

Do Pessoal Técnico para as Obras de Proteção à Maternidade e à Infância

RANDOVAL MONTENEGRO

1. Dentre as dificuldades que se antepõem ao desenvolvimento de um plano razoável de assistência médico-social da criança em nosso país, uma se destaca perfeitamente pela sua importância: é a falta de pessoal tecnicamente aparelhado nos locais e momentos em que as atividades de puericultura se tornam mais necessárias.

Não foi por outro motivo que a V Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria, recentemente reunida em Recife, incluiu o assunto na matéria de seu temário em busca de idéias e sugestões.

Necessário é salientar que as iniciativas visando à formação de técnicos para qualquer setor de atividade não podem deixar de levar em conta, preliminarmente, o estudo de certos fatores cuja influência, nessa espécie de planejamento, parece decisiva. Dentre esses fatores, vale a pena citar o vulto e a natureza dos problemas que os técnicos deverão resolver, as possibilidades práticas das soluções objetivadas, a ordem de prioridade das providências indicadas, a qualificação de pessoal necessário e os dados numéricos relativos a esse pessoal em escala desejável, etc.

2. *Problema da criança em função de outros problemas da mesma comunidade* — Entendemos que as crianças morrem muito. Já morreram mais. Antes, conformávamo-nos com isso. Hoje, achamos isso uma aberração. A verdade é que a criança pequena precisa de certos cuidados, atuais e antecipados, para neutralizar sua alta vulnerabilidade às hostilidades do meio. Existe uma técnica. Essa técnica, porém, não está ao alcance de todos. Basta, às vezes, estender o braço. Tudo está em volta. Mas, esse braço falta. E a criança paga, com a vida, na ausência do conhecimento específico, da providência adequada, que é, às vezes, de uma simplicidade impressionante.

Para nós, puericultores, o problema da criança é ímpar, é o máximo. Na verdade, porém, ele é apenas um dos muitos e graves problemas de uma nação.

Países que não evoluíram suficientemente para superar seus problemas básicos, também se mostram impotentes para solucionar o problema da criança. A alta mortalidade de menores em baixa idade é, evidentemente, um teste para a evolução de um povo, seja em sentido cultural, seja em sentido político, seja em sentido econômico. Infelizmente, esse teste se volta contra o nosso

país. Daí o nosso empenho em dar maior projeção às medidas de proteção à criança. Outros problemas, todavia, disputam essa prioridade. São muitos e, igualmente, graves. O que resta é cada um procurar fazer a sua parte.

3. *Perigos fundamentais* — Afinal, que perigos ameaçam a geração que surge? Como se apresentam eles na ordem de prioridade? Essas perguntas não deixam de ter uma certa oportunidade porque devemos começar o planejamento tendo em vista os problemas de maior urgência e importância. Os recursos não são muitos e, por isso, não devem dispersar-se em providências adiáveis. Nos campos de batalha são recolhidos, primeiramente, os feridos com possibilidade de vida. Mortos e moribundos ficam para depois. É cruel, mas é justo. Assim também devemos pensar quando fazemos planos de salvação das nossas crianças. Primeiro, o que é mais urgente e propositado aos nossos recursos e à realidade brasileira.

A batalha da criança oferece dois aspectos da maior relevância. Primeiro, o de sua salvação física até os dois anos e meio. Segundo, o de sua salvação moral e social a partir da idade escolar ou, mesmo, antes disso. No primeiro caso, os problemas são de ordem médica ou médico-social. No segundo, são de caráter educacional e jurídico-social, fugindo, portanto, à nossa esfera de ação.

Muitas vezes, ao tratar da recuperação física de uma criança, ficamos pensando se ela não vai, dentro de poucos anos, ingressar no exército dos menores abandonados, cujo número se aproxima rapidamente dos 100.000 na Capital da República e vai no mesmo passo nas outras capitais. Quem diz menor abandonado, diz menor delinqüente. E eles hoje se organizam em grupos agressivos, tão perigosos como os de delinqüentes adultos e, mesmo, mais.

O drama da criança, a partir da idade escolar, nos nossos grandes centros, apresenta-se aos olhos do observador atento como um suicídio moral em larga escala ou, o que é igualmente grave, como disseminação maciça de fermentos de desagregação social, pasto de doutrinas e ideologias de exceção. Dêsse modo, o problema se apresenta ao poder público configurado em dois itens essenciais: 1 — assistência médica ou médico-social da criança até os 30 meses, objetivando sua salvação física; 2 — assistência social e escolar ao menor, a partir dos 6-7 anos, visando sua salvação

moral. Dêsses dois itens, só o primeiro pode inscrever-se na órbita das atividades próprias do D.N.Cr. e de seus satélites. Não há negar a existência de outros problemas de interesse médico ou médico-social. São, no entanto, problemas secundários, aqui preteridos pela posição excepcional dos dois lances que acabamos de assinalar.

4. *Puericultura médico-social da primeira infância* — A criança precisa nascer sadia e receber cuidados especiais para atravessar a fase de maior fragilidade. Isso pode ser representado, em matéria de planejamento assistencial, em um esquema com três capítulos: I — assistência pré-natal; II — assistência intranatal; III — assistência pós-natal até, pelo menos, os dois anos e meio. Não cabe aqui dar maiores esclarecimentos sobre o conteúdo de cada um desses capítulos de sobra conhecidos. Apenas a assistência pós-natal deve ficar bem delimitada, cabendo no termo a orientação higieno-dietética, a assistência pediátrica, a assistência alimentar e a assistência social ou, mais propriamente, o serviço social amparando a criança, pelo menos, até os 30 meses.

Dois gêneros de serviços ou instituições podem incumbir-se do desempenho das tarefas assinaladas nos três capítulos do esquema, pelo menos, atendendo aos padrões mínimos desejáveis. São os *postos de puericultura* e as *maternidades*. Outras obras não serão para desprezar, porém, dada a carência de programa assistencial observada na realidade brasileira, parece-nos que todo esforço deve ser feito no sentido de saturar a totalidade do território de organizações desses tipos. Só, então, será lícito, em cada jurisdição, pensar em obras de padrão assistencial mais evoluído para atender aos demais aspectos da proteção médico-social do menor.

5. *Dos postos de puericultura* — Quatro são as modalidades de serviços habitualmente atribuídos a esses postos: higiene pré-natal; higiene infantil, assistência alimentar e serviço social. Geralmente, torcem o nariz para a assistência pediátrica, o que não parece razoável. As crianças adoecem com facilidade e o trato de sua patologia não passa, na maioria dos casos, de uma rotina das mais acessíveis. Os distúrbios gastroenterotróficos e os quadros infecciosos — que são as ocorrências clínicas mais comuns na criança — são passíveis de remoção mediante técnicas esquemáticas que podem ser promovidas, certas vezes, até à distância. Criança sem assistência pediátrica é criança em perigo de vida. E os postos de puericultura, pelo menos no interior, não podem abandoná-la à própria sorte movidos por princípios doutrinários perfeitamente ultrapassados na era das sulfas combinadas e dos antibióticos.

6. *Das maternidades* — Estas devem ter como programa mínimo a assistência intraparto e a assistência no puerpério. A assistência intraparto, contudo, deve procurar livrar-se de certas posições de um carrancismo doutrinário sem justificativa em face do panorama social do país. Torna-se indispensável, conseqüentemente, pro-

gredir mais em sentido quantitativo que em sentido qualitativo. A assistência precisa ser mais ampla, mesmo que não seja muito boa, porque a que existe é, geralmente, nula ou, então, péssima. Um número maior de mulheres deve dispor de assistência hábil ou, no mínimo, razoável. Para tanto, os serviços de assistência obstétrica domiciliária (A.O.D.) devem ter o máximo de desenvolvimento, pelo menos nas comunidades pobres de recursos. Geralmente a A.O.D. funciona como uma dependência da maternidade. A sugestão é para inverter-se essa fórmula. Na verdade, a mulher brasileira prefere ter o filho em casa. Em geral, é a parteira quem vai atendê-la. Nas classes menos favorecidas, contudo, mesmo na Capital da República, quem atende à parturiente é a aparadeira obtusa, comprometida com ritos e credices geralmente muito perigosos. Convém deixar de lado a expectativa de uma posição cultural fora do alcance da nossa gente e procurar atingir o grosso da clientela onde esta se torne mais acessível e sem a preocupação de modificá-lhe, de improviso, as inclinações que já vêm de longe. Grande número de mulheres podem ser assistidas no próprio domicílio, conforme o gosto e costume da terra. Devemos tomar a frente às curiosas e aparadeiras. Estas, por sua vez, podem tornar-se mais úteis ou menos perigosas submetendo-se o seu trabalho a uma certa disciplina. O internamento pode tornar-se inevitável. A fisionomia ou gravidade de certos casos pode torná-lo imprescindível. As condições do domicílio não são muito favoráveis e a cliente concorda em ter o parto na maternidade. Mas, pode não concordar e não vamos largá-la à própria sorte. De qualquer maneira, o parto deve ter a melhor assistência possível ou, no mínimo, a menos má. Se as pacientes recusam a maternidade, é a vez da A.O.D. entrar em ação.

Torna-se, portanto, imperativo adotar um critério novo, concedendo percentagens de serviço maiores à assistência domiciliária porque, se não formos aos lares, eles serão visitados por outros menos indicados. Daí a sugestão para inverter-se a fórmula maternidade — A.O.D. A assistência obstétrica domiciliária pode realizar um trabalho educativo da maior importância, inclusive no que se refere ao preparo psicológico dos pais no sentido de submeterem a criança à orientação adequada no posto de puericultura. Aos poucos, a maternidade irá formando ambiente e adquirindo maior prestígio moral até estar em condições de discriminar, com êxito, os casos que devem ser internados ou atendidos em domicílio.

Outros serviços podem ficar a cargo das maternidades, além dos já referidos. A assistência pré-natal em ambulatório, o internamento de gestantes por motivos de ordem médico ou social, as consultas de ginecologia e o serviço social podem a elas ser incorporados. Dêste último grupo, cumpre ressaltar a importância do serviço social, que pode ser obtido sem grande ônus. Um bom serviço social e não haverá obstáculo ao entendimen-

to da maternidade com a sua clientela real ou potencial.

7. *Da prioridade quanto ao local* — Variam as exigências conforme se trate das capitais ou de localidades do interior. Nas primeiras, recursos existem. Não estão, porém, acessíveis a todos. Alguém precisa intervir para fazê-los chegar às classes menos dotadas. Nas localidades do interior, ao contrário, os recursos são poucos ou inexistentes. Cumpre, portanto, desenvolvê-los ou, mesmo, criá-los como providência preliminar para qualquer programa. De pouca importância são os problemas de pessoal na capital do país ou nas capitais dos Estados. Médicos, parteiras, assistentes sociais, enfermeiras e outros agentes técnicos podem ser recrutados com relativa facilidade. Existe, mesmo, para alguns desses elementos, até uma certa plethora nas comunidades mais desenvolvidas. A carência é no interior. Em certas localidades a mortalidade infantil vai a 300, 400, 500 por mil e até mais. Nessas localidades, principalmente, é que está situada a urgência do problema.

8. *Da prioridade quanto ao recrutamento* — Nossa orientação agora será no sentido de dar prioridade aos problemas mais urgentes, nos locais onde são mais urgentes e por meio de instituições que sejam, ao mesmo tempo, as mais simples, as mais econômicas e as de maior alcance. Dentro desse ponto de vista é que vamos planejar o recrutamento para as nossas obras.

I — *Quanto à qualificação* — O pessoal técnico de maior interesse para essas obras é constituído de médicos, parteiras, enfermeiras, assistentes sociais e respectivos auxiliares. Os médicos são tirados, principalmente, de três ramos de especialização: médicos-puericultores, obstetras e pediatras. Outros especialistas, uma ou outra vez, serão solicitadas para colaborar. As enfermeiras que nos interessam são as de alto padrão e as auxiliares treinadas em obstetrícia, em pediatria ou bivalentes. Agentes sociais compreendem as assistentes sociais e as auxiliares de serviço social.

II — *Quanto à origem* — O recrutamento deve, preferentemente, visar os locais onde funcionam as obras, onde elas estão sendo planejadas e onde haja provável necessidade de sua instituição. Não sendo possível far-se-á em centro mais próximo possível dessas localidades.

9. *Formação e aperfeiçoamento do pessoal médico* — Como se viu em linhas acima, esse pessoal consta de médicos-puericultores, pediatras e obstetras.

I — *Médicos puericultores* — São elementos de escol, versados na política do D.N.Cr., em sua doutrina e pontos de vista harmônicos com o interesse nacional. Os médicos-puericultores são os supertécnicos dos programas de proteção à maternidade e à infância. Cabe-lhes dirigir e coordenar esses programas nas jurisdições a seu cargo e de acordo com os planos e a doutrina do órgão central (D.N.Cr.). Sob sua orientação ou super-

visão desenvolvem-se os programas de preparação de técnicos e as campanhas de esclarecimento público no plano regional ou local. Compete-lhes ainda apresentar soluções para todos os problemas técnicos de sua especialidade quando solicitadas por entidades ou órgãos locais.

Os médicos-puericultores são formados atualmente nos Cursos do D.N.Cr. Podem, no entanto, ser formados a expensas e sob responsabilidade dos órgãos estaduais de proteção à maternidade e à infância. Os médicos-puericultores do D.N.Cr. especialmente nas jurisdições onde há Delegacias, podem colaborar na criação desses cursos que devem ser organizados segundo os moldes adotados no Departamento e conferir diplomas com idênticos direitos. Nas capitais não faltarão, certamente, elementos capazes de prover as cadeiras desses cursos. Essas cadeiras são, como sabemos, de três campos de conhecimento: 1 — de medicina clínica, com a fisiologia e higiene da criança, a pediatria, a neuropsicologia e a obstetrícia; 2 — de medicina sanitária, com a bioestatística, a epidemiologia e a higiene mental; 3 — de ciências sociais, com a sociologia, o serviço social e a administração.

Os Estados adotarão o regime de bolsas, trazendo, para a frequência de seus cursos, médicos estabelecidos no interior ou que para aí se destinem.

II — *Médicos pediatras* — Devemos dar preferência a médicos que já exerçam a especialidade. São mais acessíveis aos ensinamentos administrados. Aprendem e retêm mais facilmente. Devem receber um curso teórico-prático de fisiologia e higiene da criança onde se ensinem, exuberantemente, as noções fundamentais dessa disciplina, principalmente no que se refere à dietética. Médicos não pediatras que estiverem interessados podem, igualmente, diplomar-se por esses cursos. Certos aspectos da pediatria serão também administrados minuciosamente, entre eles, o dos distúrbios do intercâmbio nutritivo, o da sífilis, o da tuberculose e o das helmintíases. É indispensável que esses cursos sejam complementados com estágios em serviços especializados (um a três meses) sob orientação de elementos articulados com o órgão que promove o ensino teórico.

III — *Obstetras* — Organizados com a mesma orientação referida a propósito dos médicos pediatras, os cursos para obstetras devem versar sobre ginecologia, higiene pré-natal e técnica obstétrica.

10. *Formação e aperfeiçoamento de parteiras e auxiliares de obstetrícia* — Estes cursos devem abrir mão dos excessos de formalidade. Para as parteiras, exigir-se-ão conhecimentos gerais necessários à compreensão da parte teórica do curso e à noção de responsabilidade indispensável à função. Como conhecimento técnico teórico, parece indispensável ensinar a anatomia regional interessada, a mecânica do parto, as manobras obstétricas dentro das limitações naturais da capacidade

dessa espécie de agentes, os cuidados com o nascituro e as noções de higiene e assepsia necessárias à segurança contra as infecções da mãe e da criança. Imperativo o estágio obstétrico prolongado (6-12 meses) sob controle, em instituição local.

As *auxiliares de obstetrícia*, como as das demais especialidades, têm para nós uma importância especial porque é com esse pessoal que temos de contar, na maioria das vezes. Como se sabe, torna-se difícil obter que o grosso do trabalho técnico, no interior, seja executado por elementos de alto padrão. A formação de auxiliares é mais de caráter prático. Deve ser estudada a possibilidade de estágio controlado das interessadas em todas as maternidades do interior. O controle do treinamento pode ser obtido com habilidade e boa vontade por intermédio do próprio pessoal médico das diversas instituições sem outra compensação que a consciência de prestar ajuda a uma obra de finalidade social elevada.

11. *Enfermeiras e auxiliares de enfermagem* — Cumpre intensificar a formação das enfermeiras de alto padrão. Não podemos ficar na estagnação em que estamos de longa data, dependendo de centros formadores de manutenção custosa como é o caso da Escola Ana Neri. É possível formar essas enfermeiras sem esse regime altamente oneroso de internato das alunas. Todas as capitais devem instituir os seus cursos de enfermeiras de alto padrão utilizando, para a parte prática, as organizações assistenciais nelas existentes. Não se diga que não há recursos locais suficientes, pois, muitas dessas capitais já possuem até universidades. As enfermeiras de alto padrão podem ser úteis, quer como coordenadoras das atividades de enfermagem em estabelecimentos de maior porte, quer como colaboradoras no aprendizado das auxiliares de enfermagem. Estas podem ser preparadas, seja para enfermagem pediátrica, seja para enfermagem obstétrica, seja para prática ambivalente. Aplicam-se aqui os mesmos princípios gerais recomendados para as parteiras e auxiliares de obstetrícia.

O aprendizado das auxiliares é muito mais de caráter prático que teórico, podendo aproveitar-se para esse fim as instituições existentes no interior com a indispensável coordenação dos órgãos dirigentes da proteção à maternidade e à infância.

12. *Dos agentes do serviço social* — Eis aqui um grupo técnico que parece não ter merecido dos responsáveis pelas atividades de proteção à maternidade e à infância a justa atenção. O serviço social (S.S.) não chega mesmo a ser conhecido suficientemente, inclusive por pessoas e autoridades envolvidas diretamente nessas atividades.

Já não se pode compreender uma campanha assistencial com uma clientela de feição tão peculiar — clientela de mães e de crianças oriundas de classes sociais trabalhadas pelo pauperismo e por outros males de discriminação social — que

não utilize largamente, como elemento de contato, essa modalidade de colaboradores. A linguagem dos técnicos é excessivamente dura para ser entendida pelos assistidos. Entre as mães e o pessoal técnico — médicos, enfermeiras, parteiras, etc. — há certos obstáculos que não podem ser removidos sem a interferência de agentes de formação especial. São os agentes do S.S. Para muitos, serviço social é fornecer dinheiro e alimentos ou roupas. Há, porém, alguma coisa mais séria que não sai dos cofres das instituições. É a compreensão, é o sentimento de solidariedade expresso em termos que essa gente pode sentir muito bem. Há outras tarefas específicas onde a ação do S.S. se torna indispensável, como, por exemplo, o levantamento e mobilização dos recursos da comunidade, o estudo dos problemas sociais que dificultam a marcha das atividades da campanha e como esses problemas podem ser contornados para realização mais ampla dos planos de trabalho, etc.

Os agentes sociais podem ser de alto padrão ou da categoria de auxiliares. Por agente de alto padrão entendemos as assistentes sociais. Sua formação se faz, atualmente, em condições de baixo rendimento. É baixo ainda o número desses colaboradores. Já é tempo de instituir-se cursos dessa especialização em todas as capitais, sob a responsabilidade dos órgãos estaduais da criança. Eis algumas cadeiras cujo ensino pode ser sugerido (não prescindindo, naturalmente, de uma formação geral razoável, pelo menos de nível ginásial): noções de sociologia; psicologia, especialmente da criança; higiene mental; noções de higiene geral; rudimentos de puericultura individual; elementos de administração (geral, pública e das obras de proteção à maternidade e à infância); serviço social, doutrina e técnica. O D.N.Cr. deve incluir tais cursos em seus programas, o mesmo indicando-se para os D.E.Cr. ou organizações equivalentes, onde houver. Dos assistentes sociais é que podemos partir para a formação, em escala razoável, dos auxiliares de serviço social que, como os demais auxiliares, constituem os mais importantes elementos de penetração das atividades de proteção à maternidade e à infância.

13. *Da formação e do aproveitamento* — A idéia de formação não implica, necessariamente, na de aproveitamento. Formação é tarefa de recrutamento; aproveitamento, no entanto, é um complexo de seleção, treinamento e adaptação. O material de recrutamento é como se sabe, muito mais amplo. O aproveitamento apura apenas uma fração dele.

A formação de técnicos visa, fundamentalmente, duas finalidades: 1.º — preparar agentes para as obras interessadas; 2.º — formar escola e divulgar conhecimentos.

As idéias são como as sementes. Germinam onde são plantadas. Cada elemento esclarecido é mais um braço na campanha que se objetiva. O panorama, entre nós, é de desconhecimento quase geral de certos princípios básicos para o exercício das atividades específicas de proteção à criança.

Recebemos, nos serviços hospitalares e nas clínicas organizadas, menores assistidos em clínicas privadas com erros graves de diagnóstico e com orientação absolutamente contrária àquela ditada pelo problema clínico dos respectivos casos. Principalmente, no plano da higiene e da dietética. São comuns as dietas de fome, com supressão demorada da cota de leite, sem motivo justificável e por tempo superior ao da tolerância, principalmente em baixa idade, criando casos graves de proteíno-penia crônica com seu cortejo de distúrbios tróficos da mais profunda repercussão. As crendices e as abusões são sem conta. Substâncias tóxicas e sépticas são aplicadas, inconscientemente, à ferida umbilical dos recém-nascidos com as conseqüências que todos conhecemos. Chegam a dar querosene como tratamento heróico da asma. Morde-duras de cobra são tratadas com fumo, rezas e outros expedientes que só dão resultado quando os ofídios trazem vazias as glândulas salivares. O tratamento das verminoses costuma andar sincronizado com os quartos lunares. As unhas das crianças, muitas vezes, só são cortadas depois do batizado, com prejuízo evidente da higiene e da integridade da delicada epiderme infantil. Meninos de cabelos grandes vão até quase à idade escolar travestidos de meninas para atender a compromissos religiosos dos pais. Muitos outros exemplos podem ser dados. São conhecidos de todos.

Nosso objetivo, portanto, deve ser, mais que qualquer outro, o de formar elementos de interação. Esses elementos, em seus contatos com outros — para efeitos sociais, de negócios, de trabalho, de recreação — sempre encontrarão oportunidade para pregar a boa doutrina. São como guardas avançadas da campanha. Atuarão como a bola de neve que se vai avolumando à medida que rola da montanha.

A higiene da criança, principalmente a higiene alimentar, precisa ser difundida ao máximo, não só através de cursos para formação de candidatos a cargos nas obras específicas, como, também, através de conferências, isoladas ou em séries, visando as mães em geral, as trabalhadoras sociais, os membros femininos dos clubes recreativos e esportivos e as escolas instituídas para diferentes fins, inclusive as de curso normal onde a disciplina deve ter caráter obrigatório.

Os órgãos estaduais de proteção à maternidade e à infância precisam pensar seriamente no problema da formação de técnicos e na divulgação de conhecimentos especializados. Onde houver obras planejadas ou em funcionamento, inclusive as de iniciativa particular, é preciso estudar a possibilidade da promoção regular de estágios, recrutando os estagiários entre profissionais, candidatos a cargos e outras pessoas interessadas. As dotações para os programas de proteção à maternidade e à infância devem prover os meios para ampliação crescente dessas atividades de formação e informação.

14. *Resumo e conclusão* — Os problemas fundamentais da criança são de duas índoles: o problema físico, que é de natureza médica ou médico-social; o problema moral, de natureza educacional ou jurídico-social. Só o primeiro compete ao D.N.Cr. ou aos órgãos situados na sua órbita de ação ou influência.

O problema físico da criança reclama urgentemente três variedades de assistência: pré-natal, intranatal e pós-natal. Há dois tipos de órgãos que podem incumbir-se dessa obra assistencial. São as maternidades e os postos de puericultura. É visando à criação e desenvolvimento de uma cadeia de órgãos desses tipos que devem ser planejadas as atividades referentes à formação de técnicos para a campanha de salvação da criança.

São os seguintes os técnicos visados: médicos-puericultores, pediatras e obstetras; parteiras e auxiliares; enfermeiras de alto padrão e auxiliares especializadas de enfermagem; assistentes sociais e auxiliares de serviço social.

O problema da formação vai além do mero objetivo de preparar agentes para as obras existentes ou em perspectiva. Visa, sobretudo, formar uma consciência favorável ao desenvolvimento da campanha de sorte que ponha ao alcance de todos os progressos da ciência e da arte de criar o ser humano em condições de eficiência e segurança.

Há um meio de ensinar, por toda parte, a religião de Deus. Seguir os mesmos caminhos para ministrar uma nova religião, a religião da criança, a religião da criança brasileira.