades universitarias pueden desempeñar estimulando el trabajo de investigación de problemas sociales y económicos y promoviendo actividades de desarrollo de la comunidad.

Se mencionó que las escuelas de medicina deben preparar los médicos con una mentalidad amplia, a fin de que tengan conciencia plena de la realidad socio-económica del medio donde van a actuar. En este sentido se indicó que una formación adecuada e información acerca de las verdaderas condiciones de ese medio son la mejor manera de prevenir la frustración de los profesionales jóvenes que estarían en condiciones de responder al reto mezclándose en la vida misma de la comunidad y sintiendo intensamente sus problemas. El estudio de Colombia demostró cómo los estudiantes y médicos jóvenes, por medio de las entrevistas domiciliarias y las encuestas clínicas, se compenetraron de los problemas socio-económicos de las comunidades y los pudieron relacionar con las necesidades y demandas en salud.

Se consideró ampliamente el problema del llamado "empírico", término que aquí se aplica a quienes, sin adiestramiento reconocido, prestan servicios de salud fuera del sistema generalmente aceptado de asistencia médica. Se catalogó el uso del empírico como un fenómeno social que llena una necesidad no satisfecha por los servicios reconocidos de salud y cuyas profundas raíces culturales todavía no se han considerado con la atención que merecen. Uno de los motivos del hondo arraigo del empírico en el ánimo de vastos sectores de la población es el enfoque psicológico con que recibe a quien solicita sus servicios, instrumento de trabajo tan poco usado por la mayoría de la profesión médica. Además, este fenómeno tiene relación con la distribución irregular del personal de la salud y con factores económicos tales como insuficiencia de ingresos para pagar los servicios o comprar los medicamentos. Por tanto, mientras no se ofrezcan otros medios de atención a la salud y se entiendan mejor y llenen las aspiraciones sentidas de la población, una gran parte de esta continuará solicitando al empírico como su único recurso de salud.

Finalmente se hizo énfasis en que la solución de los problemas de salud dependen grandemente de que se logre el cambio social. La educación médica puede jugar un papel preponderante, inculcando el concepto de que el éxito de la medicina y de los servicios de salud consiste esencialmente en lograr modificar los hábitos y conducta de la gente de modo que acepten los servicios que se le ofrecen.

### 3. Recursos disponibles para programas de formación de personal de la salud.

La asignación de recursos para los diferentes programas de formación del personal de la salud debe ser consistente con el orden de prioridad en que se hayan colocado los varios problemas de salud que gravitan sobre una comunidad. En este sentido, los países deben enfrentarse al dilema de aumentar el número de médicos, empresa tan costosa, o asignar también recursos a incrementar la producción de otros tipos de personal para la salud.

En los últimos años se ha venido llamando insistentemente la atención sobre la urgencia impostergable de aumentar sustancialmente las posibilidades de capacitación de personal de enfermería y, sobre todo, de trabajadores auxiliares. Como han demostrado algunas experiencias, la labor de ese personal auxiliar, cuidadosamente preparado y supervisado, permite penetrar hacia zonas aisladas y ofrecer a la población servicios que no por elementales, dejan de ser menos importantes. Los trabajadores auxiliares de salud pueden hacer una labor de prevención e igualmente salvar muchas vidas humanas que de otra manera se perderían ante la imposibilidad de obtener un servicio directo del médico.

Se hizo énfasis en que es urgente tomar medidas para establecer un balance más racional entre los diferentes grupos de personal de salud, de acuerdo con las necesidades y recursos de los países. Sólo en esa forma podrían obviarse las situaciones irregulares que se observan actualmente y cuyo mejor ejemplo lo constituye el bajísimo número de enfermeras disponibles en relación con el de médicos.

-. -.-.-.-.-.-.-  
 -.-.-.-



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE  
ESCOLAS MÉDICAS

V REUNIÃO ANUAL

Campos de Jordão, SP, 25 a 29 de Agosto de 1967

AGENDA PROPOSTA

TEMA I: " O HOSPITAL DE ENSINO"

A. Conceito de Hospital de Ensino:

1. apenas Hospital Universitário?
2. qualquer Hospital?
3. se não, quais os Hospitais?
4. requisitos mínimos para o credenciamento de um Hospital como de ensino, pela ABEM.

B. O Hospital de Ensino e a realidade nacional:

1. Considerando a "renda per capita" brasileira e as condições atuais do ensino em geral, V.Sa. concorda em que todo Hospital de Ensino deva ter um elevado nível técnico? ou prefere admitir como satisfatórios os Hospitais-ditos puramente assistenciais?
2. V.Sa. acha essencial que todo Hospital, para ser admitido como de ensino, desenvolva pesquisas? Quais?
3. Como contempla V.Sa. as relações atuais dos Hospitais de Ensino (e outros) com a comunidade a que serve, com os serviços locais de saúde, com os outros órgãos responsáveis pela saúde e pelo ensino? Que sugestões faz para melhorá-las, se fôr o caso?
4. V.Sa. acha indispensável que cada Faculdade ou Escola de Medicina tenha o seu Hospital? Se sim, por que? Se não, como deve desenvolver o seu ensino clínico?
5. Que tipos de pacientes V.Sa. acha que devem constituir a clientela de um Hospital de Ensino ?

C. Administração de Hospitais de Ensino:

1. Quem deve dirigir um Hospital de Ensino? Um Professor Titular? Outro Professor? Qualquer Médico do Hospital - ou de fora, com vivência de administração? Um Médico especialista em Administração ? Um administrador não médico?

2. Quem designa o Diretor do Hospital de Ensino? O Diretor da Escola? A Congregação? o Conselho Departamental? Eleição pelo Corpo Clínico?
  3. No caso de o Hospital não pertencer à Escola, esta deve ter decisão na escolha do Diretor do Hospital? De que modo?
  4. No caso de a Escola não ter acesso a esta escolha, V.Sa. acha válida a utilização de tais Hospitais para o ensino, reconhecido pela Escola? Ou a Escola deve ignorar que seus alunos frequentam tal Hospital?
  5. Considerando que o estrangulamento maior para o aumento do número de vagas nas escolas médicas brasileiras resulta do pequeno número de leitos disponíveis para o ensino, que acha V.Sa. de cada escola desenvolver o máximo de esforços para estabelecer convênios com entidades mantenedoras de outros Hospitais, a fim de credenciá-los para o ensino clínico, tendo ingerência administrativa indireta ( sob a forma de sugestões, reuniões e troca de experiências) e ingerência didática direta ( sob a forma de mandato universitário específico ou global) com fiscalização por Comissão?
  6. Como contempla o mandato universitário? Se favoravelmente, que títulos oferecer e outras vantagens ao pessoal eventualmente credenciado?
  7. Acha V.Sa. que o Corpo Clínico do Hospital deve participar da Administração? De que modo?
- D. Financiamento do Hospital de Ensino:
1. Como V.Sa. recomenda que o Hospital de Ensino seja financiado?
  2. Como V.Sa. vê a participação da Previdência Social na manutenção dos Hospitais de Ensino? E outras instituições mantenedoras de serviços de saúde?
  3. Que critérios devem ser adotados para reembolso dos serviços médicos prestados pelo Hospital?
- E. O Hospital de Ensino e a formação e aperfeiçoamento de pessoal:
1. Como contempla a formação de pessoal especializado médico? Que hospitais de Ensino devem aceitar esta responsabilidade? Através de Internato? Através da Residência? Através de estágios específicos?

2. Que papel V.Sa. atribui ao Hospital de Ensino no ensino médico continuado? O Hospital deve esperar a vinda de candidatos ou deve ir ao seu encontro?
3. Como V.Sa. vê a cimbiose e, eventualmente, a fusão numa Escola de Ciências da Saúde, entre o ensino de Medicina, Odontologia, Enfermagem, e outros?

F. O Hospital de Ensino e a pesquisa:

1. Que tipo de pesquisa V.Sa. recomenda para os Hospitais de Ensino, contemplada a realidade nacional?
2. Como V.Sa. vê as relações atuais entre os Hospitais de Ensino e o chamado ciclo básico das escolas médicas? Que sugere para melhorá-las?
3. Que medidas sugere para a aproximação das Escolas Médicas dos Centros pesquisadores não universitários?

G. O Hospital de Ensino e a comunidade:

1. Que medidas V.Sa. aconselha para que o Hospital de Ensino se torne um centro de saúde da comunidade?
2. Que relações deve haver entre o Hospital de Ensino e os programas de Medicina Social da Escola?
3. Até que ponto o Hospital de Ensino deve estimular a criação de postos periféricos para cuidados ambulatorios, preventivos, curativos, de assistência social, de educação sanitária e outros?
4. Acha V.Sa. que o Hospital de Ensino deve assumir a responsabilidade dos cuidados com a saúde de sua comunidade? Tem um plano para isto?
5. Como V.Sa. recomenda que a participação dos alunos seja realizada nos programas do Hospital de Ensino junto à comunidade?

H. Sendo o Hospital de Ensino o centro natural de formação de médicos, como V.Sa. recomenda que seja feito o Internato e a Residência, no Brasil, diante da nossa realidade sócio-econômica?

I. Acha V.Sa. que os Hospitais pertencentes às Faculdades e Escolas deveriam transformar-se primeiro em Hospitais de primeira classe, antes de procurarmos outros Hospitais fora do comando da Escola?

J. Gostaria V.Sa. de dar outras idéias para o problema em discussão? Quais?

TEMA II: "PREPARO PEDAGÓGICO DE PESSOAL  
DOCENTE EM MEDICINA"

1. Acha V.Sa. essencial a formação pedagógica do professor - das escolas médicas?
2. Se considera necessário este preparo pedagógico, deveria o mesmo ser orientado:
  - a. no sentido dos fundamentos da educação (psicologia, sociologia e filosofia)?
  - b. no sentido das técnicas gerais de ensino e aprendiza - gem?
  - c. no sentido de metodologia específica para as diversas - disciplinas?
  - d. como uma conjugação de todos estes elementos?
  - e. ou outros?
3. Que medidas sugere, em relação ao preparo pedagógico, pa - ra o professor que inicia sua atividade docente:
  - a. exigir para o ingresso na carreira docente cursos for - mais de didática?
  - b. preparar o nôvo professor dentro da própria faculdade - paralelamente com o exercício da atividade docente?
  - c. conjugação das duas medidas?
  - d. ou outras?
4. Que medidas sugere, em relação ao preparo pedagógico, pa - ra o professor que já realiza atividade docente?
5. Admitida a necessidade de uma formação pedagógica, que me didas sugere para o aperfeiçoamento contínuo do professor das escolas médicas do ponto de vista do ensino e da - aprendizagem?
6. Que outros pontos gostaria de focalizar sôbre o Tema?

.....

HOSPITAL DE ENSINO

Alberto Soares de Meirelles

Associação Brasileira de Escolas Médicas

V Reunião Anual

Campos do Jordão, 25 a 29 de agosto de 1967

Alberto Soares de Meirelles

O HOSPITAL DE ENSINO

Alberto Soares de Meirelles (1)

CONCEITUAÇÃO

A conceituação de um Hospital de Ensino depende da fixação de seus objetivos, múltiplos e demasiado amplos, que exigem estabelecerem-se condições que permitam atividades de ensino, ao lado das de natureza assistencial e de pesquisas. Não seria difícil fixar os objetivos se considerarmos o Hospital de Clínicas como entidade de ensino, em tôdas as suas modalidades; mas as conjunturas atuais obrigam-nos a admitir a inclusão no plano de expansão das Escolas Médicas o hospital assistencial visinho, que poderá ser credenciado a ministrar ensino por delegação ou acôrdo estabelecido com êles. Se no primeiro caso o planejamento atentará para as condições objetivas, reais, ou até mesmo para as idéias ao estruturá-lo, no segundo, as dificuldades são de um vulto muito maior, pela falta do elemento docente habilitado e das demais características que imaginamos necessárias ao ensino. Os Hospitais de Clínica, salvo algumas exceções, foram organizados para ministrar ensino a um grupo limitado de alunos, mas o número de candidatos a ingressar nas Escolas se avoluma cada ano. Assim, a credenciação ou o estabelecimento de convênios com Hospitais meramente assistenciais deve merecer atenção tôda particular, mesmo que se venha a reconhecer a inexequibilidade de adotar-se êsse meio como recurso

---

(1) Diretor da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro

para a ampliação da Escola Médica. A problemática e difícil adaptação do hospital assistencial para utilização como hospital de Ensino, já tão estudada e debatida pelos responsáveis pelo ensino médico, ainda continua em pauta, pelas facetas e dificuldades que apresenta. Não é possível ignorar, por outro lado, o que ocorre com estudantes de Medicina, que são atraídos como Internos em serviços não educacionais, empolgados com o salário ou gratificação que lhes é oferecido, ou premidos a aceitá-los por sua condição financeira precária.

A ABEM, ao propor o tema para estudo, focalizou, em agenda, os aspectos fundamentais e nós, com o intuito de colaborar com ela procuramos ouvir a opinião de vários membros de nossa Congregação, o que nos deu os subsídios aqui sumariados.

Inicialmente, é geral o conceito de que o Hospital de Ensino deva ser do tipo universitário, isto é, um hospital de elevado padrão assistencial e preparado para cumprir o plano educacional a que se propõe. Ele é mais que o simples Hospital assistencial, pois para ensinar Medicina é preciso levar a didática à beira do leito. O Hospital Universitário encerra, em um só organismo, a assistência ao doente e o ensino ao estudante. A eficiência do ensino é decorrência de boa assistência médica. Nenhum doente procurará um hospital para se prestar apenas ao ensino.

A rigor, ainda poder-se-ia situar melhor o conceito de hospital universitário como aquele que pode ministrar outros ensinamentos e cursos além dos de formação de médicos. Diríamos, também, que deve ser de ensino, sem predomínio do caráter assistencial, dando-se como elemento de diferenciação certas particularidades de organização e a extensão observada em cada um desses setores. No Hospital de Ensino, a assistência médica é uma contingência do ensino e só para sua administração e aperfeiçoamento deve ser exercida.

É desejável que o Hospital tenha elevado nível técnico, mas as condições gerais de nosso meio não permitem que todos

os Hospitais dedicados ao ensino sejam do mais alto padrão. Um hospital de nível médio, onde se possa fazer ensino e pesquisa, principalmente aplicada, dispondo de suficientes recursos técnicos, biblioteca, laboratórios e serviços auxiliares, constitui aspiração que satisfaria a quase todos, ainda que possa ser considerada modesta se em confronto com as boas Escolas Médicas de que o País já se pode orgulhar.

Se, por imposição de indispensável necessidade de ampliação de sua capacidade de atendimento letivo-assistencial o Hospital de Ensino estabelecer convênio com instituições assistenciais (estatais ou não), teríamos formada uma rede hospitalar em que o órgão central, sendo de nível satisfatoriamente bom, supriria deficiência dos demais.

#### REQUISITOS MÍNIMOS

É difícil estabelecerem-se os requisitos mínimos para o credenciamento de um hospital como de ensino. Daríamos destaque, antes de mais nada, a três aspectos que deveriam nortear suas finalidades:

- a - organização que permita ministrar ensino eficiente, oferecendo o máximo de oportunidades à participação ativa dos alunos nos cargos assistenciais e dando-lhes ocasião para o desenvolvimento do senso de responsabilidade e espírito de iniciativa;
- b - condições favoráveis ao desenvolvimento de pesquisas, ainda que se dê maior ênfase às de aplicação; a prática da Medicina é sempre observação e experimentação. Embora dispendiosa, a pesquisa é parte integrante do conjunto que dará estrutura científica à Escola Médica;
- c - ambiente que vise a desenvolver aspectos éticos e



de responsabilidade.

Com os três princípios acima como finalidade procurada, assinalaremos, em passo rápido, alguns dos requisitos a focalizar para reconhecer-se um hospital de ensino.

- 1 - boa organização administrativa como elemento fundamental de apoio ao conjunto de providências básicas de que dependerá o atendimento hospitalar e seu aproveitamento para o ensino; serviços de fichários e arquivo médico;
- 2 - serventuários administrativos qualificados;
- 3 - boa enfermagem, sob direção segura, vigilante, disciplinadora e altamente responsável;
- 4 - serviços clínicos, inclusive especializados, com enfermarias tecnicamente instaladas e assistidas por serviços de ambulatórios adequados, inclusive permitindo a presença de grupos de alunos para os exercícios de aprendizagem;
- 5 - centros cirúrgicos adaptados às exigências do ensino curricular, a pós-graduação e a formação do pessoal docente;
- 6 - instalações tão completas quanto possível de serviços complementares indispensáveis ao esclarecimento de diagnósticos e organizados de molde a permitir o treinamento de pequenas turmas de alunos;
- 7 - serviço de atendimento de urgência, didaticamente utilizáveis pelos internos;
- 8 - o hospital tem uma missão a cumprir para com a saúde pública, com sua unidade indispensável de medicina preventiva; deve contar com meios de tratamento adequados para os seus internados e para os atendidos em ambulatórios e que não disponham de recursos;

- 9 - o hospital deve ter doentes gratuitos, mas a quase totalidade deve pagar o tratamento que recebe; abolir totalmente a idéia de ser um hospital de indigentes, de modo a elevar ao melhor nível o atendimento assistencial;
- 10 - várias salas, de preferência anexas às Clínicas, e recursos audio-visuais para reuniões, debates, exposições a pequenos grupos; um a dois anfiteatros para solenidades ou sessões com auditório;
- 11 - biblioteca;
- 12 - instalações adequadas para internos e residentes.

### NÍVEL DE ORGANIZAÇÃO

Desta forma, ao imaginarmos a organização do Hospital de Ensino, pelo menos do Hospital de Clínicas central, sede das atividades mais relevantes para o ensino, achamos que deve ter o mais elevado nível técnico. Na opinião do Padre Vieira, "o maior pregador é ainda Frei Exemplo". Pelo menos em Medicina, onde se vai aprender observando, a técnica exemplar, a conduta exemplar, a explanação exemplar, as atitudes exemplares, tudo isso dá-nos a crença de ser necessário elevado nível técnico para a formação de técnicos verdadeiros.

Nada mais deletério para o ensino de qualquer coisa do que o vício e as deformações existentes na transmissão de conhecimentos, torcidos ou deturpados, a seres humanos em fase de formação. Com o espírito mais caracteristicamente impulsivo e emocional do que o crítico, o aluno incorpora a má técnica ao seu patrimônio em formação e dela jamais consegue se libertar.

O desejado nível técnico elevado não exclui senso prático; é preciso levar em conta as condições reais do "interland" brasileiro, onde o jovem recém-formado lutará com a precariedade dos meios de trabalho à sua disposição. As improvisações e adapta

ções são mais fáceis de "cima para baixo", desde que feitas na justa medida, sem abastardamento do nível adequado em que o trabalho do médico deve ser feito.

Como recurso de emergência, consideramos que também se possa fazer ensino em Hospitais assistenciais de bom padrão, desde que os docentes sejam supervisionados pelos Professores da Escola com a qual são feitos os convênios.

A pesquisa é imprescindível, mas deve ser orientada e controlada por um organismo (ou comissão) que a coordene e planeje. Sem a pesquisa, é a rotina e a mediocridade que se instalam. Em alguns casos, o corpo docente de uma cátedra seria suficiente para planejar e realizar suas próprias pesquisas, mas o usual é ocorrerem implicações com outros serviços, que precisam ser orientados ou consultados sobre o plano de pesquisas em estudo.

#### PAPEL COMUNITÁRIO

Com essa organização, o Hospital deve representar expressivo elemento de garantia para a saúde da comunidade que serve, tornando-se impossível, quando bem estruturado e eficiente, desvincular-se dos problemas afetos aos serviços locais de saúde e, muito menos, deixar de ser aproveitado como fonte inesgotável de material destinado ao ensino e à pesquisa. Entre outras, a unidade de Medicina Preventiva tem gerência mais ativa na parte sócio-assistencial vizinha, além de que todo o Hospital, implicitamente, presta serviço à comunidade.

A clientela de um Hospital de Ensino deve ser a mesma da de um Hospital Assistencial. Apenas, nas internações, faz-se seleção de casos de interesse para o ensino e que tem, até por isso, direito a tempo de permanência prolongado. É preciso que se possam criar condições adequadas para que todos os pacientes usuários do Hospital (desde que bem assistidos) sejam aproveitados para o ensino. Em certos casos, como ocorre com as clínicas Gineco-

lógica, Obstétrica, Urológica ou Dermatológica, o preparo psicológico do paciente para que concorde em submeter-se a exame frente a acadêmicos é um pouco mais difícil e delicado. Desde que os estudantes estejam rigorosamente uniformizados e tenham recebido instruções sobre como comportar-se na condição de auxiliar de médico, o problema fica simplificado. Ainda que os doentes possam ser de todos os padrões, o cuidado da administração em evitar situações constrangedoras e de promiscuidade, promoverá ambiente adequado para cada grupo social. Parece-nos essencial que se elimine a idéia de que o Hospital de Ensino seja um Hospital de indigentes. Para a formação da atitude ética, êsse ponto é fundamental, pois o aluno, quando médico, irá se defrontar com uma clientela que provem de tôdas as classes sociais.

#### ESTRUTURAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO

Não é fácil a administração de um Hospital de Ensino, pelos grupos díspares que é preciso dirigir: doentes, pessoal auxiliar, médicos, Professôres, alunos. Obtivemos resultados satisfatórios com a estrutura dada à nossa Fundação, admitindo um Chefe para o Departamento de Assistência Hospitalar e um Superintendente Geral (especialista em Organização Hospitalar) para direção do Hospital de Clínicas. O Chefe do D.A.H. tem sido um Professor Catedrático, o que nos tem parecido necessário pelas dificuldades atuais, pois nos encontramos aparelhando o nosso Hospital para ser posto em condições de servir adequadamente ao Ensino.

Colaborando com êsses dois administradores, há um Conselho opinativo e legiferante, de que participam Chefes de Serviço e Professôres.

Mas qual a solução correta a dar ao conjunto formado por um Hospital de ensino central e outros Hospitais assistenciais que fizessem convênio com êle para assegurar maior número de leitos utilizáveis pelas cadeiras do ciclo clínico? Autonomia total

para cada um deles, ou a interferência no Hospital Assistencial, criando duplicidade administrativa? É possível que, por condições especiais, possa haver boa administração apesar dessa interpenetração de atribuições, mas como obter sucesso em outras circunstâncias? Distribuir alunos para instituições médicas, mas não educacionais, sem ingerência no treinamento a que serão submetidos?

Na Guanabara, os alunos são solicitados a trabalhar como internos em serviços estatais e outros, sem que lhes seja dada condição de obterem orientação eficaz na aprendizagem que vão fazendo, num autodidatismo eivado de falhas e erros. Infelizmente os Hospitais de Ensino têm sido insuficientes para os alunos matriculados, o que faz com que muitos médicos agradeçam a eles as oportunidades de treinamento que tiveram em sua formação. As Escolas têm procurado ampliar seus próprios Hospitais, apesar das dificuldades financeiras com que lutam.

Não será fácil, entre nós, dar mandato universitário aos membros do corpo médico de Hospitais apenas Assistenciais. Por que o Hospital de Ensino não tem capacidade satisfatória, alguns Professores instalam seus serviços em Hospitais Assistenciais e Santas Casas. Mas a não ser nesses casos, só a presença atuante de um Docente ou Professor poderia policiar com eficiência o ensino ou treinamento que fôsse feito em Hospital Assistencial.

A atitude correta seria a de limitar o ingresso de alunos à capacidade do Hospital de Clínicas. A não se cumprir esse preceito, teremos prejuízo do nível do ensino, a não ser que se possam designar Professores para ensinarem, sob convênio, em Hospitais Assistenciais. As sugestões apresentadas pela ABEM, de ingerência administrativa indireta e ingerência didática direta (sob a forma de mandato universitário específico ou global) com fiscalização pela Escola Médica é um dos caminhos, já usado com êxito em outros países. Esse mandato universitário não é previsto na legislação do ensino, mas seria admissível atribuir-se o título de Professor-Associado, sem vínculo empregatício com a Escola, desde que

afeitos às normas do ensino e com capacidade a ser comprovada pelo estudo de seu currículo e atuação como Professor. Ao Departamento de Ensino e aos Professores Catedráticos caberia verificar a aprendizagem e fazer a fiscalização do ensino.

Evidentemente um Hospital de Clínicas é uma instituição de organização muito complexa. Ao lado de tôdas as atribuições já referidas, não é possível ignorar o interêsse que tem no desenvolvimento de cursos de pós-graduação e os de preparo de pessoal auxiliar, de enfermagem e os de atividades para-médicas. É comum que nele funcione uma Escola de Enfermagem, ou que ofereça suas instalações para o treinamento de alunas de cursos dessa natureza. A formação de técnicos em atividades para-médicas tem que ser considerada, às vêzes para melhoria do padrão de seus próprios servidores, sempre solicitados a uma maior especialização. Internato e Residência são outros tópicos que mobilizam o interêsse da administração do nosocômio, pois atendem às exigências de prestação de serviço urgente a qualquer hora. Cada um dêsses tópicos constitui um largo campo de trabalho a oferecer largas vantagens à instituição, mas exigindo planejamento e recursos, técnicos e financeiros, para sua realização.

As condições sócio-econômicas medíocres de nossa população e as dificuldades com que lutam as Escolas Médicas para manter o Hospital de Clínicas, obriga a dar-nos destaque ao problema da manutenção do serviço hospitalar.

### FINANCIAMENTO

É preciso não olvidar que a higidez do povo é fator incontestante de desenvolvimento econômico-social, pelo aumento de produtividade individual, decorrente de seu próprio bem estar físico, daí esperarmos que se adote um plano governamental no sentido de se estabelecer, através de órgãos estatais (Bancos de Desenvolvimento, Banco do Brasil, Caixas Econômicas, Instituto de Previdên

cia e Rede Bancária Particular), um sistema de financiamento para a assistência médica e hospitalar.

Aliás isto é o que preceitua o art. 22, do Projeto da "Lei Orgânica da Assistência Hospitalar" cuja aprovação é ansiosamente esperada desde 1958, o qual torna possível o financiamento a través do Poder Público.

As operações de crédito se destinariam:

- a) ao planejamento e edificações;
- b) ao equipamento e
- c) a organização (inclusive preparo de pessoal).

Naturalmente haveria exigências a cumprir com vistas às garantias a oferecer.

Sem isto, muito difícil será conseguir-se um desenvolvimento adequado dos hospitais de ensino, pelo seu alto custo operacional e seu equipamento caríssimo.

Por outro lado, cabe ao hospital adotar uma política com vistas a compreender a necessidade de receber, pelo serviço prestado, do doente ou de alguém por êle, para que possa se tornar, tanto quanto possível autosuficiente.

Daí a necessidade de se estabelecer uma série de convênios não só com a Previdência Social como com outras entidades.

A forma de fazê-lo obedecerá à necessidade e conveniência do ensino, mediante remuneração compensadora.

O critério adotado para reembolso dos serviços prestados pelo Hospital terá de ser o da Cobrança Central, com a participação de cada serviço na renda, a fim de estimular o trabalho de todos, uma vez que o serviço que mais produzir maior crédito terá para o seu próprio desenvolvimento.

Não é demais reafirmar que o Hospital é uma empresa de grande complexidade e de custo operacional elevadíssimo. Deverá ser administrado com todo o cuidado, utilizando-se modernos processos de técnica contábil e com a aplicação de prática sadia de finanças e de negócios a fim de se poder elaborar um bom programa de

trabalho que permita prestar a melhor assistência aos pacientes e o melhor ensino, com os menores gastos.

---

Este trabalho deve ser visto como a conjugação de esforços e de opiniões de uma dedicada equipe que colabora conosco no planejamento do ensino e da organização de nosso Hospital de Clínicas Gaffrée e Guinle. Merecem particular destaque os Professôres Benjamin Vinelli Baptista, José Guilherme Dias Fernandes, J. Monteiro de Carvalho, Ruy Gomes de Moraes, Italo V. Mattoso, Flávio Lombardi, Annibal da Rocha Nogueira Junior, Luiz Carlos de Sá Fortes Pinheiro, Lúcio Villa Nova Galvão, Antonio Paulo Filho, Jacques Houli, Newton Manhães Bethlen, Demétrio Peryassú e Buarque Lima, os quais com suas respostas ao questionário formulado, contribuíram para a exposição dos nossos pontos de vista.

A êles expressamos nossos agradecimentos pela participação desinteressada com que trabalharam nesse planejamento.



## R O T E I R O

- I - DIAGNÓSTICO SUMÁRIO
- II - NECESSIDADE DE REFORMULAÇÃO DO ENSINO TÉCNICO DE NÍVEL MÉDIO
- III - PERSPECTIVAS DE EXPANSÃO

### I - DIAGNÓSTICO SUMÁRIO

A pouca importância até recentemente atribuída às carreiras técnicas de grau médio agiu no sentido de que, por muito tempo, a procura de matrículas e a oferta respectiva estivessem muito aquém das necessidades de nossa estrutura de produção, isto é, da demanda de mão-de-obra. Hoje, a situação está substancialmente modificada, graças à recente expansão do atendimento pelos sistemas formal e informal de preparação de mão-de-obra.

Um diagnóstico do ensino técnico de nível médio, mostraria que os ginásios industriais, agrícolas e comerciais vivem uma "crise de crescimento", não propiciando aos estudantes que os procuram uma pré- formação adequada para a vida profissional. Aos poucos, porém, graças a investimentos vultosos na formação de professores especializados e aquisição de equipamentos, também a qualidade vem sendo gradualmente melhorada.

A orientação governamental, no que concerne à formação profissional ao nível do ginásio técnico, tem sido no sentido de incrementar os cursos rápidos de treinamento, aprendizagem ou capacitação complementar, inclusive nos locais de trabalho. Para o setor primário (agricultura), torna-se sumamente difícil a estruturação de um sistema de aprendizagem, treinamento e iniciação nos locais de trabalho. É um problema que merece estudo e reflexão. Já no setor terciário, a grande dificuldade está na identificação das ocupações a que deve atender, pois aquelas são pouco diferenciadas.

Nos últimos anos, como foi dito, tem havido uma progressiva modificação de atitude em relação ao ensino técnico-profissional, notadamente no que se refere ao incentivo ao nível colegial.

No ensino industrial colegial, no período 1956 a 1966, a matrícula cresceu à taxa cumulativa anual de 26,0%. O ensino agrícola colegial, cujo crescimento é digno de nota, aumentou de 754%, ou seja, à razão de 22,0% anuais. No ensino comercial, já bastante ampliado, o crescimento anual foi de 8,5%.

Os resultados, em termos de conclusões de cursos técnicos já se estão adequando em relação às necessidades do País, notadamente nos ramos industrial e agrícola.

No período 1955 a 1965, as conclusões de curso no ensino industrial colegial aumentaram de 290%, à taxa de 14,5% ao ano; no agrícola, 426%, isto é, à razão de 18,0% ao ano; no comercial, o aumento foi de 127% nesse mesmo período, ou seja, à taxa anual de 8,6%.

Os padrões qualitativos consideravelmente baixos são decorrência de outro problema crucial: o corpo docente. Este é reduzido quantitativamente e qualitativamente deficiente. Não existem senão pouquíssimos mestres especializados no ensino específico dos ramos agrícola, industrial e comercial. Atualmente, está sendo acelerada a formação desses mestres em vários cursos e centros recentemente criados e estimulados. A taxa anual de evolução do corpo docente, no período de 1956 a 1966, no industrial foi de 12%, no comercial 7,4% e no agrícola 18,9%.

\*  
\*\*\*

A rede pública de ensino técnico ainda é pequena em relação às necessidades da população, principalmente considerando as características desta.

Quanto à rede de escolas técnicas de ensino industrial (\*), tem-se verificado uma melhoria qualitativa no sentido de reequipamento e atualização. Alguns aspectos merecem pesquisas especiais, sobretudo no que se refere à transformação dos ginásios industriais em escolas técnicas e aos problemas de zoneamento dos estabelecimentos desse ramo.

Já no ramo agrícola, o poder público (federal e estadual) é a principal entidade mantenedora, fato explicável pelo baixo padrão de renda de sua clientela potencial. É possível que, mediante a racionalização de distribuição da pro -

(\*) Ver, a propósito, a "Pesquisa Sobre o Ensino Técnico Industrial de Nível Médio", realizada pelo Escritório Técnico de Mão-de-Obra (TECMO) para o IPEA.

priedade agrícola e de sua produtividade, o ensino agrícola ve nha a ter maior significação numérica no conjunto das escolas médias do País.

O ensino comercial acha-se, quase totalmente, sob os cuidados da iniciativa privada. Como é sabido, seus objetivos vêm sendo distorcidos, no Brasil. O ciclo colegial é mais procurado como propedêutico aos cursos superiores e, nem sempre, como formador de técnicos para o comércio. Quanto ao treinamento profissional, paralelo ou como seqüência do ensino formal, já existe alguma experiência há mais de duas décadas.

\*  
\*\*\*

O Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial, cria do em 1942, tem atendido, na área industrial, a adultos e meno res, entre 14 e 18 anos, administrando cursos de aprendizagem.

Por outro lado, levadas pela premência, as emprêsas industriais também passaram a se responsabilizar pelo trei namento de menores. Assim é que, em 1967, nada menos que .... 184.217 menores receberam conhecimentos práticos, metódicos e sistematizados, de um ofício qualquer incluídos os matricula dos através do convênio MEC-SENAI (vinculado ao Programa Inten sivo de Treinamento de Mão-de-Obra, estabelecido pela Direto ria do Ensino Industrial) nos Centros de Treinamento e Forma ção Profissional do SENAI, nas próprias Emprêsas ou ainda medi ante ação combinada SENAI-Emprêsa.

No que se refere à aprendizagem comercial, o Servi ço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), criado em 1946, realiza a aprendizagem comercial para adolescentes trabalhando em emprêsas que tenham mais de nove empregados, como também cur sos práticos para adultos. Treina, habilita ou especializa can didatos a emprêgo ou já empregados. Sua clientela constitui - se de menores aprendizes, já empregados, e de adultos comer ciários. Atendeu, em 1965, a 13.431 menores e 42.227 adultos.

## II - NECESSIDADE DE REFORMULAÇÃO DO ENSINO TÉCNICO DE NÍVEL MÉDIO

Segundo a orientação do "Programa Estratégico", a educação brasileira deverá, nos próximos anos, permitir a consolidação da estrutura de capital humano do País.

Nesse contexto, os sistemas de ensino formal profissionalizante terão que se capacitar para a formação de mão-de-obra especializada, sem deixar de dispensar educação geral adequada, capaz de possibilitar a imediata adaptação às novas técnicas que surgirão em virtude do rápido processo de evolução científica e tecnológica.

O treinamento terá uma importância crescente, tornando-se progressivamente mais rápido, à medida em que a escolarização média da população seja elevada. Conseqüentemente, a educação básica dos candidatos a ingresso na força de trabalho lhes permitirá absorver mais rapidamente as técnicas especializadas, que os capacitarão a exercer convenientemente o seu papel no processo de produção. Deve-se visualizar aqui que o progressivo aumento da taxa de obsolescência da capacitação para o trabalho - tanto mais rápido quanto menor seja o respectivo nível da habilitação básica e maior ritmo de mudança tecnológica - acarretará o retreinamento em escala crescente e, dêsse modo, não será possível persistir optando pela capacitação em cursos muito longos.

Introduzir-se-ão no País programas de treinamento para possibilitar à população rural a assimilação da tecnologia de transição para a agricultura moderna, sem esquecer que uma parcela dos treinandos, ao adquirir maiores habilitações, tenderá mais facilmente a migrar para os centros urbanos.

O treinamento industrial, já convenientemente amadurecido no Brasil, poderá imediatamente assumir uma estrutura semelhante à dos países desenvolvidos, em especial nas regiões brasileiras com características similares às encontradas nessas nações.

O treinamento no setor terciário, onde várias ocupações ainda não estão definidas claramente e onde, portanto, não se encontram consagradas as características do treinamento especializado, deverá acompanhar a diversificação e especialização progressivas que, nos próximos anos, marcarão esse importante setor.

A reformulação do sistema de ensino médio nacional deverá ajustar-se aos diversos ciclos e ramos em que esse nível se desdobra. A extensão e complexidade do sistema, que abrange ramos tradicionalmente isolados (secundário, industrial, comercial, normal, agrícola) exige tratamento gradual nessa reformulação, definindo-se uma estratégia ca -

paz de assegurar a reestruturação necessária sem perda do dinamismo do sistema e sem redução de eficiência.

O que se deve, a rigor, mudar é o sentido do ensino médio de 12 ciclo, visto que este não oferece aos adolescentes condições para poderem enfrentar ocupações técnicas com a devida eficiência, criando, por outro lado, nos seus ramos técnicos, um tipo de profissional semi-qualificado com poucas condições de flexibilidade e mobilidade para ajustar-se ao mercado de trabalho extremamente cambiante.

Na realidade, o ensino médio básico de 12 ciclo é o ensino essencialmente de formação - do mesmo modo que o primário - ao qual se adiciona o sentido explorador de vocações. Essa conjugação visa a torná-lo mais prático e significativo na medida em que evita uma distinção artificial entre teoria e prática e em que prepara e forma jovens mais facilmente treináveis, isto é, jovens que, mediante rápidos cursos intensivos pós-ginasiais com uma formação básica geral, voltada para as realidades da vida da produção e do consumo, possam adquirir condições de se dedicarem a atividades profissionais com maior eficiência.

Dentro da estratégia de transição indicada, as escolas agrícolas e industriais existentes, de 12 ciclo, deverão ser mantidas temporariamente, coexistindo, com o ginásio comum (ou ginásio) orientado para o trabalho, em certas áreas, enquanto se procurará eliminar outros cursos profissionais, neste nível, com a sua incorporação ao ginásio comum. A expansão substancial da rede de ginásios orientados para o trabalho será alcançada através de programa nacional (o PRUMEM), em vias de lançamento, através do qual a União e Estados aplicarão nos próximos três anos, um mínimo de RCr\$ 400 milhões.

Dêsse modo, pretende-se que o ensino médio de 12 ciclo forme, juntamente com o ensino primário, um sistema contínuo de educação básica. Para atender aos egressos dêsse sistema, candidatos ao ingresso imediato na força de trabalho, programas de treinamento intensivo deverão ser oferecidos. Assim, serão incentivados os programas de tipo de Programa Intensivo de Preparação de Mão-de-Obra Industrial, (PIPMOI), criado na Diretoria do Ensino Industrial e realizado com a participação das escolas de ensino técnico industrial e de associações de empregadores, que visam a treinar, em cursos rápidos, os operários qualificados, agentes de-mestria e auxiliares técnicos necessários à indústria.

Quanto ao segundo ciclo, o próprio sentido de diferenciação já permite uma aproximação mais adequada às necessidades profissionais, na medida em que o 1º ciclo dê condições de formação geral. Justificam-se aí opções para o ensino técnico profissional ou para o ensino acadêmico visando ao ingresso à Universidade através do colégio integrado.

Os novos colégios industriais e agrícolas, sempre que possível, serão implantados pelo reequipamento ou adaptação dos ginásios dos ramos correspondentes, de modo a poupar investimentos vultosos.

Deverá evitar-se, nas escolas industriais e agrícolas do 2º ciclo, que uma especialização excessiva dificulte o permanente ajustamento do técnico a novas situações tecnológicas e culturais surgidas. O treinamento ou estágio em serviço assegurará a melhor racionalização de aprendizagem, possibilitando a intensificação do ensino teórico de disciplinas destinadas a alargar os conhecimentos gerais.

\*

\*\*\*

Consoante já assinalado, o Programa Estratégico objetiva manter no Brasil um sistema contínuo e integrado de formação de mão-de-obra, sem interrupção de um nível a outro, conforme vem acontecendo atualmente.

Dentro desse sistema, assume papel importante o treinamento intensivo para o trabalho (com várias graduações de qualificação), de forma paralela, ou posterior ao ginásio, de modo a atender às necessidades da jovem que, por falta de oportunidade, não conseguiu as condições adequadas para sua melhor qualificação através de uma escolaridade mais longa. Por outro lado, no ginásio polivalente se fará a sondagem de aptidões. Os colégios industriais, agrícolas e comerciais fornecerão os técnicos de grau médio exigidos pelo mercado de trabalho. Entre estes e os profissionais formados em carreiras longas, no ensino superior, estabelecer-se-ão carreiras curtas para formar pessoal de nível intermediário. Dos cursos de Mestrado e Doutorado, no ápice do sistema educacional, sairão os docentes para o início de carreira no magistério superior e os pesquisadores, cujo poder multiplicador e criador é essencial ao progresso brasileiro.

### III - PERSPECTIVAS DE EXPANSÃO

O planejamento de formação profissional, para evitar desperdício de recursos e frustração social, deve orientar-se para as necessidades do mercado de trabalho. Entretanto, em um País sem informação ocupacional e econômica adequadas, essa tarefa de discriminar as modalidades profissionais que o ensino técnico deve abranger, em face do mercado de trabalho, torna-se, no atual estágio, extremamente difícil.

Indicaremos a seguir, algumas dessas dificuldades e, ao final deste trabalho, sugeriremos pesquisas a realizar e providências a adotar, no sentido de permitir uma melhor programação do ensino técnico, no Brasil, em função das ocupações a serem atendidas.

Surtem, desde logo, dificuldades que acarretam sérios problemas: a inexistência de classificação homogênea referentes às atividades e ocupações nas estatísticas sobre mão-de-obra; o atraso com que se divulgam os levantamentos feitos e sua fidedignidade estatística, quando realizados por amostragem (pois sabe-se que muitas vezes não atendem aos requisitos técnicos da teoria de amostragem).

\*  
\* \* \*

As projeções realizadas, no IPEA, para o desenvolvimento socioeconômico brasileiro no período 1967-1976, apresentam um plano de formação de pessoal para a indústria, abrangendo desde o operário semiqualiificado até os profissionais de nível superior mais diretamente ligados ao setor secundário da economia. O plano de formação industrial é parte integrante de um conjunto de projeções de necessidades de educação e mão-de-obra, para dez anos. Necessidades que, por seu turno, derivam de um conjunto de projeções econômicas abrangendo os principais setores da economia (\*).

No presente estágio, por falta de levantamentos estatísticos, não se pôde elaborar, para os demais setores da economia, um plano de mão-de-obra tão abrangente.

Naquele plano, como estimativa preliminar, as metas mínimas de formação e treinamento de mão-de-obra industrial, até 1976, foram estabelecidas a partir das precárias informações existentes, acrescidas de cer-

(\*) - Pesquisas futuras deverão permitir a adequada regionalização desse planejamento, seguindo a metodologia já estudada e aplicada.

tas hipóteses de comportamento que serão esclarecidas em seguida.

Básicamente, as informações disponíveis eram:

i) número total de operários, por setor industrial, em 1963, obtido do Censo do IAPI;

ii) composição da mão-de-obra segundo a qualificação, por setor industrial, em 1965, obtida da pesquisa por amostragem realizada através de convênio IAPB-SENAI-EGV;

iii) estimativas do crescimento da produção e do emprego nos vários setores industriais, elaborados pelo IPEA.

Com estes dados, foi possível estabelecer uma previsão da mão-de-obra empregada em 1976, com os respectivos níveis de qualificação, e, portanto, exprimir as necessidades de treinamento e formação no período. Para chegar a êsse ponto, tiveram que ser admitidas algumas hipóteses, sobre as quais repousa quase toda a margem de erro contida no plano, abstração feita das imperfeições dos levantamentos estatísticos mencionados.

A principal hipótese simplificadora consistiu em admitir que a estrutura ocupacional da mão-de-obra observada em 1965 se manteria até 1976, a respeito das modificações tecnológicas esperadas. Também foi necessário admitir que, à época dos levantamentos utilizados, a economia estava em processo normal de produção e o mercado de emprego a chava-se equilibrado, não se registrando índices anormais de desemprego ou subemprego. Estas últimas hipóteses são tanto mais limitativas quanto se faz mister considerar que os dois levantamentos básicos utilizados são de natureza diversa e realizados em épocas distintas.

Com tôdas as imperfeições mencionadas, estimou-se que a demanda de mão-de-obra intermediária no setor industrial (indústrias de transformação, extrativa mineral e construção civil) se traduziria, em 1976, nos seguintes números:

Operários semiqualiificados .....	1 550 000
Operários qualificados .....	634 000
Agentes-de-mestria.....	182 000
Auxiliares técnicos.....	67 000
Técnicos de nível médio.....	40 000

Partindo dos estoques em 1967, para atingir essas metas, consideradas mínimas em face das hipóteses de que resultaram, e aceitando-se um índice de perda de estoque estimado em 3% ao ano, foi possível calcular



as incorporações anuais para substituição das perdas e expansão da produção. No período 1968-1970 essas incorporações podem ser assim estimadas:

Operários semiquualificados.....	243 400
Operários qualificados.....	109 530
Agentes-de-mestria.....	30 600
Auxiliares técnicos.....	11 260
Técnicos de nível médio.....	7 020

Com base nas incorporações previstas, poder-se-ia dimensionar o sistema de treinamento e formação. No caso em exame, porém, apenas os técnicos de nível médio são produto do sistema formal de ensino, basicamente a rede de escolas técnicas industriais. Os demais operários são treinados através dos programas do SENAI, do recente Programa Intensivo de Preparação do IAC e pelas próprias empresas.

No que concerne ao ensino técnico industrial, admitiu-se — e pesquisas mais recentes tendem a confirmar esta hipótese — que apenas 62% dos diplomados pelas escolas técnicas efetivamente são incorporados à mão-de-obra empregada. Pode-se assim estimar as necessidades mínimas de matrículas nos colégios técnicos industriais, necessidades estas que certamente serão ultrapassadas a julgar pelos números observados em 1967 e 1968. Entretanto, impõe-se uma redistribuição dessa matrícula total pelos diversos cursos, de vez que enquanto em alguns há um superavit evidente de matrículas, em outros há indicações claras de deficits.

Quanto às demais qualificações, atendidas principalmente pelos programas do SENAI e PIPROI, é no momento muito difícil identificar a parcela das incorporações anuais previstas que será fornecida por tais programas. Na área dos operários qualificados, estima-se que ambos atendam pelo menos 80% das necessidades, cabendo pouco menos de 3/4 dessa parcela ao SENAI.

Operacionalmente, portanto, a programação deixa a desejar principalmente porque não foi possível indicar as especializações dentro de cada grupo de qualificação. Por exemplo, a gama de ocupações abrangidas pelos operários semiquualificados é bastante extensa, além de se tratar de um tipo de operário de grande mobilidade no mercado de trabalho. Isto significa que os programas de treinamento voltados para essa classe de mão-de-obra devem ser não apenas muito diversificados mas também dotados de extrema flexibilidade para atender àquela mobilidade da mão-de-obra.

A diversificação e flexibilidade desejáveis dos programas de treinamento está na dependência de um melhor conhecimento do comportamento do mercado de emprego. Num prazo relativamente curto será possível a

utilização de fontes de informações já disponíveis que trarão maior segurança nos programas de treinamento e formação de mão-de-obra industrial. Podemos desde já apontar alguns aperfeiçoamentos possíveis:

i) as Agências de colocação do Ministério do Trabalho, em número de quinze em todo País, passarão a dispor, semanalmente, de informações sobre a demanda e oferta de empregos em cada setor e para cada tipo de ocupação e nível de qualificação; através dessas informações poder-se-á estimar as quantidades de operários necessárias e, assim, os programas de treinamento e retreinamento, segundo sua qualificação e a demanda do mercado;

ii) as listas mensais de demissões e admissões (Lei 4.233) poderão ser obtidas informações relativas às perdas do estoque (por morte, aposentadoria e outros motivos) e à taxa de absorção da mão-de-obra; estas informações poderão ser confrontadas com aquelas obtidas através das Agências de colocação;

iii) as relações da lei dos 2/3 contém um elenco apreciável de informações sobre a composição da mão-de-obra empregada: sexo, idade, grau de instrução, ocupação, remuneração;

iv) no âmbito mais geral da força-de-trabalho, os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, que agora começam a ser divulgados, permitirão o conhecimento periódico de detalhes relevantes, como: proporção da força-de-trabalho ocupada e desocupada (à procura de emprego), segundo a atividade e posição na ocupação, por sexo e grupo de idade, número de horas trabalhadas, tempo dedicado à procura de emprego, empregos segundo o grau de instrução e remuneração que perceber, etc...

A adequada combinação de toda essa massa de informações disponíveis, talvez com pequenos aperfeiçoamentos dos instrumentos de coleta e da apresentação final dos resultados, certamente conduzirá a uma melhoria progressiva da planificação de recursos humanos no País. Entretanto é indispensável a adoção urgente de uma classificação de ocupações, homogênea para todo o País, ou seja, de um dicionário de ocupações, sem o que pouca ou nenhuma utilidade prática terão as informações obtidas. Por outro lado, os serviços, órgãos ou sistemas de formação de mão-de-obra, a todos os níveis, devem estar atentos à evolução do mercado de trabalho, por êsses meios retratada, a fim de adequar consistentemente seus programas de treinamento, retreinamento e formação. A própria estrutura dessas unidades ou sistemas talvez deva ser reformulada de modo a se tornarem suficientemente flexíveis para adotarem rápidas modificações de programas e métodos.