

## Planejamento de saúde e integração docente-assistencial: algumas considerações

ERNANI BRAGA\*

Há cerca de duas décadas a Organização Mundial de Saúde iniciou a preparação de uma série de relatórios denominados *A situação de saúde do mundo*, cada qual cobrindo quatro anos cujas análises revelam interessantes aspectos das transformações que vêm ocorrendo nesse importante setor do desenvolvimento social.

Os quatro primeiros, relativos aos períodos de 1953-6, 1957-60, 1961-4, 1965-8, são bons retratos dos países-membros, tirados em seqüência regular, todos eles contendo informações sobre sua climatologia, geografia, demografia, características socioculturais e econômicas etc., bem como sobre a organização dos seus serviços de saúde pública.

O primeiro, como seria de esperar, teve caráter predominantemente descritivo e informativo; o segundo já tentou identificar as principais causas das denominadas "doenças sociais", vindo cobrir, com o terceiro, o período

\* Assessor do Programa de Estudos Avançados em Administração Pública para o Setor Saúde, do curso de mestrado da EBAP, membro do corpo docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro e membro do conselho deliberativo da FSESP; médico sanitário; superintendente do Serviço Especial de Saúde Pública — 1950-3; diretor geral do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Saúde — 1954; vice-presidente da American Public Health Association — 1955; presidente da Sociedade Brasileira de Higiene — 1955-6; vice-presidente da Assembléia Mundial da Saúde da OMS — 1963; diretor-executivo da Federação Pan-americana de Associações de Faculdades de Medicina — 1963-7; membro do conselho deliberativo da Capes — 1964-5; membro do Conselho Nacional de Saúde — 1965-7; diretor da Divisão de Recursos Humanos da OMS — 1967-73; membro do conselho diretor do Instituto Internacional de Planejamento Educacional da Unesco — 1970-2; diretor do Instituto Pres. Castello Branco, da Fundação Oswaldo Cruz — 1974.

de 1957 a 1964, quando numerosos países, havendo conquistado a independência e assumido a responsabilidade de operar os sistemas de saúde neles desenvolvidos durante o regime colonial, encontravam sérias dificuldades para expandi-los por não contarem com recursos suficientes para o seu custeio. O terceiro relatório veio, aliás, revelar a crescente preocupação das autoridades econômicas e de saúde dos países-membros com o acelerado aumento do custo dos serviços de saúde, não apenas em termos absolutos mas, o que é mais sério, relativamente ao ritmo de crescimento do produto nacional bruto. Foi nesse período que nitidamente começou a firmar-se o conceito de estar o custeio dos serviços de saúde condicionado ao grau de desenvolvimento social e econômico de cada país. Notou-se, ademais, que muitos países começavam a tomar decisões de fundamental importância no que concerne à legislação de saúde.

Estes dois pontos, isto é, o desenvolvimento socioeconômico e suas conseqüências em matéria de saúde, ao lado das reformas legais e administrativas dos serviços de saúde, previdência social e de bem-estar, aparecem com grande destaque no quinto e último relatório, referente ao período 1969-72, submetido à consideração da XXVII Assembléia Mundial de Saúde, reunida em Genebra em maio de 1974.<sup>1</sup> Não veio, esse relatório, mostrar que os clássicos problemas de saúde, representados pelas doenças que derivam das más condições ambientais, tenham sido resolvidos. Porém, expôs com muita clareza, que a tecnologia da saúde e os modernos métodos de administração podem associar-se racionalmente e que, se em alguns países a varíola não foi erradicada, ou a tuberculose controlada com a rapidez desejável, isso se deveu a dois obstáculos principais: falta de recursos financeiros e debilidade das estruturas administrativas nacionais. A recíproca é evidentemente verdadeira, havendo aquele relatório fornecido bons exemplos a respeito.

Vale referir que pouco a pouco foi sendo reconhecido que as relações entre o desenvolvimento econômico e o setor social são bem mais complexas do que se imaginava. De fato, já é do consenso geral que o fortalecimento e a melhoria dos serviços de saúde não decorrem automaticamente do crescimento econômico e, ainda, que na falta de uma legislação social adequada, há o risco de o rápido crescimento industrial vir acentuar os desníveis dos padrões de vida e saúde dos diferentes grupos da população. A elevação desses padrões para todos exige estruturas governamentais bem lastreadas financeiramente, capazes de cobrir amplamente o setor social e empreender mecanismos eficazes de prestação de serviços de saúde.

O período de 1969 a 1972, coberto pelo quinto relatório, foi marcado por profundas mudanças na legislação social e na organização da administração de saúde de muitos países. Alguns deles tentaram agrupar os órgãos públicos de saúde, bem-estar e previdência social sob um único ministério — responsável pela aplicação de recursos de um verdadeiro orçamento social, a resultar dos que originalmente haviam sido destinados ao custeio das atividades daqueles órgãos. A maioria dos países continua

<sup>1</sup> World Health Organization, XXVII Assembléia Mundial da Saúde. Doc. A 27/10/ Part. 1, 19.3.1974. Genebra, Suíça.

porém a manter suas estruturas tradicionais para o trabalho de saúde e, como as mesmas geralmente não conseguem no plano altamente competitivo das administrações nacionais a aceitação da tese de que investir em saúde é de excelente rentabilidade, o que comumente se vê é a típica escassez de recursos para que toda a população receba um mínimo de cobertura para o atendimento de suas necessidades nesse campo.

Não há país que possa afirmar ser possuidor de um sistema de saúde perfeito. Os em via de desenvolvimento têm que enfrentar problemas imediatos, graves, como o das doenças transmissíveis, ou o da desnutrição, ambos relacionados aos baixos níveis socioeconômico e de educação das respectivas populações. Por seu vulto, esses problemas dominam aqueles que nos países desenvolvidos normalmente figuram no primeiro plano, levando ao reconhecimento de que a real complexidade dos problemas de saúde só é revelada quando os riscos mais óbvios foram erradicados, ou reduzidos a um mínimo, permanecendo sob controle. A eliminação ou redução desses riscos não se faz entretanto sem dificuldades e até mesmo sem alguns fracassos.

Quando os recursos são limitados, nem todos os problemas de saúde podem ser enfrentados sob o mesmo grau de prioridade, pois apesar do conhecimento que se tem sobre algumas das doenças predominantes, a aplicação de medidas de caráter científico que redundem em seu controle se faz em geral lentamente. Muito, porém, poderá ser realizado se os conhecimentos disponíveis forem aplicados de maneira racional e aí está precisamente a principal falha dos serviços de saúde: por falta de racionalidade e boa administração a maioria dos países do mundo não consegue levar à totalidade de suas populações um mínimo de atendimento integrado de saúde. Diz-se que os países menos desenvolvidos são pobres demais para fazê-lo, mas a experiência internacional vem demonstrando que é possível implantar serviços nacionais de saúde de custo econômico, capazes de proporcionar um tipo de atendimento técnico e socialmente aceitável, com um máximo de cobertura. Indispensável será, no entanto, que tais serviços resultem da integração a níveis central, regional e local das diversas forças que direta ou indiretamente atuam na área da saúde, e isto requer planejamento.

Por certo que o planejamento de saúde vem ganhando nas últimas décadas cada vez maior aceitação, pois visa racionalizar o desenvolvimento de um entendimento social destinado a compatibilizar as complexas necessidades dos indivíduos com a complexidade da tecnologia científica, mediante uma abordagem logística de prestação de serviços de saúde. É evidente que cada nação terá de desenvolver o "seu" modelo, com base em suas tradições histórico-culturais, em suas características socioeconômicas e em sua capacidade, senão em seu engenho de adotar soluções apropriadas e de aplicá-las eficazmente. Como diz O. W. Anderson,<sup>2</sup> é a moderna empresa da saúde capaz de absorver e aplicar a tecnologia, em

<sup>2</sup> Anderson, O. W. *Styles of planning health services: The United States, Sweden and England. International Journal of Health Services*, v. 1, n. 2, p. 106-20, May 1971.

crescente evolução, da medicina e das ciências correlatas, sempre tendo pela frente a difícil responsabilidade de definir *o que, quanto, a quem, onde e quando* deve ser feito para prevenir a doença e prolongar a vida.

Ao observar que mesmo nos países mais adiantados os serviços médico-assistenciais e sanitários apenas começam a ajustar suas ações ao conceito social da saúde, Karl Evang<sup>3</sup> mencionou o fato de sempre termos estado familiarizados com a medicina institucionalizada, predominantemente curativa, cuja contribuição ao progresso dessa ciência, inclusive aos seus aspectos preventivos, tem sido enorme neste século. O desenvolvimento de hospitais e centros médicos de grande complexidade veio entretanto evidenciar a inexistência, ou a carência, de unidades assistenciais de bastante simplicidade para cuidar de pacientes portadores de condições mórbidas pouco severas e, além disso, atuar no campo da prevenção de determinadas doenças. Segundo Milton Roemer,<sup>4</sup> está ocorrendo uma reação de cunho social em prol da prestação de cuidados de primeira linha ou primários, em contraste, mas não em oposição, aos de caráter institucional e especializado que continuam a predominar. Daí o cada vez mais freqüente inter-relacionamento de hospitais altamente sofisticados com unidades médico-sanitárias de simples e média complexidade, integrando serviços de saúde de maior, ou menor amplitude. É a adoção, tanto em teoria quanto na prática, do princípio da hierarquização das ações de saúde, sejam curativas, sejam preventivas, e de sua prestação segundo o critério de regionalização, ou melhor, em conformidade com uma correta filosofia de descentralização.

Obviamente, num sistema regionalizado de saúde em que haja co-participação das instituições pertencentes tanto ao setor privado quanto ao setor público, os serviços médicos mais diversificados e complexos estarão normalmente localizados em comunidades de maior porte, pois nelas se concentram os recursos socioculturais, humanos, tecnológicos e materiais indispensáveis a sua boa operação. Como diz Murillo Villela Bastos,<sup>5</sup> “a complexidade dos recursos médico-sociais terá que variar de uma localidade para outra, em função da concentração demográfica, da nosologia e dos recursos gerais da comunidade”. Bem grandes são, no entanto, as dificuldades para regionalizar serviços de saúde, com hierarquização de ações, cobrindo populações distribuídas por extensas áreas. Se examinarmos o que ocorre a tal respeito nos mais diversos países, veremos que todos buscam imprimir aos seus programas de saúde uma orientação sistêmica que lhes permita oferecer ampla e equilibrada cobertura às respectivas populações. Também constataremos que, além de serem influenciados por aqueles fatores histórico-culturais, seus programas se desenvolvem fundamentalmente segundo deci-

<sup>3</sup> Evang, Karl. Contribution towards the philosophy of health. *International Journal of Health Services*, v. 1, n. 2, p. 98-105, May 1971.

<sup>4</sup> Roemer, Milton I. Organized ambulatory health services in international perspective. *International Journal of Health Services*, v. 1, n. 1, p. 18-25, Feb. 1971.

<sup>5</sup> Bastos, Murillo Villela. *Sistema Nacional de Saúde*; contribuição para a discussão do tema na V Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Ministério da Previdência e Assistência Social, ago. 1975. p. 41-2.

sões de cunho político e, sobretudo, econômico, que determinam sua natureza e a ênfase a ser dada às respectivas ações.

Independentemente de sua estrutura ou ideologia política, a maioria dos países do mundo caminha para a adoção de sistemas de saúde coordenados pelo Estado e por este financiados, através do seguro social. Suas populações adquirem, assim, o direito de livre acesso aos mesmos, uma vez que as instituições prestadoras de serviços médico-assistenciais e sanitários dependem cada vez mais do Governo.

Mas tem sido observado que a aplicação dos modernos princípios do planejamento de saúde freqüentemente se defronta com obstáculos decorrentes, na maioria, de estruturas políticas, ou legais, que simplesmente não evoluíram tão rapidamente quanto a ciência ou a tecnologia. Em geral, nessa matéria os países adotam as seguintes abordagens: a primeira, característica do mundo socialista, consiste na síntese dos estudos realizados em três níveis, isto é, no central, essencialmente político; no técnico, dependente das diversas instâncias administrativas, e no comunitário, local, cuja problemática de saúde ao ser identificada vai compor o quadro total a ser trabalhado. A segunda, típica dos países em desenvolvimento — todos eles, será justo mencionar, bastante receptivos à idéia do planejamento de saúde — esbarra na escassez de recursos humanos e financeiros e faz com que no plano local se aplique sem muita discussão o que houver sido decidido a nível central. É certo que apesar de os problemas prioritários de saúde serem relativamente fáceis de definir nesses países, muito se ressentem eles não só do acentuado desequilíbrio existente entre suas áreas urbanas e rurais como de uma inadequada legislação social. Já os países desenvolvidos têm que ser vistos sob uma perspectiva especial, isto é, a de enorme variedade de alternativas que adotam em matéria de planejamento de saúde. Alguns simplesmente não o realizam em escala nacional; outros começam a instituir mecanismos centrais para coordená-lo; outros, enfim, fazem-no somente a nível local, comunitário, ou institucional.

Há, sem dúvida, uma evolução lenta, porém segura, a favor do estabelecimento de mecanismos de caráter legal, financeiro e técnico destinados à elaboração e implementação de planos de saúde devidamente integrados nos planos nacionais de desenvolvimento. Trata-se de um processo complicado, exigente, a requerer cuidadoso estudo dos serviços a serem oferecidos, bem como da maneira de os mesmos serem bem utilizados pela população. Tudo indica que o conceito de cobertura de saúde, em sua mais ampla conotação, indo do indivíduo à família, à comunidade e à sociedade, começa a criar sólidas raízes. A descentralização aparece portanto como elemento-chave da estratégia de um processo que é sujeito a pressões de toda ordem, por meio das quais determinados grupos sociais e, mesmo, profissionais, buscam influir na distribuição, volume e qualidade dos recursos médico-assistenciais e sanitários, principalmente os primeiros, a fim de que os mesmos venham a atender a suas aparentes necessidades, senão a seus interesses. É, no entanto, fundamental que os países em acelerado grau de desenvolvimento, como o Brasil, tenham na devida conta, pelo menos, que:

médico e apenas duas haviam sido hospitalizadas.<sup>10</sup> Pouco alentadora tem sido infelizmente a constatação do fato de aquelas unidades de vigilância não estarem exercendo, como seria desejável, influência decisiva com respeito à formulação e ao estabelecimento de uma política de preparação da mão-de-obra de que o setor saúde tanto carece. O processo é lento e como em suas aspirações em matéria de saúde a sociedade se modifica rapidamente, há um descompasso que exige vigorosa ação e constante determinação. Um bom passo avante começa no entanto a ser dado com a instituição dos denominados *complexos docente-assistenciais*, definidos por Mário Chaves<sup>11</sup> como “acordos entre universidades e várias instituições do setor saúde, que permitem que regiões assistenciais predefinidas sejam utilizadas para fins docentes em seus vários níveis, participando ao mesmo tempo as universidades no aprimoramento dos serviços nas áreas abrangidas. Não implicam uma absorção das responsabilidades, e sim uma inserção dos hospitais universitários, quando eles existem, na rede de serviços de saúde, com o grau de integração que as circunstâncias permitem”.

Nesses campos ampliados de aprendizado, os estudantes das diversas profissões de saúde terão oportunidade de participar dos trabalhos de unidades médico-assistenciais e sanitárias de vários tipos e níveis, nelas desempenhando tarefas de crescente complexidade. Estarão, assim, expostos a toda gama de cuidados de saúde, desde os denominados “cuidados primários”, prestados por unidade de primeira linha, voltados para o atendimento em caráter contínuo das doenças mais comuns de pequenas parcelas da população, até os de níveis secundário e terciário, aqueles a cargo de hospitais gerais comunitários de pequeno ou médio portes, capazes de utilizar uma tecnologia intermediária no atendimento de pacientes portadores de condições mórbidas que requeiram atenção descontínua e eventual hospitalização, e estes a serem prestados por instituições altamente especializadas — como os hospitais universitários — capacitadas a diagnosticar e tratar doenças da maior complexidade e também a servir como instância mais alta de um sistema regionalizado de cobertura de saúde. Quanto ao Brasil, justo será mencionar a iniciativa pioneira da Universidade de Brasília nesse campo, ao utilizar a partir de 1964-5 uma comunidade inteira — a cidade-satélite de Sobradinho — como área de aprendizado para os cursos de medicina e das profissões afins, e atribuir aos corpos docente e discente da Faculdade de Ciências da Saúde — esta última aparecendo como única instituição médico-hospitalar e sanitária da localidade — a responsabilidade solidária de cuidar, no mais amplo sentido e em todos os seus aspectos, da saúde de sua população.

Mais tarde, em fins de 1968, a Lei nº 554 da Reforma Universitária veio estabelecer critérios mais objetivos sobre o papel a ser cumprido pelos deno-

<sup>10</sup> *Idem.* p. 238.

<sup>11</sup> Chaves, Mario M. Regionalização docente-assistencial e níveis de assistência. Trabalho apresentado em 26 ago. 1975 no Seminário sobre Hospitais de Ensino, realizado no Rio de Janeiro sob os auspícios do Programa Nacional de Treinamento de Executivos (PNTE), da Secretaria de Planejamento da Presidência da República e publicado neste número da *RAP*.

minados hospitais de ensino no processo de extensão, às comunidades, das atividades educacionais das universidades e estabelecimentos de ensino superior. Mas foram os documentos elaborados pela Comissão de Ensino Médico do MEC, especialmente o de número 2, sobre *Ensino médico e instituições de saúde*,<sup>12</sup> de março de 1974, que vieram marcar no plano nacional o início das transformações ora em curso neste país. Através de todo o texto daquele documento, essa comissão na maioria composta por eminentes profissionais da área clínica buscou enfatizar a necessidade de “mecanismo visando a articulação regular, sistemática, *quando não compulsória* (o grifo é do autor), entre os hospitais universitários e as demais unidades de saúde existentes. Entre as conclusões, vale ressaltar a de número 9, que diz: “A articulação dos hospitais universitários com as demais unidades do sistema de saúde é um imperativo, quer para o ensino médico, quer para a assistência à coletividade. Tal articulação deverá ser prevista em planos de âmbito nacional e regional. Obviamente se pressupõe a necessidade da implantação de uma política de saúde, sem a qual não é possível a coordenação do sistema utilizador (o da saúde) com o produtor (o da educação), através da formação de recursos humanos.” No mesmo ano, em outubro de 1974, é sancionada a Lei nº 6.118<sup>13</sup> que cria o Conselho de Desenvolvimento Social, transformando num lógico trinômio o binômio até então formado pelos Conselhos Nacionais de Segurança e de Desenvolvimento Econômico. E em dezembro desse mesmo ano é encaminhado ao ministro da Saúde o relatório de um grupo interministerial instituído para estudar a situação e as perspectivas, no País, dos recursos humanos para a saúde e propor soluções. Tal relatório recomendou o estabelecimento de um programa com base em três grandes áreas de ação:

- a do planejamento de recursos humanos;
- a da preparação direta de pessoal para a saúde;
- a de apoio ao desenvolvimento de um programa nacional de preparação e distribuição estratégica de pessoal de saúde.

Para implementar a terceira dessas áreas, o Ministério da Saúde celebrou em agosto de 1975 um acordo com o Ministério da Educação e Cultura e com a Organização Pan-americana de Saúde, estabelecendo o mecanismo necessário ao desenvolvimento do programa e dos projetos correspondentes, entre os quais foi incluída com destaque a criação de regiões ou áreas docente-assistenciais, “com a finalidade de possibilitar a experimentação de modelos, métodos e procedimentos que viabilizam a regionalização de serviços e a articulação técnica e administrativa das múltiplas instituições do setor, permitam a adequada articulação da formação de recursos humanos

<sup>12</sup> Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura. Documento n. 2, *Ensino médico e instituições de saúde*. Brasília, MEC, mar. 1974.

<sup>13</sup> Lei n.º 6.118, de 9.10.1974, que cria o Conselho de Desenvolvimento Social.

para a saúde com o sistema prestador de serviços, e possam ser aplicados progressivamente em outras regiões do País".<sup>14</sup>

Este evento, de inegável importância, veio a ser reforçado em sua significação pela promulgação, em 15 de julho de 1975, da Lei nº 6.229 "que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde".<sup>15</sup> A implantação dessas áreas de integração docente-assistencial passa então a aparecer como instrumento central do processo de gradual implantação daquele tão esperado Sistema. De fato, sucedendo um período relativamente longo, durante o qual a ação governamental desenvolvida no campo da saúde foi caracterizada por "elevado grau de dispersão de esforços e de indefinição de competências das entidades públicas e privadas ligadas ao setor",<sup>16</sup> a presença do Estado no campo da proteção e da recuperação da saúde da população começa claramente a tomar consistência. Conforme já foi mencionado, ao atenuar o sentido individualista das decisões nos diversos setores de ensino, a Lei da Reforma Universitária já permitia antever, no tocante ao funcionamento dos hospitais universitários, que os mesmos teriam que pautar suas ações por critérios objetivos, com base nas reais condições de saúde das comunidades em que se situassem. O referido Documento nº 2, por sua vez, declarava que os hospitais universitários teriam que "se articular com a rede geral de saúde, por maneira a exercer uma ação comunitária" e que, além disso, teriam que agir como "um órgão hierarquizado dentro do sistema de saúde no qual funciona como centro básico, em plena articulação com as demais unidades de saúde". Vêm, assim, aqueles hospitais gradualmente se integrar no sistema local regionalizado de saúde, organizado segundo os preceitos da Lei nº 6.229 e dentro da política de valorização de recursos humanos do II Plano Nacional de Desenvolvimento, isto é, de "uma estratégia que visa primordialmente a clara definição do setor, com base em mecanismos de coordenação que anulem imprecisões, ou superposição de âmbitos de atuação".<sup>17</sup>

O que está ocorrendo em nosso país se repete por toda parte, pois a realidade social do problema saúde, com sua indistigável gravidade no mundo em desenvolvimento, não mais permite a ausência de claras tomadas de posição a respeito. Há em marcha um processo de mudança a requerer ação imediata quanto ao planejamento e desenvolvimento de sistemas de saúde que ponham cobro à anarquia institucional decorrente de sua inexistência, conduzam a abordagens socialmente justas, tecnicamente adequadas e economicamente viáveis, e permitam, como espera Mahler,<sup>18</sup> que até o ano 2000 a meta "saúde para todos" tenha sido atingida.

<sup>14</sup> Documento de trabalho do I Seminário sobre Integração docente-assistencial, realizado em Brasília, DF, de 2 a 6 de agosto de 1976, sob os auspícios do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e Cultura e da Organização Pan-americana de Saúde, p. 9.

<sup>15</sup> Lei nº 6.229. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, seção I, parte I, ano CXIII, n. 135, 18.7.1975.

<sup>16</sup> Exposição de motivos acompanhando o projeto da Lei nº 6.229.

<sup>17</sup> II Plano Nacional de Desenvolvimento.

<sup>18</sup> Mahler, H. La salud para todos en el año 2000. *Crônica da Organização Mundial da Saúde*. Genebra, v. 29, n. 12, p. 497-502, dez. 1976.



## Summary

The author begins by offering his comments on the five reports produced each four years by the World Health Organization on the health situation of member countries in the 1953-72 period.

Besides describing the geophysical and socio-cultural characteristics, and the health services of these countries, the reports emphasize the so-called "social diseases" and the difficulties faced by many countries with the scarcity of funds to afford the increasing costs of public-health services. The reports clearly characterize the member countries' preoccupation with such a problem and confirm the recent acceptance of the theory that the cost of health is conditioned by the degree of each country's socio-economic development and fundamental decisions on health legislation. The thesis that investing on health is highly profitable is still not largely accepted. As a result, funds to fulfill health needs are scarce. This makes it indispensable that priorities be established in the process of solving health problems.

The fifth report, covering the 1969-1972 period, seems to be the most important from the administrative and social viewpoints, for it shows the possibility of rationally associating health technology and modern management methods in order to strengthen and improve health services. According to the author, the period covered by the fifth report was marked in many countries by deep changes in social legislation and health-administration organization.

In his opinion no country can claim to have a perfect health system, but he insists that the absence of rationality and good management is the main flaw of health services. In most countries, this makes it impossible for all the population to receive a minimum of health assistance, be it centrally, regionally or locally integrated.

This problem can only be solved by adopting planning models which reflect the capacity, the historical-cultural traditions and the socio-economic characteristics of the countries for which they are developed. In this respect, the author enhances the adoption of the principle of hierarchizing health actions. According to this decentralizing philosophy, the complexity of medico-social resources varies according to the community's demographical concentration, nosology and general resources. It also involves the joint participation of public and private institutions.

Independently from their political structure or ideology, most countries tend to adopt health services which are coordinated and financed by the government through social insurance, but according to three different approaches:

1. socialist countries — studies are synthesized on three levels: central level (essentially political); technical level (dependent on various admi-

\* There is no equivalent short expression, in English, for *integração docente-assistencial*. It expresses, in fact, the utilization of the local, regionalized health services for the education and training of physicians and allied health personnel.

nistrative instances); and communitary level (once identified, its health problems will become the general picture to be worked upon);

2. developing countries — the scarce financial and human resources cause the local-level to adopt what has been decided by the central level; and

3. developed countries — a variety of alternatives makes some of them adopt national-scale planning; others are just beginning to use central mechanisms to coordinate planning; the remaining ones adopt local — communitary — or institutional-level planning.

The author notices a slow but firm evolution towards the use of legal, financial and technical instruments in the development and implementation of health plans as part of national development plans. The weak point of health planning is the unbalance between the growing demand for qualified human resources and the educational system's production capacity.

Therefore, health planning has to consider that the needs, types and characteristics of such personnel vary according to the involved situation. This requires the interdisciplinary action of administrators, health planners and educators, especially in the biomedical sciences.

In this respect, the author mentions the recommendation issued by the World Health Assembly in 1971, suggesting the creation of "health manpower surveillance" offices in every country. They should be positioned close to top health-administrations; their job should be to study the problems related to human resources for health, propose relevant measures and follow up their implementation.

Agreements have been signed everywhere between universities and health institutions as a result of that recommendation. They will allow the use of predefined health areas and/or regions for learning and teaching purposes on many levels.

The milestone of the changes that are now taking place on the Brazilian national level was the issuance of a document on *Medical education and health institutions*, produced in 1974 by the Medical Education Committee of the Ministry of Education and Culture. At that time, an interministerial group was created by the Ministry of Health to study the situation and perspectives of human resources for health, as well as to propose a plan of action to be incorporated in the II PND (National Development Plan).

Three large areas composing a program for strategical training of health personnel were proposed by the group and became the subject of an agreement between the Ministry of Health, the Ministry of Education and Culture and the Pan-American Health Organization. One of these areas is to especially develop projects aiming at the creation of teaching and health attention areas. These will allow the testing of models towards the regionalization of health services, as well as the articulation of health manpower education and training with the health services delivery system.